

ME **New Medical Economics**

Aula de Innovación en Política Sanitaria
Instituto Universitario de Pacientes

5 9 16 20 26 31

Líneas de Avance en la Atención a la Salud Mental tras la Pandemia COVID-19

El Modelo Afectivo Efectivo en el Cáncer de Próstata

El Paciente como Docente

Plan Estratégico de la Dirección de Estrategia Digital de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Registro Digitalizado de Enfermería de Urgencias - Proyecto de Innovación

Plan Estratégico 4D Health Innovation Simulation Center 2019-2023

UIC
barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes



En colaboración con Janssen España

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Boi Ruiz García
boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez
rlledo@fphag.org

DIRECTOR

José María Martínez García
jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.
ISSN: en trámite

LLORENÇ SOTORRES BARTOLÍ

llsotorres@fundacio-puigvert.es

JOAN MARÍA FERRER TARRÉS

jm.ferrer@fsm.cat

XAVIER MATE GARCÍA

xavier.mate@quironsalud.es

JOAN BOSCH SABATER

jboschs@uic.es

CANDELA CALLE RODRÍGUEZ

ccalle@iconcologia.net

ISABEL AMO MORA

iamo@uic.es

A close-up photograph of a person's hands working at a desk. The left hand is positioned on a white keyboard, with fingers resting on the keys. The right hand is holding a black pen, poised to write on a white document. The person is wearing a grey long-sleeved shirt. The background is softly blurred, showing more of the desk and the document. A white rectangular box is overlaid in the center of the image, containing the word 'EDITORIAL' in a bold, black, sans-serif font.

EDITORIAL

La atención sanitaria y la protección de la salud tiene como sujeto la persona en todas sus dimensiones: la de la enfermedad, la de paciente, la humana y la social.

Cada vez son más las iniciativas en los últimos años que inducen a contemplar en las políticas de salud esa dimensión holística de la atención. Humanización y experiencia del paciente aparecen como elementos esenciales a tener en cuenta al afrontar los retos que para la atención de la salud suponen los ciclos económicos, los cambios demográficos, la cronicidad, la revolución tecnológica o las pandemias. Los valores de la equidad y la universalidad, en el marco de la ética y de la bioética, deben regir esas políticas que deben ser construidas con la participación de pacientes, profesionales sanitarios, profesionales de los servicios sociales, Administración y autoridades sociosanitarias y organizaciones prestadoras de la atención y los Servicios.

En esa construcción las universidades pueden y deben contribuir a la generación de conocimientos y evidencias útiles para todos ellos.

El Aula de Innovación del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC Barcelona, junto a la Cátedra de Economía de la Salud de la Universidad de Málaga, la Cátedra de Inno-

vación Clínica de la Universidad Autónoma de Madrid, el Aula de Innovación Terapéutica de la Clínica Universitaria de Navarra y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos promovieron, en base al legado de Albert Jovell, un modelo de atención más afectivo y efectivo proponiendo así mismo las acciones clave para su desarrollo.

Ese modelo de atención no es más que la forma de cuidar y curar al paciente con base a la evidencia científica, incorporando la dimensión de su dignidad y su humanidad como persona, para alcanzar el mejor resultado posible en bienestar y salud desde la confianza y la empatía.

Fruto de la colaboración entre *New Medical Economics* y el Aula de Innovación en Política Sanitaria, presentamos esta publicación periódica con el propósito de recoger y divulgar en forma de artículos el conocimiento más relevante que las diferentes actividades del Aula como estudios, formación o jornadas, aporten a ese modelo de atención.

Queremos agradecer al Dr. Rafael Lledó como coordinador y a todos los autores el esfuerzo realizado para poder publicar este primer número y al equipo de *New Medical Economics* por su contribución.



Líneas de Avance en la Atención a la Salud Mental tras la Pandemia COVID-19



Isabel Amo Mora

Psicóloga Sanitaria. Máster en Gestión Sanitaria.
Doctoranda en Ciencias de la Salud UIC.
Responsable proyectos en el Instituto Universitario de Pacientes UIC



Ester López

Periodista. Especializada en Comunicación estratégica, y en la creación de contenidos editoriales, digitales y corporativos

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had a double impact on mental health with an increase in morbidity and an increase in the fragility of previously affected people, which is a challenge to be addressed immediately from health policies and their management. The pandemic has also marked with new evidence the systemic needs for mental health care, but also the potential for underdeveloped lines of action, which should be taken into account already today.

KEYWORDS

Mental Health, COVID-19, Sars-Cov-2, Anxiety, Depression, Mental Illness, Health Policies

RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha comportado un doble impacto sobre la salud mental con un incremento de la morbilidad y un aumento de la fragilidad de las personas previamente afectadas, lo que supone un reto a abordar de inmediato desde las políticas sanitarias y su gestión. La pandemia ha marcado también con nuevas evidencias las necesidades sistémicas de la atención a la salud mental, pero también el potencial de líneas de actuación poco desarrolladas, que deberían tenerse muy en cuenta ya en el día de hoy.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, COVID-19, Sars-Cov-2, Ansiedad, Depresión, Enfermedad Mental, Políticas Sanitarias

INTRODUCCIÓN

La magnitud de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia del COVID-19, está marcando, de forma contundente, un antes y un después en nuestra sociedad.

A pesar del gran esfuerzo que han realizado (y siguen realizando) los profesionales sanitarios y de la gestión, la pandemia del COVID-19 ha superado los pronósticos iniciales, incluso los más pesimistas. La virulencia, la agresividad de esta pandemia, nos ha sobrepasado, llegando a colapsar los sistemas de salud a nivel mundial y ocasionando una crisis sanitaria de difícil recuperación. Los sistemas sanitarios han visto tambalearse sus pilares, siendo la Atención Primaria, la base de la atención sanitaria en España, una de las más afectadas. A todas las patologías existentes previas a la pandemia, se ha sumado el paciente COVID-19, incluyendo a los pacientes con síntomas de infección por SARS-COV-2, a pacientes con temor a tenerlo, a familiares, a contactos y a profesionales sanitarios. Surge así, un “nuevo” paciente, o un nuevo usuario de la sanidad y de la Atención Primaria. Las medidas de urgencia que se han tenido que aplicar para poder realizar un adecuado abordaje de estos “nuevos” pacientes COVID-19, irremediablemente han desplazado la asistencia tradicional de los pacientes usuarios del sistema sanitario y han provocado una inevitable desatención de los pacientes agudos y crónicos habituales, provocando pérdida de continuidad asistencial y peor adherencia a los tratamientos.

Esto se tradujo en postergación de visitas, demoras en pruebas diagnósticas, retrasos en inicio de tratamientos, pérdida de seguimiento y de control asistencial. El colapso sanitario vivido ha provocado una desatención no intencionada que ha dejado a muchos pacientes desamparados. Este desequilibrio asistencial ha tenido sus repercusiones en la esfera de la salud no orgánica. Los problemas para poder realizar seguimiento de las patologías crónicas, el enorme población expuesta al virus, la letalidad del mismo, el alto número de pacientes contagiados, las complicaciones provocadas por el COVID-19, las necesidades de confinamiento, el aislamiento social y la sensación de vivir en un entorno bélico, han aumenta-

do los miedos e inseguridades y han llevado a un empeoramiento de la salud mental de la población.

Estas consecuencias emocionales y psicológicas, se agravan por las consecuencias sociales y económicas de la pandemia.

IMPACTO ESTIMADO EN LA SALUD MENTAL

La afectación en la esfera emocional, psicológica, no somática, es tan importante, que el área de salud mental ya tiene un marcado protagonismo dentro de la gestión de la pandemia y han surgido nuevos conceptos sanitarios relacionados con el SARS-COV-2. Así, han surgido términos como “coronafobia” para referirse al miedo masivo al contraer el virus COVID-19¹. Se habla de “estrés post-traumático”, en un contexto poblacional, no solo individual.

Además, a la patología de salud mental en población previamente sana, se suman los enfermos con enfermedad mental crónica. La falta de tratamiento, la letalidad y la incertidumbre de la evolución del virus y de la eficacia de las vacunas, han alimentado considerablemente ese miedo general de la población y por ende han provocado un aumento de síntomas de ansiedad y depresión y empeoramiento de problemas de salud mental graves². La fragilidad de la salud mental de los pacientes crónicos empeora aún más debido a las pérdidas laborales, económicas, a las rutinas diarias interrumpidas, el aislamiento y la pérdida de contacto social, que deterioran la situación psicoemocional de estos enfermos crónicos³.

Según la OMS, se calcula que en el 93% de los países se han visto afectados o paralizados los servicios de Atención a la Salud Mental⁴. En Cataluña, se estima que hubo una caída del 40% de primeras visitas en salud mental, según declaraciones del director del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Conselleria de Salut de Catalunya, Jordi Blanch, a Europa Press en su artículo del 3 de abril de 2021.

Los casos de ansiedad y depresión han aumentado significativamente. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)⁵ más del 50% de la población ha sufrido algún síntoma de ansiedad o depresión. Se calcula que un 15% ha tenido ansiedad y el 6,4% de la población ha necesitado la ayuda de un profesional

de la salud mental desde el inicio de la pandemia y en el 46% de la población aumentó el malestar psicológico.

Asimismo, se señala que el 41,9% de la población entrevistada habría sufrido problemas de sueño durante todo este período de la pandemia. Las alteraciones del sueño entran a formar parte de un círculo vicioso, por el cual, a peor calidad de sueño, peor salud mental y viceversa.

Con respecto a tratamientos farmacológicos, se les recetó psicofármacos a un 5,8% de la población, de estos medicamentos se destaca un 58,7% de ansiolíticos y un 41,3% de antidepresivos. El 77,1% sigue tomándolos en la actualidad, en mayo de 2021, 14 meses después del inicio de la pandemia. Esto añade otro integrante a la ecuación; además del impacto en el gasto farmacéutico, la utilización de ansiolíticos (en su enorme mayoría benzodiazepinas) provoca inicialmente tolerancia, luego adicción y dependencia, por lo que el problema sanitario, más que resolverse, parece cronificarse y volverse más complejo.

Una población particular dentro de la población de salud mental son los enfermos con patología psiquiátrica grave, como psicosis, trastornos bipolares, depresión mayor. Son enfermos con altas necesidades asistenciales y muchas veces de difícil encaje social. Se ha constatado que hubo un aumento de ingresos en las unidades hospitalarias de agudos de pacientes con patologías mentales graves. Esto ha podido ser por un aumento de la inactividad, ansiedad y problemas de sueño. En la misma línea, se cree que a un 21,4% se les ha tenido que aumentar la medicación para prevenir posibles crisis^{6,7}.

A todo esto, debemos sumarle que la atención sanitaria estaba cerrada, por lo que las visitas se han tenido que realizar de forma telefónica o por videollamada. Se habla de seguimiento de visitas telefónicas de 3 meses, según se puso en evidencia en el Foro de Depresión del Instituto Universitario de pacientes celebrado el día 5 de mayo de 2021.

CONCLUSIONES

Por todo lo antedicho, es imprescindible para los gestores sanitarios y los expertos en política sanitaria poner el foco en la salud mental. Ya se habla incluso de la salud men-

tal como una segunda pandemia después del COVID-19. Sería la pandemia después de la pandemia. Pero con una particularidad: la descompensación mental de una patología mental crónica puede tardar mucho más en volver a estabilizarse que una patología somática. Esto podría llevar a una situación de afectación sanitaria mucho más prolongada.

Sin duda, esta pandemia post-pandemia representa un desafío para los gestores. Se convierte así una situación de excepcionalidad en una oportunidad para detectar nuestras carencias en el abordaje de la salud mental y buscar líneas de trabajo que ayuden a una mejor gestión y seguimiento de estos pacientes, a optimizar la utilización de recursos y a racionalizar el gasto sanitario.

Hay líneas que deberíamos tener muy presentes, por su posible potencial de mejora de nuestro sistema sanitario.

Para enumerar algunas:

- Colaboración público-privada. La integración del abordaje de la salud mental desde el sistema público con el privado. Las carencias del sistema público para poder realizar un seguimiento minucioso del paciente ha dado a la asistencia privada un destacado papel en el área asistencial y, en particular, de la salud mental. La integración de ambas líneas de trabajo es fundamental para tener un buen control del paciente dentro del sistema. El trabajo que se realiza desde la sanidad privada o de aseguradoras es fundamental. Sin embargo, este rol debería integrarse al conjunto de la Sanidad. El no tener un control integral sobre evolución y tratamientos, nos priva de información, nos impide aunar esfuerzos y puede complicar la gestión de estos pacientes cuando se encuentran en ingresos por patología física dentro del sistema público. A su vez, esto ayudará a la estratificación de la sociedad según patologías y riesgos y permitiría adoptar medidas preventivas en contextos como el vivido en esta pandemia. Adelantarnos, prevenir, es imprescindible para la optimización de los recursos sanitarios.
- Innovación. La pandemia ha resultado ser un acelerador de soluciones innovadoras que hasta el momento no se había contemplado, o eran complejas de implantar por aspectos de tipo legal (o burocrático). El

uso de la telemedicina en el entorno salud ha sido uno de los cambios fundamentales que ha traído consigo el COVID-19⁸. La telemedicina se ha convertido en una necesidad y nos ha obligado a adaptarnos a ella tanto desde el profesional como el paciente. El potenciar esta línea y normalizarla puede ser uno de los grandes avances a nivel sanitario para poder cubrir las nuevas necesidades que surgirán por las secuelas que ha dejado el COVID-19 tanto a nivel físico en los pacientes afectados como dentro del sistema (pacientes no diagnosticados, gestión de crónicos...).

- Poner en valor. Debemos aprovechar la visibilidad que está dando la pandemia a lo relevante que es la salud mental. La concienciación y sensibilización lograda sobre los trastornos mentales durante la pandemia por parte de la población. Deberíamos aprovechar esta situación para poner en marcha proyectos, líneas de trabajo, que potencien la psicoeducación y la normalización en el sufrimiento de una patología mental. El estigma de la salud mental sigue siendo muy alto incluso entre los profesionales sanitarios. Es necesario promover la lucha contra el estigma de las enfermedades mentales, sólo eso nos ayudará a poder tener un buena gestión de nuestra salud mental⁹.
- Apoyos: la Farmacia Comunitaria. Potenciar la actividad del farmacéutico y usarlo como un agente más que puede ayudar en una correcta gestión del paciente con enfermedad mental. La participación más activa de profesionales que estaban en un nivel menos asistencial, pero que se ha podido ver que son fundamentales para un buen funcionamiento del sistema de salud en tiempos de crisis como los actuales.
- Apoyos: los Servicios Sociales. Trabajar coordinadamente desde salud mental con los equipos de Servicios Sociales para dar una gestión holística del paciente. Las pérdidas económicas, las rutinas interrumpidas, los eventos sociales parados... La crisis desde todas sus perspectivas está siendo fulminante para los paciente de enfermedad mental. El poder trabajar desde una visión holística y multidisciplinar ayudará

a una mejor gestión y control de estos pacientes.

La pandemia ha puesto en evidencia que la salud mental juega un rol fundamental en el bienestar de nuestra población. Los responsables de la gestión y políticas sanitarias tienen un gran desafío por delante, para integrar la gestión de la salud mental dentro del marco de los planes de crónicos y darle el protagonismo que necesita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Sep-Oct;14(5):779-788. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.035. Epub 2020 May 27. PMID: 32526627; PMCID: PMC7255207.
2. Lakhan R, Agrawal A, Sharma M. Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia de COVID-19. *J Neurosci Rural Pract* . 2020; 11 (4): 519-525. doi: 10.1055 / s-0040-1716442.
3. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A y col. Epidemiología de los problemas de salud mental en COVID-19: una revisión. *F1000Res* . 2020; 9: 636. Publicado el 23 de junio de 2020. doi: 10.12688 / f1000research.24457.1.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (5 de octubre, 2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Organización Mundial de la Salud (OMS).
5. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19.
6. Simón Expósito, M. ; Navarro Bayón, D. (2020). Estudio de necesidades post COVID-19 en personas con trastorno mental: estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental de Grupo 5.
7. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C. yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
8. Fernández, M. (2020). La Telemedicina en España en la época de la postpandemia COVID-19. *TRIBUNA HUMANÍSTICA*, 6, 221.
9. Rodríguez Angarita CE. Vencer los estigmas para mantener la salud mental en tiempos de incertidumbre. *Repert. Med. Cir.* [Internet]. 6 de abril de 2021 [citado 24 de mayo de 2021];30(1):1-. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1161>.



Boi Ruiz García

Profesor de la Universidad
Internacional de Cataluña (UIC)
boi.ruiz@uic.es

El Modelo Afectivo Efectivo en el Cáncer de Próstata

INTRODUCCIÓN

El Modelo Afectivo – Efectivo (AE) es un proceso continuo de co-creación, a través de grupos de trabajo, comités de expertos, foros y propuestas online. En ellos participan un centenar de personas de los distintos agentes que conforman el ecosistema sanitario: pacientes y familiares, profesionales de la salud, asociaciones de pacientes, administraciones públicas, ONG y fundaciones de ámbito sanitario, medios de comunicación, colegios profesionales, industria farmacéutica, sociedades científicas y universidades.

Se configura a partir de ahí las denominadas Cátedras en Red de Innovación, compuestas por grupos multidisciplinares de investigadores y universidades, para empezar a abordar este nuevo modelo por patologías, desde un punto de vista humano, sanitario y de gran impacto social. En el grupo de Cátedras en Red de Innovación se halla el Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC).

La definición conceptual es: “El Modelo Afectivo – Efectivo es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata es el más diagnosticado en Cataluña en cifras globales y, por supuesto, el más diagnosticado en hombres. De acuerdo a los datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), en España fallecen aproximadamente

unos 6.061 hombres al año por su causa (el 9% de todas las muertes por cáncer masculino y el 2,8 % del total de muertes entre los hombres). En todo el estado, es la tercera causa de muerte por cáncer en el sexo masculino, tras el cáncer de pulmón y el de colon. Según la Sociedad Española de Oncología, en 2021, el 22,5% de los cánceres diagnosticados serán de próstata.

El índice de supervivencia se sitúa en el 84% de los enfermos afectados. Pero, siendo la incidencia tan alta, el número de muertes es significativo.

Según la FECEC (Federación de Entidades Catalanas contra el Cáncer), los principales grupos de riesgo son hombres de 65 años, con familiares de primer grado afectados y parece ser que tiene mayor incidencia y con más agresividad en hombres de raza negra.

En el caso del cáncer de próstata metastásico, que es el que puede poner en peligro la vida del paciente, la edad media de diagnóstico es de 72 años y la expectativa de vida está en los 79, 80 o 81.

A escala mundial, el cáncer de próstata es, después del cáncer de piel, la segunda enfermedad oncológica más frecuente entre el sexo masculino.

En el ámbito científico y médico, los avances respecto a la diagnosis y tratamiento del cáncer de próstata son evidentes y los índices de mortalidad han ido disminuyendo. Sin embargo, el Foro realizado en el Instituto Universitario de Pacientes de la UIC pretende ir más allá del paradigma puramente científico, para analizar hasta qué punto existe un verdadero conocimiento y preocupación social sobre el cáncer de próstata, que pueda incidir en un mejor cribado y una mayor prevención. Y, al margen de la supervivencia, abordar otros

aspectos que afectan directamente a la calidad de vida de los enfermos y de su entorno afectivo.

EMPODERAMIENTO DEL ENFERMO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

El primer bloque del Foro aborda en qué situación se encuentra el paciente cuando es diagnosticado de cáncer de próstata. ¿Llega con conocimiento veraz previo sobre la enfermedad? Y durante el tratamiento, ¿recibe la información necesaria, correcta y relevante en cada momento? ¿Es suficiente o no para empoderarse como paciente? La respuesta unánime de todos los expertos reunidos en este foro ante esta cuestión es: no.

En general el enfermo llega al diagnóstico muy desconcertado, sin ni siquiera imaginar que pueda llegar a padecer cáncer de próstata ya que en la mayoría de ocasiones se presenta sin síntomas previos. A partir de ahí, se inicia la búsqueda de información por parte del paciente, desde el sistema no se le orienta de una manera demasiado organizada, se da por hecho que corresponde al paciente buscarse la información.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

¿Dónde acude el paciente en primer lugar a informarse? Hoy Internet es una fuente de información muy importante, pero también lo es de desinformación, con muchos contenidos poco veraces o directamente falsos.

Con una buena información en casos iniciales, el paciente quizá podría tomar decisiones concretas sobre el propio tratamiento prescrito. Por ejemplo, elegir entre uno quirúrgico o radioterapéutico que, muchas veces, tienen una eficacia similar.

Esta situación de desinformación previa, en el caso del cáncer de próstata se agrava porque es una patología muy compleja y con muchos condicionantes, como el tipo de cáncer, el estadio, la edad del paciente y su estado previo de salud, incluso el enfoque y las preferencias personales de cada enfermo. De aquí la gran importancia del acompañamiento en la toma de decisiones, en el que la enfermería tiene un papel primordial.

DESORIENTACIÓN

Todo es muy intenso para un paciente recién diagnosticado de cáncer de próstata, una enfermedad que no está en la agenda social, de la que ni se habla ni se comparten experiencias. El paciente se siente perdido. "Desorientación" es la palabra más utilizada durante el foro para definir el estado de ánimo de los enfermos. Así se los encuentran los profesionales, totalmente desorientados y así es como lo viven los enfermos.

El enfermo se ve sumido en un periplo trepidante de pruebas médicas y solo sabe que debe hacerse una tras otra, sin apenas tiempo para pensar en nada más.

Más adelante, algunos pacientes acuden a entidades de apoyo, como las Asociaciones de Pacientes, donde los profesionales confirman la fragilidad de los pacientes cuando llegan a ellos. Lo primero que reciben en estas entidades es un servicio de orientación. Esto significa, de hecho, que llegan desorientados, derivados desde el sistema, con falta de comprensión sobre su enfermedad. Desde el punto de vista clínico, la información que tienen sí es completa y potente. Pero, por lo que respecta al área psicosocial, a todo lo que afecta a su entorno emocional, los enfermos no tienen toda la información necesaria para poder tomar ciertas decisiones o elegir itinerarios. El hecho de que existan entidades dedicadas justamente a eso significa que el sistema ahí presenta alguna carencia.

EL RETO: PONER AL PACIENTE EN EL CENTRO

Y es que, si bien hay una opinión unánime entre todos los ponentes sobre que en el aspecto puramente científico lo estamos haciendo bien, también coinciden en que hay que hacer un esfuerzo por poner al paciente en el centro del sistema, escucharlo y acompañarlo emocionalmente.

Falta, sin lugar a dudas, una mejor mirada en lo que respecta a la persona: el paciente llega en un momento de shock y por muy bien que se le explique la información, esta no puede ser bien procesada porque hay un bloqueo o hay miedo. Eso significa que se ha de tener muy presente hacer un sobreesfuerzo en este sentido, repetir la información y ver de qué manera llega mejor: por escrito, oralmente, con esquemas... y hacer un buen seguimiento.

Desde un punto de vista técnico hemos mejorado mucho. Pero hay algunos aspectos de la atención en que todos los ponentes coinciden que tenemos que cambiar, introduciendo cambios relevantes, además. Hace años que está presente esta conciencia de recoger mejor la opinión del paciente, la experiencia que reporta, los resultados obtenidos. En definitiva, se están planteando nuevos circuitos asistenciales para que los profesionales puedan disponer de más tiempo para atender a los pacientes y también de una mejor capacitación. Porque el sentimiento entre los profesionales es que han sido formados fundamentalmente para ser precisos en el diagnóstico y el tratamiento y no tanto para abordar este cambio asistencial que hay que introducir.

Se trata de un nuevo enfoque que se ha de trabajar e ir introduciendo en todas las políticas de salud. Generar una nueva cultura de la salud que nos acerque a los pacientes, pero también a los profesionales, para ayudarles a asistir a los enfermos en las decisiones que tienen que tomar. Y a la población en general, para contribuir a que se entienda cuál es el mejor modo de utilizar el sistema de salud para aprovecharlo con el mejor rendimiento global.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA AGENDA SOCIAL

El Foro recoge pues que los pacientes de cáncer de próstata llegan a su diagnóstico en una situación de desconocimiento generalizado de la enfermedad y sin tenerla ni siquiera presente en sus preocupaciones o hábitos de salud.

De forma global, el Foro refleja que no parece existir una preocupación ni social ni sanitaria suficiente por esta enfermedad. Si se compara el cáncer de próstata con otros, por ejemplo, el de mama, parece evidente que la incidencia del cáncer de próstata no es equiparable a la divulgación o sensibilización que de él se hace.

La sociedad no tiene en absoluto la misma preocupación por el cáncer de próstata que por otros. Y es una diferencia que no se corresponde con la incidencia de la enfermedad ya que es el cáncer más diagnosticado en hombres en Cataluña. Además, los hombres suelen ir a la consulta del urólogo porque sus parejas insisten en que lo hagan ya que ellas sí suelen hacerse una revisión ginecológica anual. Y esto en sí mismo es ya una prueba de que no existe preocupación social entre los hombres por esta enfermedad, o es muy baja.

CÁNCER NO MEDIÁTICO

El papel de los medios de comunicación es importante en esta falta de concienciación social respecto al cáncer de próstata.

En el caso del cáncer de próstata los medios de comunicación podrían jugar un mayor papel estando junto a los pacientes y ser su vínculo con los profesionales de la salud.

Se está muy lejos de la divulgación sobre el cáncer de mama o sobre el de colon. La palabra cáncer por sí sola es fuerte, dura, causa respeto. Pero acompañada de próstata, parece que pierda glamour. Parece algo desagradable hablar de ello. Y, además, la población tiene la sensación de que puede padecerlo, pero que se morirá de otras cosas, no de cáncer de próstata. No se está informando debidamente de que sí que hay muertes y, no solo eso, de que hay consecuencias que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes. Tampoco se está contribuyendo

desde la divulgación en los medios a la prevención de esta enfermedad.

Efectivamente, el cáncer de próstata no es mediático. No hay una preocupación social ni institucional importante, excepto en momentos puntuales. Si queremos pensar en algún famoso que haya reconocido padecer esta enfermedad, no se nos ocurre casi nadie. Sin embargo, con otros tipos de cánceres, como el de mama, se nos vienen muchos nombres de mujeres conocidas de todos los ámbitos que han expuesto públicamente su caso, lo que es muy positivo socialmente.

TABÚES Y MASCULINIDAD

Y, ¿por qué este silencio? ¿Por qué esta ausencia de conversación pública alrededor del cáncer de próstata? Ante todo, una de las razones por las que se habla poco del cáncer de próstata es porque está rodeado de tabúes, silencios, vergüenzas y mitos que tocan aspectos muy delicados del hombre, como su vida sexual y su autoconcepción de la masculinidad.

Se sabe que los hombres reciben una gran presión de grupo, social, sobre su masculinidad, que va tan ligada a sus genitales. Y el cáncer de próstata se sitúa justo ahí y atenta directamente contra el concepto de hombre, contra su virilidad. A veces, aparece algún tipo de disfunción como consecuencia de la enfermedad, lo que se vive como un gran problema que, además, ningún hombre se espera hasta que aparece. Por eso hay que informar más, difundir más. Es muy importante. Se vive la sexualidad de forma muy genitalizada y coitocentrista, ello contribuye al tabú y a que los hombres prefieran mirar hacia otro lado. El hombre no suele estar preparado para querer más información.

DÉFICITS DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

El estigma social no ayuda. Como tampoco lo hace cierto desconcierto en mensajes sobre la enfermedad desde la comunidad sanitaria, así como la ausencia de planes de prevención.

El nivel de conocimiento general sobre el cáncer de próstata es muy bajo, de forma socialmente relevante. Hasta el límite de que muchas personas tienen dificultades para ubicarlo físicamente en el cuerpo. Tampoco se está sabiendo mandar un mensaje adecuado y claro sobre su malignidad.

Existe algún déficit de conocimiento científico técnico que está frenando. Existen dudas y ha habido contradicciones en los mensajes sobre la determinación del PSA como cribado poblacional generalizado. Esto afecta directamente a la

prevención o a la detección precoz de la enfermedad.

Ha habido mensajes muy contradictorios respecto al antígeno prostático específico (PSA), sobre en qué momento utilizarlo, incluso mensajes contradictorios entre sociedades científicas. Y esto ha generado un desconcierto importante. Había momentos en que parecía que el PSA se tenía que hacer a todo el mundo, a toda la población masculina como cribado masivo. Después, se pasó al otro extremo, e incluso algunas sociedades científicas decidieron no recomendar en absoluto su utilización como criba. Se tendría que poder hablar de encontrar un punto medio en el que se valore la eficacia real del PSA, que la tiene. Evidentemente no se tiene que hacer esta prueba cuando un enfermo tiene un proceso infeccioso, porque es el peor momento, pero hay que saber cuándo es útil. El desconcierto generado alrededor de todo esto es uno de los parámetros que nos han traído a la situación actual de confusión general sobre la enfermedad, tal y como se ha debatido en el foro.

No se ha sabido transmitir que el cáncer de próstata mata, además de las secuelas sexuales y urinarias que puede producir el tumor localizado no mortal. No se sabe qué mensaje dar en cuanto a prevención. En otros tipos de cáncer, la población en general sabe lo que tiene que hacer para una cierta prevención: no fumar para evitar el de pulmón, o hacerse exploración mamaria para la prevención del de mama.

ACCIONES E INICIATIVAS PARA AVANZAR EN EL MODELO AE

Hemos visto que los pacientes llegan desinformados y desorientados al diagnóstico, poco empoderados. En gran parte por la ausencia de preocupación social y política general frente a la enfermedad y a su divulgación. Una cosa alimenta a la otra. Parece obvio que es el momento de incidir activamente en esta situación para cambiarla y conseguir una nueva aproximación al cáncer de próstata de forma multidisciplinar. "La unión hace la fuerza" es el sentir general que han expresado durante el Foro sus diferentes participantes.

ES NECESARIO PONERSE DE ACUERDO Y TRABAJAR CONJUNTAMENTE

Es esencial dar un paso adelante para avanzar en la visibilización de la importancia de tratar el cáncer de próstata de una manera diferente desde el punto de vista comunicativo. Pero un solo actor no producirá el cambio necesario: debe haber una confluencia de todos para dar pasos firmes.

GRUPOS DE APOYO

¿Toda esta unión para qué? Para impulsar iniciativas sociales, grupos de apoyo no tanto nacionales, sino cercanos en el territorio. Una vez diagnosticado el paciente, sería muy importante para él poder tener esta interacción con grupos de apoyo. Sería muy interesante incluso entre población de 50, 40 años y hasta más jóvenes.

INTERVENCIÓN A 360º

Las asociaciones e iniciativas dentro del tercer sector son, evidentemente, necesarias e interesantes. Pero se requiere de una actuación global a 360º, que implique al conjunto de actores del sistema sanitario, empezando por los propios centros médicos y hospitalarios, vinculados a la Administración.

Desde el propio centro sanitario se podría trabajar en aras a la mejora de la información y la concienciación. Y también hay mucho por hacer desde los hospitales, donde se podrían poner en marcha programas de experiencia del paciente, identificando las necesidades de los que acuden de forma rutinaria a las consultas y al hospital de día. Y a partir de ahí, pensar en iniciativas en las que ellos participen. Tendrían que ser protagonistas de este diseño y deberían ir dirigidas a mejorar la información para que luego se vaya transmitiendo en el ámbito social y se puedan romper las barreras de las que ya se ha hablado. Esta línea de trabajo ha de ir muy de la mano de las asociaciones de pacientes, que son la palanca para llegar a la población.

El hospital y el centro médico son el punto de partida, donde todo el proceso de la enfermedad empieza para el paciente. Los profesionales de estos lugares son los que primero entran en contacto con el enfermo, por lo que son claves para empezar a acompañarlo. El afectado de cáncer de próstata, de entrada, por perfil, no busca apoyo en asociaciones. Antes necesita una información y un acompañamiento desde el propio hospital o desde la gestora de casos, que puede ser el punto perfecto para la derivación según las necesidades de cada persona. Luego, en las asociaciones, las primeras iniciativas de acompañamiento deben ir orientadas más a la acción, para luego pasar a la expresión: compartir cómo me siento, cómo lo llevo...

LA FARMACIA COMUNITARIA

Existe otro actor que puede ser clave también en cualquier iniciativa de divulgación que se decida poner en marcha: la farmacia comunitaria. Esta también forma parte del Sistema Sanitario.

En muchos casos es el profesional sanitario más cercano al paciente. El farmacéutico no puede ser un especialista en cada enfermedad, pero sí es un elemento de vínculo y transmisión de conocimientos correctos, básicos y sencillos. Y también un detector de bulos. En el ámbito de la información y la divulgación, los farmacéuticos podrían tener un papel importante. Por ejemplo, en posibles campañas periódicas en el Día Mundial del Cáncer de Próstata cuando se podría difundir un mensaje consensuado, apoyado con material gráfico. Las farmacias están acostumbradas y podrían participar en algo así con éxito.

ENFOCAR ANTES DE EMPEZAR

Mejorar el engranaje entre los actores es un punto de acuerdo unánime de todos los ponentes. Pero antes de poner en marcha cualquier mecanismo de divulgación o concienciación, sería necesario clarificar algunas cuestiones previas, relacionadas con ciertos consensos en el ámbito científico como ya se ha dicho.

Es fundamental pensar muy bien qué tipo de mensajes se dan y se han de dar de forma muy coordinada. No se pueden organizar eventos sobre el cáncer de próstata si luego no se va a poder dar respuesta a las inquietudes que se planteen en la sociedad.

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

Se plantea la posibilidad de enfocar la divulgación sobre el cáncer de próstata en la prevención. Sería necesario facilitar el acceso de más población masculina a pruebas de prevención como es el caso de la población femenina con la citología vaginal, por ejemplo. Actualmente no se está haciendo para la prevención del cáncer de próstata o para diagnóstico precoz, que permita detectar la enfermedad en estadios que garanticen después una mayor calidad de vida.

Pero, ¿realmente estamos preparados y existe la posibilidad de transmitir un mensaje de detección precoz, como las revisiones habituales ginecológicas, o la de heces a partir de los 50 en los hombres para el cáncer de colon? ¿Se puede realizar algo así con el cáncer de próstata? ¿Hay una edad determinada o circunstancias en que sería conveniente hacerse un PSA? Es un tema a explorar a nivel plan de salud de país.

Es esa quizá una de las claves. La controversia científica sobre estas cuestiones que son muy evidentes en otros tipos de cánceres, pero que no están resueltas en el caso del de próstata.

Para toda la parte preventiva y de cribado, necesitamos más conocimiento científico, más investigación. Se precisan más recursos para in-

vestigar. Todavía no sabemos si existe algún tipo de criba eficaz para prevenir, si hay alguna medida preventiva conocida. No está tan claro. Y no se puede empezar a movilizar a la población sin tener ciertas respuestas.

CALIDAD DE VIDA

Pero si existen dudas sobre enfocar la divulgación en la prevención, del mismo modo hay un acuerdo bastante unánime en que existen muchos otros factores vinculados al cáncer de próstata sobre los que sí se podría trabajar y se podría empezar ya. Hay mucho trabajo a realizar en toda la parte afectiva vinculada a la enfermedad y a la experiencia del paciente y su calidad de vida. No existen excusas de ningún tipo para no actuar en términos de concienciación social.

Es necesario ampliar la investigación desde el punto de vista biomédico y la unificación de criterios desde todos los actores. La buena calidad de vida de los pacientes es fundamental. Se necesita investigación más específica sobre los efectos secundarios y la manera de convivir con la enfermedad. Existen ejemplos inspiradores en países de nuestro entorno que podríamos replicar, adaptándolos a nuestra cultura.

COORDINACIÓN Y VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

Sea cual sea el camino elegido, antes de cualquier acción es necesario que todos los actores del sistema sanitario trabajen de forma coordinada y con mensajes comunes y alineados. La disparidad de planteamientos solo contribuye a alimentar las dudas y la desorientación de los enfermos y de la sociedad en general respecto al cáncer de próstata.

Es necesaria la integración para poder plantear una estrategia conjunta de tratamiento del paciente. Actualmente, incluso se hacen las visitas en el seno de unidades funcionales, que significa que en el mismo espacio el paciente se visita con los diferentes profesionales. Este cambio puede ayudar mucho.

Se necesitan consensos en todos los aspectos, empezando por la criba, por cómo se llega a los enfermos, cómo se detectan. Pero más allá de eso, se ha de dotar de un modelo multidisciplinario, en el que se produzca colaboración entre todos los profesionales, con el paciente como centro, incorporando decisiones compartidas.

Esta visión multidisciplinar es la que tiene potencial de conseguir visualización social. Asegurar que las propuestas terapéuticas a los enfermos de próstata provengan de una aproximación multidisciplinar: patólogo, radiólogo, urólogo, terapeuta, oncólogo... Y entre todos proponer al enfermo

cuál es la mejor opción de tratamiento, para que pueda tomar una decisión desde la información y el conocimiento. Destacando aquí también el papel muy importante de la enfermería, la farmacia y el geriatra.

El trabajo conjunto en la gestión de la enfermedad junto con el paciente es fundamental, co-trabajar. Es algo que está en el sentir de todos los profesionales del sector. Se han creado asociaciones de pacientes, institutos, escuelas... Se ha ido dando cada vez más voz al paciente. Tiene que haber esfuerzos por todos los lados: por parte de los profesionales, de las asociaciones, de los propios pacientes y, por supuesto, de la Administración, que tiene que ser fuerte para hacer posible todo el engranaje y garantizar un buen acompañamiento y seguimiento. En estos momentos, desde la Administración hay carencias, porque este nuevo paradigma significa tiempo, formación y, por tanto, recursos.

TIEMPO Y CAPACITACIÓN ASISTENCIAL

Los profesionales de la salud son los principales agentes de este cambio, pero hoy en día se encuentran con limitaciones no poco importantes.

Los tiempos planificados de atención están pensados para diagnosticar y tratar, pero solo médicamente. Los tiempos de atención afectiva requieren de una nueva métrica, una nueva organización y nuevos criterios en el cálculo de los recursos.

Además, técnicamente los profesionales están muy bien formados, pero en cuanto a habilidades de comunicación o gestión emocional, no. Esta necesidad de capacitación más transversal del profesional de la salud es un debate que se está dando ya incluso en la universidad. Se está haciendo una revisión de cómo enseñar medicina en la Facultad. Los estudiantes también manifiestan esta carencia y piden poder adquirir en la carrera estas otras competencias transversales, no solo de conocimiento puramente científico.

LOS MENSAJES Y LA COMUNICACIÓN

Una vez todos de acuerdo con estas nuevas necesidades de coordinación, consenso científico, tratamiento multidisciplinar y atención médica y emocional, se estará preparado para generar mensajes sencillos, claros y unánimes. Porque solo así se conseguirá poner al cáncer de próstata en el lugar de concienciación social que le pertenece por prevalencia y consecuencias para la calidad de vida, no solo del paciente, sino de su entorno.

La divulgación debe articularse en torno a un mensaje sencillo, alrededor del Día Mundial del Cáncer de Próstata, haciendo participar a todos

los profesionales del sistema y, también, a las farmacias. Algo así tendría un impacto importante, se plantea durante el foro.

En esta fase de divulgación, dentro de un plan de acción consensuado, el papel de los medios de comunicación y de los periodistas especializados en salud será clave. Los expertos de comunicación tienen que diseñar un plan que llegue a la sociedad. Es muy importante elegir el tipo de mensaje. Hay que llevar el cáncer de próstata a un ámbito divulgativo y educativo, con información eficaz. Se necesita a los medios de comunicación para eso.

INTERNET

Los medios de comunicación de hoy, del siglo XXI, pasan por Internet. La radio, la televisión, la prensa, hoy se convierten en contenidos que permanecen en la Red. Los programas no acaban cuando termina su emisión: después permanecen en Internet, se pueden consultar. Lo importante es que ese contenido sea de calidad. La clave es que cuando la gente vaya a Internet, se encuentre contenidos veraces y serios, que disipen sus dudas, no al contrario. Este es el reto de los medios de comunicación. Y sería muy importante la colaboración de la industria farmacéutica aportando los recursos para poder generar estos contenidos, a los que se pueda dirigir a cualquier persona desde una consulta o desde una farmacia.

Falta una mayor guía online ya que la gente va sí o sí a Internet. Se debería disponer de páginas web institucionales con la información más accesible, con vídeos comprensibles y amenos... eso nos daría mayor capacidad de hacer llegar información al paciente desde el sistema y facilitaría que los pacientes compartieran esta información entre ellos.

En definitiva, Internet sí, pero hay que trabajar mejor los contenidos en la Red sobre el cáncer de próstata y, sobre todo, ofrecer información desde el sistema sanitario, información oficial clara, que encamine a los enfermos y a la sociedad en general hacia un mayor conocimiento de esta enfermedad.

También es un buen camino a recorrer la acreditación de las webs de Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes. Y no solo con contenidos orientados a pacientes, sino también a profesionales, para darles herramientas para abordar la aproximación emocional a los enfermos de próstata.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos de cáncer de próstata llegan con muy poca información y muy poco empoderados al diagnóstico y a las fases iniciales del tratamiento. El sistema hasta ahora no ha sabido cómo orientarlos de la mejor manera para

acompañarlos y hacerlos partícipes en la toma de decisiones. El sistema es fuerte y competente en cuanto al tratamiento y la aproximación científica y médica, pero todavía no está del todo preparado para un cuidado más empático y transversal del paciente, poniéndolo en el centro y atendiendo sus necesidades afectivas.

2. Esta falta de empoderamiento del enfermo de cáncer de próstata se produce también por la falta de conciencia y preocupación social respecto a esta enfermedad:

- El cáncer de próstata no es un tema que esté presente en los medios de comunicación ni en la conversación pública.
- No se le considera un cáncer demasiado peligroso en general, a pesar de su altísima incidencia y de que causa un número no despreciable de muertes.
- Se aborda normalmente desde el tratamiento que evite muertes, pero se olvida las consecuencias directas que puede tener sobre la calidad de vida de los pacientes y de su entorno afectivo (las parejas, por ejemplo).
- Es una enfermedad rodeada de tabúes y de autoestima, porque está relacionada directamente con la masculinidad, la virilidad y la vida sexual del hombre.

3. Es absolutamente necesario un mayor consenso científico respecto a esta enfermedad, que aclare, por ejemplo, cómo realizar una correcta prevención o un diagnóstico precoz.

Se requiere de un Plan de Acción consensuado por todo el sistema sanitario, que incluya a las entidades del Tercer Sector y a los propios pacientes. Para sentar objetivos y procedimientos comunes en cuanto a los tratamientos, pero también en cuanto a la información que se da sobre el cáncer de próstata, para superar este silencio crónico social sobre la enfermedad.

4. Del consenso científico llegará también el consenso en la divulgación. Es importante hacerlo mediante mensajes claros, sencillos y concretos, compartidos por todos los actores, para erradicar bulos y facilitar que la información se comparta socialmente de forma natural.

Internet es un canal fundamental para esta difusión. Pero hasta ahora, ha contribuido más a la desinformación que a informar verazmente.

- Se requiere un esfuerzo de los medios de comunicación para tratar la enfermedad con rigor y apoyo de la comunidad científica.
- También es necesario una actualización de los

contenidos digitales y de las páginas web de la Administración (Canal Salut) y de las entidades y asociaciones.

- La industria farmacéutica debería colaborar en la financiación o impulso de iniciativas en este sentido.
5. Los profesionales necesitan más tiempo y herramientas para contribuir a este nuevo paradigma Afectivo – Efectivo.
- Se les ha preparado desde la Universidad y en la formación de posgrado más en ser eficaces en cuanto al tratamiento de la enfermedad, que en acompañar afectivamente a los pacientes y sus familias.
 - Desde la Universidad ya se manifiesta también esta necesidad de incluir la capacitación transversal de los futuros médicos en el plan de estudios.
 - Los tiempos planificados de visitas médicas están pensados solo para una atención técnica – científica, orientada a conseguir resultados de menor mortalidad. Hay que cuantificar la atención a la esfera afectiva y emocional del paciente y el caso del cáncer de próstata es un claro ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modelo Afectivo. Cátedras en Red.
2. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia. El càncer de pròstata.
3. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason MD et al. Guidelines for prostate cancer. European Association of Urology, 2012.
4. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013, issue 1. Art. No.:CD004720.
5. Virginia A. Moyer, MD, PhD, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012;157(2):120-34.
6. PSA-based screening for prostate cancer. Too many adverse effects. *Prescrire Int.* 2012;21(130):215-7.
7. Miller AB. New data on prostate-cancer mortality after PSA screening. *N Engl J Med.* 2012;366:1047-8.
8. Better doctors, better patients, better decisions. Envisioning health care 2010. Gigerzenzer H, Muir JA editor. Strüngmann Forum Reports. The MIT Press. Cambridge 2011.
9. Análisis del antígeno prostático específico (PSA). National Cancer Institute, EUA.

El Paciente como Docente



Xavier Puig i Asensio

Voluntario de Oncolliga
PDG (Programa Dirección General)
IESE Universidad de Navarra



Montserrat Ginés Ruffí

Vicepresidenta Acción Psoriasis.
Lda. Filología.
Posgrado en ent. sociosanitarias.
Máster en org. de cooperación y desarrollo



Albert Gallart Fernández-Puebla

Dr. en envejecimiento, Ldo. Humanidades,
Dipl. Enfermería y Máster en Servicios de
Gestión en Enfermería. Profesor Titular
acreditado ANECA de la UIC

ABSTRACT

The presence of a patient in the university classroom has traditionally had the purpose of bringing the clinical reality closer to the students. The Affective / Effective Model proposes a care centered on the person as a whole and not only as a carrier of the disease. Beyond the awareness that a health professional should have that they do not treat illnesses but rather sick people, placing that dimension of the person in the classroom should be a line of advance in their training. Proposing a common methodology for the different diseases is a necessity of a practical nature. This article collects the application of a script used in some first experiences carried out in the nursing degree of the International University of Catalonia (UIC), in Barcelona in collaboration with the University Institute of Patients and the patient associations Oncolliga and Acción Psoriasis.

KEYWORDS

Education, Patient, University, Health Care, Illness.

RESUMEN

La presencia de un paciente en el aula universitaria ha tenido clásicamente el propósito de aproximar la realidad clínica al alumnado. El Modelo Afectivo/Efectivo propone una atención centrada en la persona como un todo y no solo como un portador de enfermedad. Más allá de la concienciación que un profesional sanitario debe tener de que no atiende enfermedades si no a enfermos, situar esa dimensión de la persona en el aula debe ser una línea de avance en su formación. Proponer una metodología común para las diferentes enfermedades es una necesidad de índole práctica. Este artículo recoge la aplicación de un guion utilizado en unas primeras experiencias realizadas en el grado de enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), en Barcelona en colaboración con el Instituto Universitario de Pacientes y las asociaciones de pacientes Oncolliga y Acción Psoriasis.

PALABRAS CLAVE

Educación, Paciente, Universidad, Cuidado Salud, Enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La formación de los profesionales sanitarios debe tener como objetivo alcanzar que los alumnos, con los conocimientos adquiridos y con desarrollo de sus habilidades, logren las competencias necesarias para atender a las personas que precisen de sus cuidados. Pero esas competencias no deben ser solo las técnicas propias de la profesión, si no también las comunicativas y las empáticas, entre otras, para reforzar los elementos de confianza y seguridad, que van a contribuir decididamente al resultado positivo de la cura o del control de la enfermedad. No se trata solo de formar buenos técnicos si no buenos profesionales que acompañen y apoyen al paciente en su proceso de enfermedad. La formulación, con la participación de los pacientes y los docentes, la aplicación de una metodología y guía para el paciente – profesor y el resultado obtenido en aceptación de los alumnos son el objeto de este trabajo.

CONTENIDO

1. PROPÓSITO

Se da un amplio consenso en la necesidad de proporcionar canales para la información y la formación de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. Menos se habla de esa necesidad aplicada a los profesionales en relación a los pacientes. Para asegurar la preparación, por parte del profesional sanitario, de una visita formal de forma anticipada no solo es importante su dimensión clínica. La dimensión de la persona, su percepción de la enfermedad deben formar parte también de esa preparación. Y quién mejor para formar al profesional en ese abordaje que los propios pacientes y el conocimiento por ellos generado fruto de su experiencia. Son muchos los trabajos realizados en el Instituto Universitario de Pacientes que nos dan información sobre las actitudes, vivencias, percepciones, valoraciones, conductas, demandas y expectativas de los pacientes. La relación bidireccional a desarrollar entre profesional y paciente, para ser efectiva requiere también un conocimiento de la dimensión humana del paciente en esos parámetros citados.

2. METODOLOGÍA

Para construir el contenido pedagógico a hacer llegar a los alumnos, se procedió al análisis

de las vivencias aportados por los pacientes en los Foros sobre el Modelo Afectivo Efectivo en salud mental, enfermedades inmunomediadas, psoriasis y cáncer de próstata realizados en el Instituto Universitario de Pacientes. Se valoró también la Guía Docente del postgrado en *patient advocacy* y se analizaron diferentes propuestas de indicadores de experiencia de paciente. Finalmente se contó con la colaboración de los pacientes propuestos por las asociaciones de pacientes de Oncolliga y Acción Psoriasis para impartir la formación.

3. CONTENIDO A IMPARTIR

Partiendo de las dimensiones en que una enfermedad afecta a las personas, la materia se dividió en dos partes, de forma simple. Una parte en relación a la afectación personal y la otra en relación a la afectación social y relacional. La exposición fue realizada en expresión de primera persona y la duración de una hora, con participación posterior de los alumnos. Los contenidos fueron los siguientes:

1. Biografía general de la enfermedad (psoriasis y cáncer) desde el conocimiento de paciente.
2. Biografía del padecimiento personal de la enfermedad:
 - Los primeros síntomas.
 - Camino del diagnóstico: la incertidumbre y el miedo.
 - El diagnóstico y el primer tratamiento: la vulnerabilidad.
 - Conocer la enfermedad: información, desinformación, las asociaciones de pacientes.
 - Afrontar la enfermedad: la rabia, la tristeza, qué me espera a partir de ahora.
 - Su aceptación: el reto de la cronicidad y la supervivencia, la reconstrucción de la vida.
 - La resiliencia: metamorfosis. Que la enfermedad no se convierta en el centro de mi vida.
3. Las relaciones con los demás:
 - Mi familia y mis allegados: cómo les afecta.
 - Mis relaciones sociales y mis actividades: estigmas y auto estigmas.
 - Mi trabajo y el vía crucis de la incapacidad.
 - La importancia de mi relación con los profesionales de la salud que me tratan.

En la charla del paciente oncológico ¿el tema presentado ha sido de interés?	98,0
En la charla del paciente oncológico ¿presentó un discurso comprensible, coherente y bien construido?	97,5
En la charla del paciente oncológico ¿sintetizó bien las ideas principales?	94,5
En la charla del paciente oncológico ¿te ha llegado o impactado su charla?	97,0
En la charla del paciente oncológico ¿recomendarías que se repitiera el próximo curso?	97,5
Total	96,9

Tabla 1. Resultados charla del paciente oncológico.

En la charla del paciente con psoriasis ¿el tema presentado ha sido de interés?	94,0
En la charla del paciente con psoriasis ¿presentó un discurso comprensible, coherente y bien construido?	95,5
En la charla del paciente con psoriasis ¿sintetizó bien las ideas principales?	92,5
En la charla del paciente con psoriasis ¿te ha llegado o impactado su charla?	91,0
En la charla del paciente con psoriasis ¿recomendarías que se repitiera el próximo curso?	95,5
Total	93,7

Tabla 2. Resultados charla del paciente con psoriasis.

Posteriormente a la exposición, los alumnos tuvieron la oportunidad de preguntar y compartir inquietudes con los pacientes bajo supervisión de un profesor.

RESULTADOS

Fue diseñada una encuesta para que los alumnos reflejaran su valoración en relación al interés de la materia, la competencia docente del paciente - profesor y la recomendación en seguir con la actividad .

Los resultados obtenidos en esta primera experiencia avalan su ampliación y muestran el calado humanizador de esta actividad.

CONCLUSIONES

Para la formación de los profesionales sanitarios en una atención centrada en la persona enferma en todas sus dimensiones, la contribución directa de pacientes formados al efecto, junto a los profesores y el empleo de un programa de contenidos formal, es una vía para alcanzar una formación en los grados con valor añadido en humanización de la asistencia sanitaria.

La experiencia realizada por alumnos del grado de enfermería en la UIC aporta unos resultados que animan a trabajar en esa línea dentro de las universidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Construyendo un modelo más Afectivo y Efectivo. Cátedras en Red. 2017.
2. Jovell A.J., El médico social: apuntes para una medicina humanista, cambio social y sanidad. Proteus Editorial, 2012.
3. Elementos claves que influyen en la experiencia del paciente. Joan Escarabill, Cari Almazán, Leslie Barrionuevo-Rosas , Montse Moharra, Anna Fité, Josep Jiménez. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Catalunya. 2020.
4. Kreps GL, Neuhauser L. New directions in eHealth communication: oportunities and challenges. Patient education and counseling, 2010 <http://www.sciencedirect.com>.

A person is seen from the chest up, wearing a light-colored sweater, sitting at a wooden desk. They are holding a document that has some text on it, including the phrase "For good and valuable consideration, herein acknowledged as". The person's hands are visible, resting on the desk. In the foreground, there is a stack of papers or a notebook. The background is slightly blurred, showing a window with blinds. The overall scene is a study or work environment.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Plan Estratégico de la Dirección de Estrategia Digital de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers



Ramón Romeu García

Subdirector de Sistemas de Información en
Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

rromeu@fphag.org

[linkedin](#)



Rafael Lledó Rodríguez

Director General en Fundació Privada
Hospital Asil de Granollers

rlledo@fphag.org

[linkedin](#)

ABSTRACT

In this Master's Final Project, a Strategic Plan for the Dirección de Estrategia Digital of the Fundació Privada Hospital Asil de Granollers is drawn up.

To prepare this strategic plan, an internal and external analysis of the starting situation is carried out in order to define a SWOT, the mission, vision and values of the Dirección de Estrategia Digital, as well as strategic lines, objectives and indicators.

This analysis has been key to detecting aspects that might otherwise have gone unnoticed. In turn, this analysis has been enriched with comments received by professionals who work in the Dirección de Estrategia Digital itself.

The strategic plan prepared is not a simulation, but rather a real proposal to present to the Hospital Management and has been validated by the Director de Estrategia Digital (CIO).

KEYWORDS

Strategic Plan, Master's Final Project, SWOT

RESUMEN

En este Trabajo de Final de Máster se elabora un Plan Estratégico de la Dirección de Estrategia Digital de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers.

Para elaborar este plan estratégico se hace un análisis interno y externo de la situación de partida para poder definir un DAFO, la misión, visión y valores de la Dirección, así como unas líneas estratégicas, unos objetivos y unos indicadores.

Este análisis ha sido clave para detectar aspectos que de otro modo habrían podido pasar desapercibidos. A su vez, este análisis se ha enriquecido con comentarios recibidos por los profesionales que trabajan en la propia Dirección.

El plan estratégico elaborado no es una simulación, sino que se trata de una propuesta real a presentar a la Dirección del Hospital y ha sido validada por el Director de Estrategia Digital.

PALABRAS CLAVE

Plan Estratégico, Trabajo Fin Máster, DAFO

INTRODUCCIÓN

Cualquier empresa que se precie debe disponer de un plan estratégico que le sirva de guía a medio y largo plazo, tanto en las líneas a seguir para conseguir sus objetivos como en la distribución de los recursos. De la misma forma que la empresa ha de tener un plan estratégico, en organizaciones de cierto tamaño también se hace necesario que las distintas direcciones que la forman dispongan de su propio plan estratégico siempre alineado, eso sí, con el plan estratégico global de la organización.

En este trabajo de fin de máster se elabora un plan estratégico para la Dirección de Estrategia Digital (en adelante DED) de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers (en adelante FPHAG).

La elaboración de este plan estratégico como trabajo de fin de máster permite aplicar y profundizar los conocimientos adquiridos durante el máster universitario de gestión sanitaria a la vez que es una necesidad real dentro de la organización y no un simple ejercicio de simulación. La elección de este tema ha contado también con el visto bueno de la Dirección de la DED, así como de la Dirección General de la FPHAG.

Para elaborar este trabajo se ha hecho investigación bibliográfica y si bien es bastante fácil encontrar bibliografía sobre planificación estratégica en general, no lo ha sido tanto encontrar específica referida a estrategia digital de sistemas de información. Sí se encuentra bibliografía referente a la elaboración de planes de sistemas, pero estos se alejan del enfoque estratégico para tratar un enfoque más técnico de soluciones planteadas en los ámbitos de diseño de infraestructuras, copias de seguridad, etc. También se ha encontrado bibliografía específica de algún ámbito, como pueden ser la definición de indicadores en un entorno de tecnologías de la información.

Así pues, el objetivo de este trabajo de fin de máster es elaborar una propuesta de plan estratégico de la DED como documento válido para su presentación y aprobación a la Dirección de la FPHAG.

CONTENIDO

1. ANÁLISIS

Aunque el análisis ha sido la base necesaria para la obtención del plan estratégico, este es demasiado extenso para poder incluirlo en un artículo.

Como breve resumen, mencionar que sin este análisis previo no se hubieran detectado puntos como los siguientes:

- La DED dispone de un catálogo de servicios pero apenas lo revisa con lo que con el tiempo va quedando obsoleto.
- Existe una limitación física en cuanto a espacio se refiere que impide un crecimiento futuro de la DED.
- La DED, aunque provee de soluciones informáticas a toda la FPHAG, no tiene buenas herramientas para su uso interno.

- Hay una carencia en el impulso de nuevas tecnologías.
- Se desconoce el cumplimiento de la normativa, en especial el Esquema Nacional de Seguridad (ENS).

2. METODOLOGÍA

La FPHAG es un centro de atención sanitaria, socio-sanitaria y social, integrado en el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, en adelante SISCAT. La FPHAG es el centro hospitalario de referencia del Vallès Oriental, una comarca con una población de aproximadamente unos 400.000 habitantes.

La DED es una de las direcciones de apoyo asistenciales de la FPHAG. La DED es una Dirección surgida en 2019 a raíz del rediseño del organigrama de la FPHAG. Anteriormente a la DED existía la Dirección de Organización y Sistemas de la Información, en adelante DOSI, a la que la DED ha venido a sustituir.

La DED provee a la FPHAG de los servicios de Sistemas de Información con una componente estratégica para encaminar a la organización en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Desde su creación el 2019 la DED no ha dispuesto de un plan estratégico. En este Trabajo de Fin de Máster se elaborará pues un plan estratégico para la DED partiendo de un análisis tanto interno como externo.

En base al análisis que se ha llevado a cabo tanto interno como externo se elaborará el plan estratégico de la DED, partiendo de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades detectadas se elaborará un DAFO de partida que servirá también para desarrollar el resto de plan estratégico. En la figura 1 se puede apreciar el DAFO resultante.

2.1 Misión

La DED es una de las direcciones de apoyo asistenciales de la FPHAG que gestiona y evoluciona las Tecnologías de la Información y la Comunicación transformando e innovando las formas de trabajar y de acceso a la información de toda la organización y de los usuarios de la misma para garantizar el acceso a la información, así como la calidad de la misma y la eficiencia en el registro.

2.2 Visión

La DED quiere ser un referente para los profesionales de la FPHAG por la estrategia en sistemas de información y transformación digital que lidera. Queremos ser reconocidos por la sensibilización y el compromiso frente a las necesidades de los usuarios y por la excelencia en el desarrollo de nuestras tareas.

2.3 Valores

Los valores de la DED son:

- Profesionalidad y vocación de servicio
- Compromiso con el usuario y la organización
- Innovación
- Empoderamiento

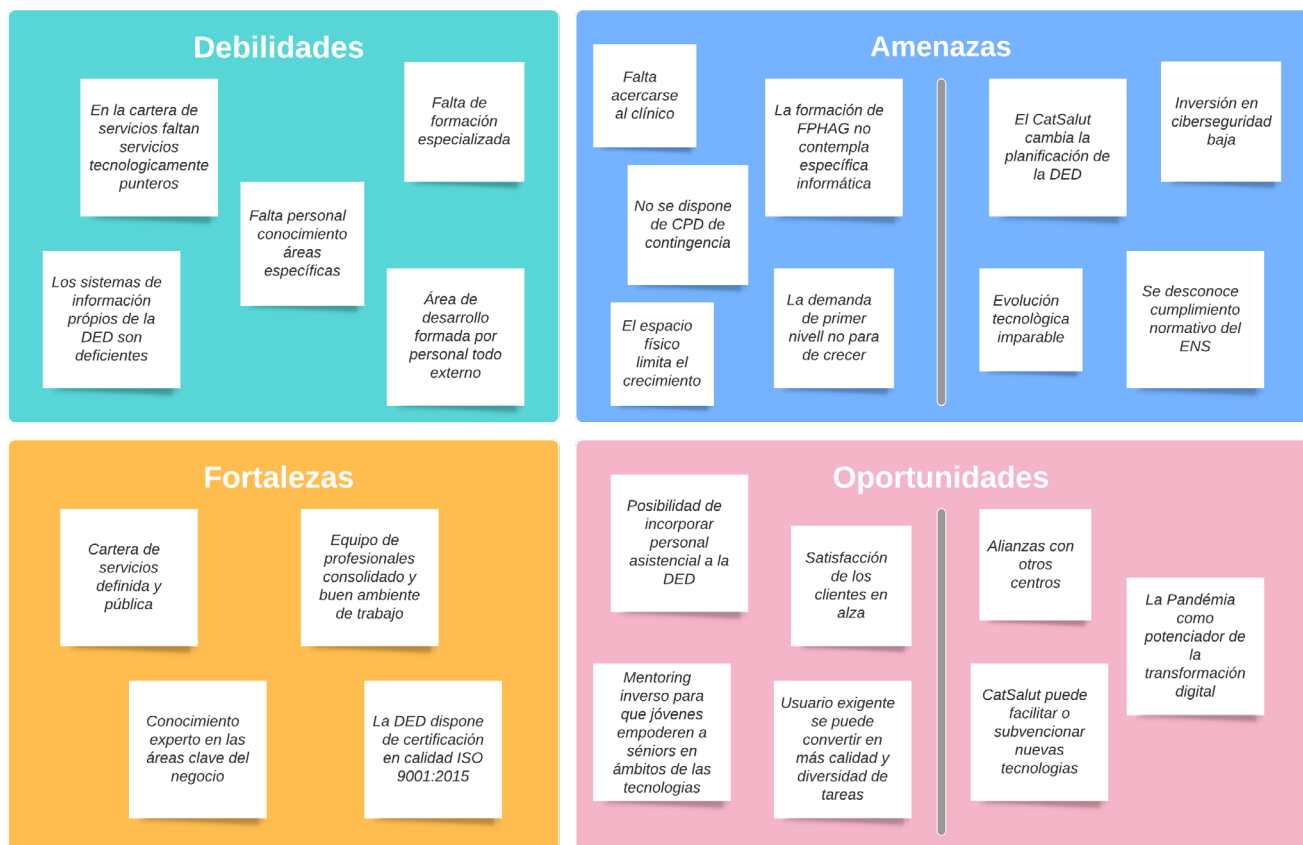


Figura 1. DAFO.

2.4 Líneas estratégicas

A partir del análisis previo hecho y en consecuencia del DAFO, se proponen una serie de líneas estratégicas para el plan estratégico de la DED a 3 años, del 2021 al 2023, cuando debería ser revisado. No se propone un período de tiempo más largo porque se considera que una Dirección de ámbito tecnológico debe ser revisada bastante a menudo para permitir una adaptación a un entorno cambiante.

En total se definen cinco líneas estratégicas:

1. Gestión de las personas
2. Normativas, calidad y seguridad
3. Entorno tecnológico
4. Cartera de servicios
5. Organización interna de la DED

2.5 Objetivos estratégicos

Para cada una de las líneas estratégicas se definen una serie de objetivos a cumplir durante el periodo de validez del plan estratégico. Anualmente y durante toda la vigencia del plan estratégico, habrá que definir objetivos específicos alineados con estos objetivos estratégicos.

Línea 1. Gestión de las personas

Esta línea estratégica incluye todo lo referente a la gestión de los recursos humanos de la DED en todos sus ámbitos. Los objetivos de esta línea son:

- 1.1 Empoderamiento del equipo: potenciar la autonomía de los profesionales de la DED para hacer más eficiente la ejecución de las tareas a la vez que se propicia un buen ambiente de trabajo.
- 1.2 Formación: proporcionar formación específica técnica adaptada a los perfiles de los profesionales de la DED.
- 1.3 Potenciar el conocimiento *core*: aprovechar la experiencia de los profesionales en los circuitos de la FPHAG y en los *softwares* que lo apoyan para generar más eficiencia en el día a día de los profesionales sanitarios.
- 1.4 Cobertura de conocimiento: asegurar conocimiento interno en los principales aplicativos y tecnologías sin dependencia total de proveedores externos.

Línea 2. Normativas, calidad y seguridad

Esta línea estratégica cubre todo lo referente al cumplimiento de normativas, así como la persecución de la calidad y la seguridad en todos sus aspectos. Los objetivos de esta línea por el actual plan estratégico son:

- 2.1 Consolidar la ISO y empoderar el responsable de calidad dentro de la DED: asegurar que los procedimientos normalizados de trabajo se adecuan a la ISO 9001: 2015 y empoderar al responsable de calidad de la DED para hacer seguimiento de la adecuación de la normativa en la DED.

- 2.2 Desarrollar plan para el cumplimiento del RGDP y la ENS: identificar, mediante auditorías u otros métodos equivalentes, el grado de cumplimiento del RGPD y de la ENS y proponer acciones de mejoras allí donde se detecte un incumplimiento normativo.
- 2.3 Ciberseguridad: resolver la falta de conocimiento interno en ciberseguridad formando a personal interno o contratando servicios gestionados en ciberseguridad.

Línea 3. Entorno tecnológico

En la tercera línea estratégica, referente al entorno tecnológico, se contemplan todas aquellas medidas que busquen mantener y evolucionar las tecnologías actuales y favorecer una transformación digital. Los objetivos para esta línea son:

- 3.1 Explorar nuevas tecnologías: evaluar, mediante estudios teóricos o pruebas de concepto, la aplicabilidad de las nuevas tecnologías como *machine learning*, inteligencia artificial, *bigdata* o cualquier otro que se pudiera incorporar, en el día a día de la FPHAG.
- 3.2 Incorporar y potenciar la movilidad, la sensórica y la telemedicina en los procesos: incorporar y potenciar la atención no presencial, la telemedicina, las aplicaciones móviles (app) para profesionales y usuarios y la recogida automática de datos.
- 3.3 Alianzas: promover alianzas, tanto con otros centros sanitarios como con CatSalut o proveedores, para fortalecer soluciones compartidas.
- 3.4 Renovar el HIS (*Hospital Information System*) y mejorar los aplicativos potenciando la trazabilidad y el automatismo: ejecutar un plan de mejora para la renovación del HIS y potenciar la trazabilidad y el automatismo de los aplicativos.
- 3.5 CPD de contingencia: elevar a la Dirección General y el Equipo Directivo la necesidad de disponer de un CPD de contingencia con el fin de incorporarlo al plan de obras y al plan de inversiones.
- 3.6 Promoción y difusión de las tecnologías de la información y la comunicación a los profesionales de la FPHAG: hacer difusión y promocionar el uso de las tecnologías que la DED incorpora al resto de la FPHAG.

Línea 4. Cartera de servicios

En esta línea estratégica, referente a la cartera de servicios, se trabaja todo lo referente a lo que la DED está ya ofreciendo, así como trabajar las carencias detectadas. Los objetivos de esta línea estratégica son:

- 4.1 Transformación digital: liderar la transformación y la estrategia digital de la FPHAG.
- 4.2 generar acercamiento a los profesionales asistenciales: promover fórmulas para llegar más cerca de los profesionales y con más capacidad de penetración ya sea vía la colaboración de usuarios clave o la incorporación, total o parcial, de profesionales asistenciales a la DED.

- 4.3 Cultura digital: incorporar la cultura digital a los profesionales y los usuarios potenciando la formación.
- 4.4 Evolucionar la interoperabilidad con las plataformas del sector salud y partners tecnológicos: potenciar la interoperabilidad con los otros agentes del sector salud mediante plataformas electrónicas.
- 4.5 Evolucionar hacia unas herramientas accesibles, robustas y excelentes para el apoyo a la toma de decisiones: evolucionar los cuadros de mando hacia plataformas más robustas y con accesibilidad a todos los profesionales que los requieran para la toma de decisiones en su gestión.

Línea 5. Organización interna de la DED

La quinta y última línea estratégica engloba todo lo referente a la organización interna de la propia DED para mejorar tanto la eficiencia como la capacidad productiva de la misma. Incorpora los siguientes objetivos estratégicos:

- 5.1 Organización en áreas: estructurar el organigrama de la DED en áreas que permitan la especialización del personal que pertenece y dejando el actual modelo de personal polivalente pero poco especialista.
- 5.2 Renovar herramientas informáticas propias de la DED: evaluar la idoneidad de sustituir los aplicativos informáticos actuales por unos con gestión integrada de tickets, documentación y gestión de proyectos, a la vez que compatible con metodología de gestión ITIL (del inglés *Information Technology Infrastructure Library*) que es actualmente un pseudo estándar para la gestión de tecnologías de la información.
- 5.3 Espacios físicos: disponer de nuevos espacios que permitan el crecimiento a medio y largo plazo de la DED, tanto en personal como en ubicaciones de almacén.

En la figura 2 se puede apreciar un resumen de las distintas líneas estratégicas y sus objetivos estratégicos.

3. MAPA ESTRATÉGICO

El mapa estratégico representado en la figura 3 sitúa los veintinueve objetivos estratégicos en las cuatro perspectivas que Kaplan y Norton identifican en el Balance Scorecard y a la vez la relación entre los diferentes objetivos estratégicos.

Una vez identificadas las relaciones causa efecto entre los diferentes objetivos estratégicos se puede observar que el objetivo "4.1 Transformación digital" es el más inductor; por su parte, el objetivo "4.3 Incorporar cultura digital" es el de mayor riesgo y, por último, el objetivo "5.1 Organización en áreas" es el más diferenciador.

También habría que destacar como relevante el objetivo "1.2 Formación" debido a que ha cogido mucha fuerza a raíz de las aportaciones de los propios profe-

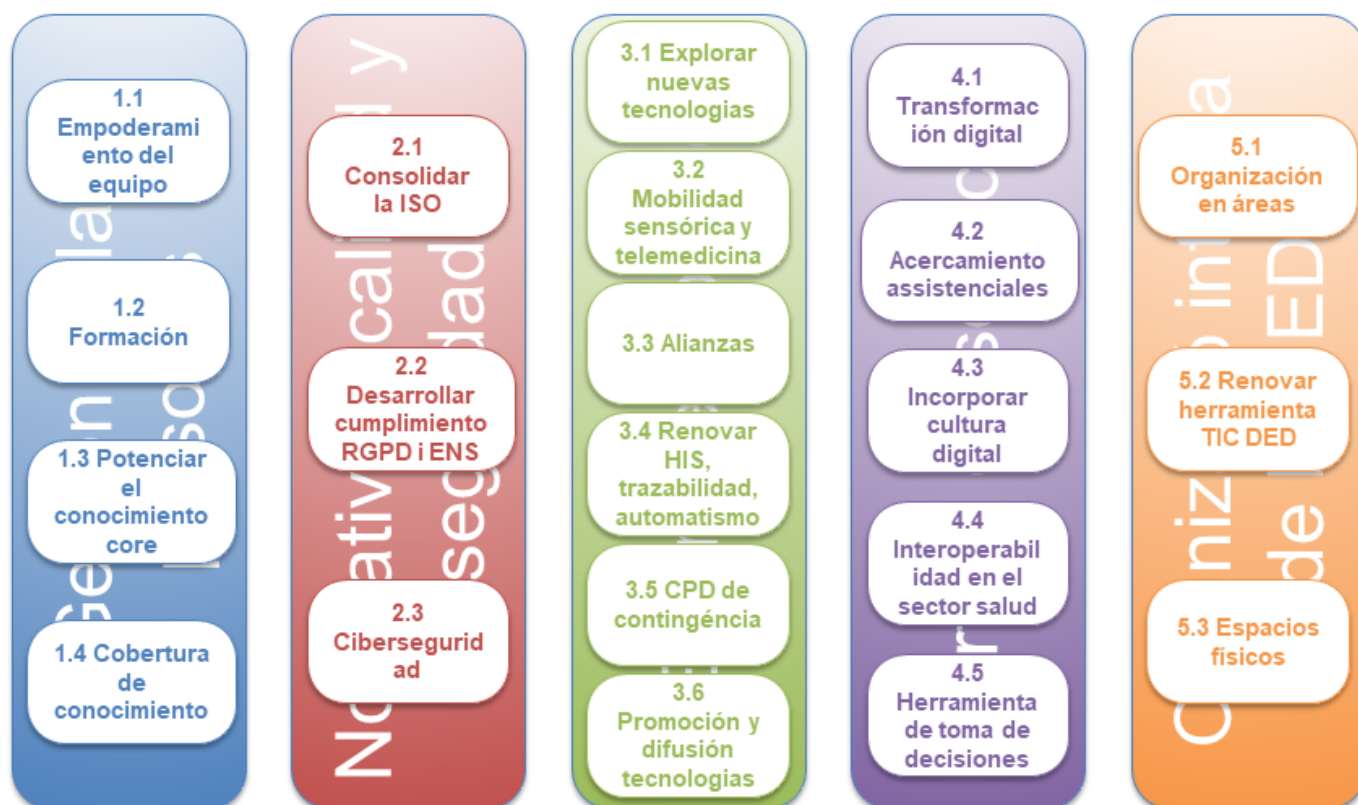


Figura 2. Resumen de las distintas líneas estratégicas.

sionales que trabajan en la DED y que por lo tanto se considera de especial importancia su desempeño.

RESULTADOS

Se definen un total de veinticinco indicadores agrupados en cinco secciones, cuatro de ellas correspondiente a los procesos de la DED y un quinto correspondiente a la gestión y desarrollo de la dirección. La recogida de datos en la mayoría de indicadores es automática al ser información ya recogida en herramientas de gestión de la DED, como la herramienta de *ticketing*. Tanto en las automáticas como en las que requieren intervención humana, el responsable de recogerlas es el coordinador/a de calidad de la DED.

Los indicadores definidos abarcan tanto aspectos cuantitativos de carga de trabajo (ejemplo: tiempo promedio de resolución de las incidencias recibidas) como otros cualitativos (ejemplo: satisfacción de los clientes externos de la FPHAG) pasando por algunos que buscan asegurar una mejora continua (ejemplo: número de proyectos de reingeniería o transformación digital implementados).

CONCLUSIONES

El Plan Estratégico propuesto está perfectamente alineado con el Plan Estratégico global de la FPHAG (consultable en su web <https://www.fphag.org>) donde en su línea estratégica número 6 sobre transformación digital pretende incorporar la cultura digital para mejorar la eficiencia de los procesos. Así mismo, el plan elaborado tiene el visto bueno del Director de la DED.

El análisis previo efectuado ha sido clave para sacar a la luz muchos aspectos que de otra manera podrían pasar desapercibidos. Adicionalmente, algunos de los aspectos, como los servicios ofrecidos, los recursos humanos o la formación, han sido enriquecidos con los comentarios recibidos de los propios profesionales que trabajan en la DED.

Se ha podido ver que, aunque la DED tiene un catálogo de servicios perfectamente definido y lo hace público para todo el personal de la FPHAG, este no cubre el estudio de nuevas tecnologías como el Machine Learning ni tampoco un servicio más cercano al profesional clínico. Se hace necesario revisar dicho catálogo más a menudo y aprovechar para impulsar las nuevas tecnologías que van apareciendo.

También se ha visto cómo el registro de la actividad de la DED se hace de forma muy efectiva para todo lo referente a atención de primer nivel, llamadas y asistencia al usuario ante incidencias, pero en cambio tiene margen de mejora en cuanto a proyectos donde el registro de cuántos proyectos se hacen. Como menciona Adrienne Watt en su libro *Project Management* es importante detallar todas las actividades de los proyectos para poder estimar los recursos necesarios que permitan planificar la ejecución de los proyectos en función de nuestra capacidad.

Un riesgo no controlado a destacar es la imposibilidad de crecer en plantilla con el espacio físico actual. Se deberá pensar en alternativas pues la gestión de los espacios no es un tema trivial a la FPHAG donde los metros cuadrados están muy solicitados.

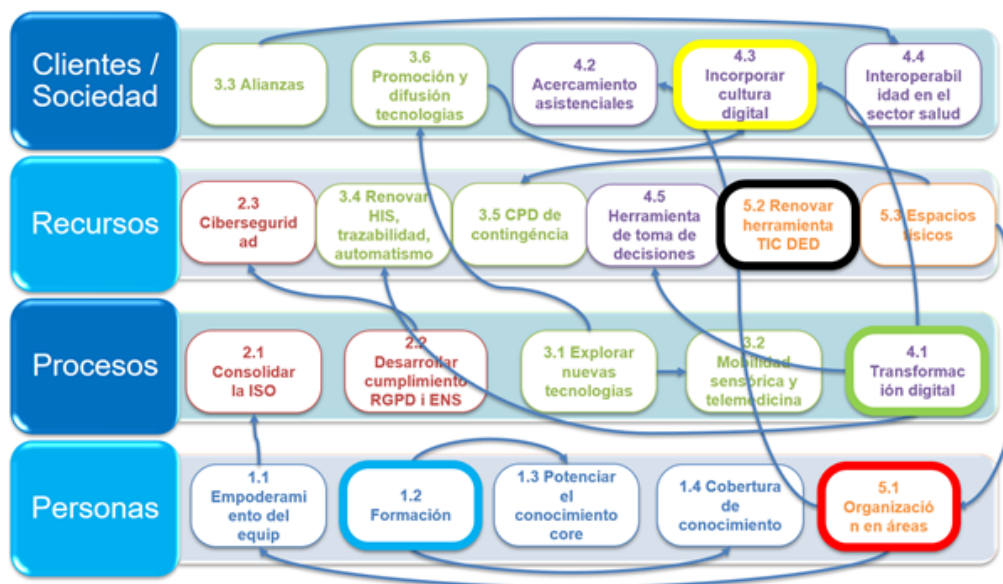


Figura 3. Resumen de las distintas líneas estratégicas..

Destacar también aquel dicho de que en casa del herrero cuchillo de palo. Y es que la DED procura dotar de aplicativos de calidad a la FPHAG mientras que internamente usa aplicativos donde se ha primado el coste por delante de la funcionalidad. Del mismo modo dispone de herramientas de cuadro de mando para diferentes servicios y direcciones de la FPHAG pero no tiene un cuadro de mando propio.

También hay que destacar el desconocimiento acerca del cumplimiento normativo, en especial sobre el Esquema Nacional de Seguridad, que aun siendo de obligado cumplimiento no se ha hecho ninguna evaluación para conocer si se cumple o corregir los incumplimientos que potencialmente se pudieran encontrar.

Como no podía ser de otra manera, hay que nombrar que la irrupción de la pandemia del COVID-19 ha hecho tambalear todo el sistema sanitario y por supuesto la FPHAG lo ha sufrido también de una manera impactante. En el caso de la DED este imprevisto ha tenido mucho impacto, como se ha podido ver en el análisis de la actividad donde caen significativamente las llamadas y las incidencias por el cambio repentino de actividad y prioridades de la FPHAG. En aquella primera oleada de COVID-19 los esfuerzos de la DED se vertieron en poder ofrecer teletrabajo, videoconferencias, visitas no presenciales entre profesionales y pacientes y equipamiento de servicios informáticos en ubicaciones más allá de las paredes de la FPHAG, como fueron un hotel o un edificio de una Mutua. Para darle una lectura positiva, la pandemia ha acelerado y mucho la transformación digital de muchas empresas que, como la FPHAG, han avanzado en temas de trabajo a distancia mucho más de lo que podría haber planificado.

La conclusión es que se ha elaborado un plan estratégico apto para presentar a la Dirección de la FPHAG, que era el objetivo de este trabajo fin de máster.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sainz de Vicuña Ancín, JM. El plan estratégico en la práctica. 4ª edición. Madrid: ESIC Editorial; 2015.
2. Roberts, JP. Define Strategic IT Metrics a Part of Your IT Strategy [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.gartner.com/document/code/258361?ref=grbody&refval=3184119>.
3. Gartner. Gartner Magic Quadrant [Internet]. [Consultado septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.gartner.com/en/research/methodologies/magic-quadrants-research>.
4. Nuño-Solinís, R. Estudio de caso Kaiser Permanente [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303524096_Estudio_de_caso_Kaiser_Permanente.
5. International Organization for Standardization. Sistemas de gestión de la calidad. [Internet]. [Consultado septiembre 2020]. Disponible a: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>.
6. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Reglamento general de protección de datos. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>.
7. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/01/29/pdfs/BOE-A-2010-1330.pdf>.
8. Watt, A. Project Management. Victoria, B.C.: BCcampus. 2014. Descargable en: <https://opentextbc.ca/project-management/>.
9. Gartner. ECHA IT Benchmark. [Internet]. 2019. Disponible en: https://echa.europa.eu/documents/10162/13612/gartner_echa_benchmark_en.pdf.

Registro Digitalizado de Enfermería de Urgencias - Proyecto de Innovación



Edgar Cervantes Llorens

Profesor en Escoles Universitaries d'Infermeria Gimbernat y Enfermero Hospital Germans Trias i Pujol
ecervantesllorens@gmail.com



Marta Elorduy Hernández-Vaquero

Vicedecana de Medicina - Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
melorduy@uic.es
[Universidad Internacional de Cataluña \(UIC\)](http://www.uic.edu)

ABSTRACT

The current sociodemographic reality in Catalonia, with the increasingly aging of the population and with large economic inequalities, and the changes in the population's health needs, have led to an increase in the use of emergency services. This context makes it necessary to continually adapt urgent care services, being organized through an integrated network that allows an effective response to the needs of the population.

This is not an isolated event in Catalonia, but the same trend is observed in neighboring countries. However, it is observed that, within hospital emergencies, processes are repeated, a fact that justifies the possibility and need to improve in this area.

The working environment, the adequate staff and the appropriate training of the professionals who work in the different emergency services are key aspects to guarantee the quality of care service.

Currently there are information systems on the activity of continuous and urgent nursing care, even so, it is necessary to evolve in order to carry out a more precise and real-time monitoring of the activity of these services to improve patient care and thus facilitate its continuity.

KEYWORDS

Ehealth, Administrative Management, Nursing, Nursing Informatics, Urgent Care

RESUMEN

La actual realidad sociodemográfica en Cataluña, con la población cada vez más envejecida y con mayores desigualdades económicas y los cambios en las necesidades de salud de la población, han llevado a un aumento de la utilización de los servicios de urgencias. Este contexto hace necesaria la adaptación de los servicios de atención continuada y urgente, organizados a través de una red integrada que permita dar respuesta efectiva a las necesidades de la población.

Este no es un hecho aislado de Cataluña, sino que se observa la misma tendencia en los países de nuestro entorno. Sin embargo, dentro de las urgencias hospitalarias se repiten procesos, hecho que justifica la posibilidad y necesidad de mejorar en este ámbito.

El entorno laboral, la adecuada dotación y la formación de los profesionales que trabajan en los diferentes dispositivos de urgencias son aspectos clave para garantizar la calidad de la atención.

Actualmente, se dispone de sistemas de información de la actividad de la atención enfermera continuada y urgente; aún así, se hace necesario que estos evolucionen para poder realizar un seguimiento más preciso y en tiempo real de la actividad en estos servicios para mejorar la atención del paciente facilitando así su continuidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

Esalud, Gestión, Enfermería, Informática Enfermería, Urgencias

INTRODUCCIÓN

En Cataluña la atención a las urgencias se articula a través de diferentes dispositivos: el 061 CatSalut Responde, los Centros de Atención Primaria (CAP), los Puntos de Atención Continuada (PAC), los Dispositivos de urgencias de Atención Primaria en entornos aislados (DEA), los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP), la red de oficinas de farmacia, los hospitales y el SEM (Sistema de Emergencias Médicas), que actúan en red para garantizar el acceso equitativo y de calidad a la atención urgente y se adaptan a las necesidades de cada territorio.

En la actualidad, en Cataluña disponemos de varias fuentes de información para hacer el seguimiento de la actividad de la atención urgente.

En primer lugar, el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias (CMBD-UR), que es poblacional y recoge la actividad de los servicios de urgencias hospitalarios, de los CUAP y del SEM desde el año 2014. Los principales datos que recoge son los relacionados con el número de visitas, el grado de severidad de estos, los tiempos de espera y las variables clínicas de diagnóstico y tratamiento. Los centros envían la información al CatSalut una vez al día. Actualmente, se está trabajando en la mejora de la calidad y del tiempo de envío de los datos y en la confección de un cuadro de mando integral de información diaria. Los datos de las urgencias atendidas en los centros que prestan atención continuada se recogen en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria (CMBD-AP).

En segundo lugar, en 1999 se puso en marcha el Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC) y, en el marco de este Plan, se diseñó la implantación de un aplicativo con el objetivo de disponer de un sistema de monitorización de la actividad y situación de los puntos de atención urgente del sistema de salud.

Durante muchos años, el PIUC nos permitió disponer de información diaria, inicialmente sólo en la época de invierno y, posteriormente, se hizo extensivo a todo el año. El PIUC recogía, en un corte diario a las 10 h de la mañana, indicadores hospitalarios de urgencias y de admisiones, consensuados entre el CatSalut y los proveedores, inicialmente realizados de forma manual, con los problemas que ello conllevaba. Por este motivo, en el año 2015 se inició una revisión de la aplicación PIUC como sistema de monitorización y pasa de la declaración manual a la captura automática desde los sistemas de información de origen: el aplicativo PIUC+. El PIUC+, que permite tres cortes diarios, a las 8 h, a las 15 h y a las 20 h, también se basa en la recogida sistemática de indicadores hospitalarios, vía servicios web y añade indicadores procedentes de los dispositivos de Atención Primaria. La información recogida, más ampliada que

en el sistema anterior, permite mejorar la calidad de los procesos de planificación y gestión de los servicios de urgencias. De este modo, la información recogida en el PIUC+ pretende dar un escenario real de cómo están las urgencias en un momento puntual del día o la situación del hospital del día anterior, para realizar actuaciones rápidas y eficientes en caso de una congestión en los servicios de urgencias hospitalarios.

Centrándonos en la enfermería, en guías anteriores de *Actuación Enfermera del Servicio de Emergencias Médicas de Catalunya* se insiste en la gran importancia de registrar todas aquellas actividades asistenciales, siendo esta la manera para ayudar con el crecimiento de la disciplina: "Solo si registramos podremos transformar el conocimiento común en conocimiento científico a través de la investigación".

En la actualidad y en referencia a la actividad de urgencias hospitalarias, habría que seguir trabajando en su desarrollo para que todos los centros hospitalarios de Cataluña estén incorporados en el proyecto y la aplicación se convirtiera en realmente operativa y abierto a todo el mundo en el territorio^{1,2}.

Principios inspiradores

- La equidad para asegurar que los ciudadanos de Cataluña tengan una atención que garantice los mismos resultados de salud sea donde sea su lugar de residencia. Por lo tanto, la equidad debe orientarse hacia la obtención de los resultados relacionados con la atención recibida, en lugar de hacia la ubicación o el número de dispositivos de urgencias simultáneamente abiertos.
- La efectividad, con la homogeneización de las actuaciones del proceso de urgencias, basadas en la evidencia científica y las prácticas que presenten mejores resultados en relación con los recursos y medios disponibles.
- La territorialización y el trabajo coordinado y en red entre los diferentes dispositivos para resolver los problemas lo más cerca posible del paciente, a través del trabajo coordinado entre los servicios y profesionales distribuidos por todo el territorio.
- La visión integradora de los recursos sociales y sanitarios, tanto por parte de los responsables políticos, gestores y profesionales como por parte de la ciudadanía, para que se dé la mejor asistencia posible con los recursos disponibles y que a la vez estos, una vez optimizados, se adecuen a las necesidades de los ciudadanos asistidos y de los profesionales que trabajan.
- La participación de la ciudadanía y de los profesionales, como actores clave del proceso de la atención continuada y urgente, con el aumento del rol

de los profesionales en el proceso de planificación y el empoderamiento de la ciudadanía para la toma de decisiones más informada.

- La sostenibilidad para garantizar que las acciones propuestas y llevadas a cabo tengan garantías de su perdurabilidad en el tiempo a partir de la financiación del Departamento de Salud, teniendo en cuenta que esta financiación debe dar respuesta a la globalidad de las necesidades de salud de la ciudadanía.
- La calidad y mejora continua del proceso asistencial como principio integral que busca garantizar la provisión de unos servicios de excelencia a la ciudadanía³.

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de elaboración de un registro informatizado para profesionales de enfermería en la unidad de urgencias siendo este una herramienta para agilizar la continuidad asistencial.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar nuevas herramientas para la elaboración de un registro que permita la mejora y dinámica del circuito de urgencias.
- Mejorar la eficacia y eficiencia del servicio de urgencias en especial la comunicación entre urgencias y hospitalización.
- Reducir costes de material de urgencias.
- Reducir demoras de estancia en urgencias.

3. METODOLOGÍA

Se elabora un registro en formato digital propio para el personal de enfermería en la atención urgente. Este irá específicamente dirigido a las unidades de urgencias.

El recurso digital, estará basado en el Informe de Atención de las Unidades de Soporte Vital Avanzado del Servicio de Emergencias Médicas y basado también en el *Informe de Enfermería de Urgencias* de un hospital de 3er nivel de Cataluña⁴.

Los documentos en formato papel tienen el riesgo de pérdida de información o deterioro del mismo. A pesar de ello, el registro actual resulta una herramienta rápida y fácil y con la que el personal de las unidades ya está familiarizado, por lo que, en el nuevo registro se mantendrán los siguientes apartados:

- Datos del paciente.
- Exploración I, II y procedimientos siguiendo el ABCD de la atención urgente.

- Datos del traslado, incidentes en el traslado hospitalario, efectos personales y finalización del servicio con identificación del profesional con su número de colegiado.

Con el registro informatizado, podríamos utilizar:

- Un registro digital que almacenará en la base de datos del hospital y contará con un mapa de camas para mejorar la distribución de los pacientes en las urgencias.
- Escalas de valoración mucho más visuales con desplegables para marcar los ítems alterados.
- Lenguaje específico para enfermería.

También destacar que no todos los problemas que presenten los pacientes que trataremos puede solucionarlos el personal de enfermería de manera autónoma, es por esto que no pueden englobarse en el mismo apartado, sino que cabe identificar dos tipos distintos de diagnósticos: los diagnósticos enfermeros (DE) y los problemas de colaboración (PC).

Según la definición de trabajo aceptada por la NANDA en la novena conferencia celebrada en marzo de 1990 define diagnóstico enfermero como:

"Un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que enfermería es responsable".

Aspectos a tener en cuenta:

- El acceso a la aplicación será privado mediante nombre de usuario y contraseña.
- Se cumplirá en todo momento con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal transfiriendo la información mediante una red privada del hospital.
- Destacar como beneficio que la infraestructura ya es operativa así como la dotación de tabletas en todas las unidades de urgencias. Esto facilitaría la implementación del nuevo registro.
- La distribución de los DE y PC serán mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson⁵.

4. FASES DEL PROYECTO

- 1ª Fase - Búsqueda bibliográfica, DAFO y conocer la necesidad de implementar un nuevo registro en la atención urgente.
- 2ª Fase - Planificación de objetivos a conseguir en el proyecto.
- 3ª Fase - Selección de las partes del registro actual a modificar y definición de los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración que estarán presentes.

Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento informático avanzado. - Producto poco conocido por el momento. - Dificultad de acceso a los organismos que deben empezar el proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alto conocimiento en el ámbito de la salud y el mercado. - Ventajas en costes respecto el formato actual. - Infraestructura y asesoramiento inicial de bajo coste. - Alto nivel de motivación, creatividad e innovación frente al proyecto.
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de posibles nuevos competidores. - Desinterés de las organizaciones en cubrir la necesidad existente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a un nuevo mercado no explotado. - Ampliación de las herramientas de trabajo con recursos tecnológicos. - Unificación de métodos de trabajo. - Oportunidad de mejora de la calidad asistencial. - Favorecer la sostenibilidad del medio ambiente.

Tabla 1. Tabla DAFO.

Mejoras del nuevo formato
<ul style="list-style-type: none"> - Se trataría de un registro digital que se almacenaría en la base de datos del hospital y contará con un mapa de camas para mejorar la distribución de los pacientes en las urgencias. - Se habilitarían desplegados para diferentes aspectos relacionados con la recogida de datos. - Se habilitarían desplegados para diferentes aspectos relacionados con escalas de valoración. - Se habilitarían desplegados para tener en cuenta si el paciente forma parte de algún código de activación con protocolo autónomo (código IAM, ICTUS...)⁹. - Se añadiría la posibilidad de especificar diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración más relevantes en el servicio de urgencias.

Tabla 2. Mejoras del nuevo formato.

- 4ª Fase - Elaboración del nuevo registro de enfermería en soporte papel.
- 5ª Fase- Traspaso del registro a soporte digital.
- 6ª Fase - Reevaluación, conclusiones.
- 7ª Fase - Periodo de implementación^{6,7,8}.

RESULTADOS

Una nueva aplicación en formato digital se encuentra acorde con el momento en el que vivimos, una herramienta que fusiona tecnología, conocimiento y salud; permitiéndonos sumarnos al camino de la innovación, un camino del que, por el momento, solo vemos el inicio, pero en el que queda mucho por recorrer aún.

Los beneficios de la transformación digital de las organizaciones sanitarias se establecieron ya de forma razonable en 2002, a partir de un estudio de la Reserva Federal de Estados Unidos que exploró el tema en

3.000 hospitales. Estos beneficios son evidentes sobre la seguridad de los pacientes, la interconectividad entre profesionales y la eficiencia operativa de las organizaciones^{10,11}.

La herramienta permitiría un registro para el personal de enfermería en el que dichos profesionales podrán registrar sus funciones en el momento de la actividad asistencial, por lo que se lograría una mejora de la asistencia prestada siendo esta más segura.

La información registrada agilizaría los procesos de ingreso de urgencias a unidades de hospitalización.

Al tratarse de un formato digital impediría pérdida de información y además disminuiría tiempos en la estancia en urgencias.

Disminución de costes en formato papel y de recursos humanos.

Obtención de datos para su posterior análisis promoviendo la investigación en los cuidados de enferme-

ría de urgencias.

Promover la unificación de criterios en la asistencia de los cuidados una vez se analicen los datos mejorando la capacidad del personal de enfermería para su actuación¹².

CONCLUSIONES

El desarrollo de un registro digitalizado de coordinación entre urgencias y hospitalización generará una mejora en la calidad asistencial con herramientas mejoradas más rápidas que a su vez agilizarán el circuito de urgencias e ingresos. Además de un aumento en la seguridad del paciente y en la protección de sus datos, promoviendo también un avance en la investigación en este ámbito.

Es necesario que los nuevos registros en formato digital formen parte de la dinámica de trabajo enfermero y en general del servicio de urgencias y se encuentren acordes al momento en el que vivimos.

Podemos y debemos saber aprovechar los medios existentes, adaptándolos al ámbito sanitario, para conseguir una mejora en la atención.

La incorporación de las TICs y desarrollo de nuevas herramientas de trabajo al mundo sanitario está suponiendo un motor de cambio en la actividad no solo asistencial de los profesionales sanitarios, sino también de investigación o gestión necesarias todas para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta a la planificación, la información, la investigación, la gestión o la prevención^{13,14}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Canal TicSalut. [Acceso 21 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.f55d9e579614ed576f51ec10b0c0e1a0/?vgnnextoid=c0f7a46b90be3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c0f7a46b90be3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>.
2. Plan director de urgencias y emergencias sanitarias de la comunidad de Madrid 2016 – 2019 [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad y Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/nosotros/plan-director-urgencias-emergencias>.
3. Pla nacional d'urgencies de Catalunya [Internet]. Cat-salut.gencat.cat. 2017 [Acceso 21 abril 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3402/pla_nacional_urgencies_catalunya_planuc_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
4. Garcia S, Navío A, Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Invest*. 2007; 28: 1-8.
5. Irigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enferm [Internet]*. 2007 Nov [Acceso 23 de abril 2021] ;16(57): 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=es.
6. González J, Gosgaya O, García M, Blesa A. Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. *Unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva* 2004; 15(2):53-62.
7. Gomes M, Hash P, Orsolini L, Watkins A, Mazzoccoli A. Connecting Professional Practice and Technology at the Bedside: Nurses' Beliefs about Using an Electronic Health Record and Their Ability to Incorporate Professional and Patient-Centered Nursing Activities in Patient Care. *Comput Inform Nurs*. 2016 Dec;34(12):578-586. doi: 10.1097/CIN.0000000000000280. PMID: 27496045; PMCID: PMC5145246.
8. Dahm MF, Wadenten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records: a questionnaire study. *J Clin Nurs*. 2008: 2137–2145.
9. Gencat.cat. Sistema d'emergències mèdiques (2020). Codis d'activació i coordinació entre nivells assistencials.Barcelona. [Acceso 23 de abril 2021]. Disponible en: <https://sem.gencat.cat/ca/emergencies-mediques/serveis/codis-dactivacio-i-coordinacio-entre-nivells-assistencials/#-bloc1>.
10. Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2005; 12 (5): 505-516.
11. I. Riesgo. Gestión y sistemas de información. Gestión diaria del hospital, 3.a ed, pp. 47-68.
12. Fennelly O, Cunningham C, Grogan L, Cronin H, O'Shea C, Roche M, Lawlor F, O'Hare N. Successfully implementing a national electronic health record: a rapid umbrella review. *Int J Med Inform*. 2020 Dec;144:104281. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104281. Epub 2020 Sep 23. PMID: 33017724; PMCID: PMC7510429.
13. Qin Y, Zhou R, Wu Q, Huang X, Chen X, Wang W, Wang X, Xu H, Zheng J, Qian S, Bai C yu P. The effect of nursing participation in the design of a critical care information system: a case study in a Chinese hospital. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017 Dec 6;17(1):165. doi: 10.1186/s12911-017-0569-3. PMID: 29212480; PMCID: PMC5719644.
14. Seibert K, Domhoff D, Huter K, Krick T, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2020 Dec;158-159:94-106. doi: 10.1016/j.zefq.2020.10.010. Epub 2020 Nov 19. PMID: 3322.

Plan Estratégico 4D Health Innovation Simulation Center 2019-2023



Franc Espinar Lacueva

Director de operaciones y proyectos
4D Health Innovation Simulation Center

fespinar@4dhealth.com / francespinarlacueva@gmail.com

[linkedin](#)



Carme Julian Campos

Gerente en Fundació Escola Decroly y
Docente al MUGS de la UIC

cjulianca@gmail.com/mcjulian@uic.es

[linkedin](#)

ABSTRACT

4D Health is a simulation hospital located in Igualada. Since its inauguration, it has depended on financial subsidies from the public administration. A strategic plan is developed with the aim of increasing its turnover. The results of the SWOT matrix analysis conclude that it is necessary to address the economic dependence of the centre and its poor positioning, reinforce its infrastructure, modify the internal organisational model, and undertake initiatives to guarantee excellence in the provision of services. Three main lines of action are defined, together with their strategic lines, each of them having different milestones to be achieved. This plan will be the guideline for the development of 4D Health in the coming years. A forecast of the income statement has been elaborated up to 2023 in order to assess the impact of the actions defined in the plan on the economic results of the centre in the different years, and its viability. A positive impact of the implementation of the plan on the economic result is observed, especially in 2020, a period in which the organisation would become profitable, despite continuing to depend on public subsidies.

KEYWORDS

4d Health; Simulation; Strategic Plan; SWOT; Strategic Axes/ Lines/Objectives

RESUMEN

4D Health es un hospital de simulación situado en Igualada. Desde su inauguración ha dependido de subvenciones económicas por parte de la Administración Pública. Se elabora un plan estratégico con el objetivo de incrementar su volumen de facturación. Los resultados del análisis de la matriz DAFO concluyen que hay que enfrentar la dependencia económica del centro y su mejorable posicionamiento, reforzar su infraestructura, modificar el modelo interno de organización y emprender iniciativas para garantizar excelencia en la prestación de servicios. Se definen tres principales ejes de actuación, con una serie de líneas estratégicas, cada una de ellas con sus objetivos a alcanzar. Este plan será la principal guía para el desarrollo de 4D Health en los próximos años. Se elabora una previsión de la cuenta de explotación hasta el año 2023 con el propósito de valorar el impacto de las acciones definidas en el plan sobre el resultado económico del centro en los diferentes años y su viabilidad. Se observa un impacto positivo de la aplicación del plan en el resultado económico, sobre todo en el año 2020, periodo en el que la organización pasaría a tener un resultado positivo, a pesar de continuar dependiendo de subvenciones públicas.

PALABRAS CLAVE

4d Health; Simulación; Plan Estratégico; DAFO; Ejes/ Líneas/Objectivos Estratégicos

INTRODUCCIÓN

4D Health - Innovation Simulation Center es un hospital de simulación, sin ánimo de lucro, situado en Igualada (Cataluña) e inaugurado en 2015. Se ha construido aprovechando un antiguo hospital real, fruto de una iniciativa particular, con el apoyo del Ayuntamiento de Igualada y representa uno de los nuevos desarrollos en infraestructura de simulación dentro del territorio catalán, en el que se puede trabajar con esta herramienta de aprendizaje.

Desde el día de la inauguración hasta el momento actual, 4D Health ha dependido de subvenciones económicas por parte de la Administración Pública a fin de contribuir a su sostenibilidad.

En abril de 2017, hay un cambio en la dirección del centro. Se pretende asentar el trabajo realizado durante los tres primeros años y completarlo ordenando las acciones que se estaban realizando para buscar la sostenibilidad económica del centro.

Como parte de este nuevo impulso en la empresa, se pide la elaboración de un plan estratégico. Esto se hace en línea con la nueva misión y visión del centro, involucrando la participación de todos los miembros del equipo, alineando así todos los esfuerzos en una misma dirección.

4D Health, aunque no compensa sus costes con los ingresos de su propia actividad, consigue obtener un balance = 0 a final de año ya que completa sus ingresos con las subvenciones que recibe por parte del Ayuntamiento y el Consorcio Sociosanitario de Igualada (Consorcio en el cual está integrado).

El objetivo principal que pretende, por tanto, la dirección de 4D Health con la formulación de este plan

es incrementar su volumen de facturación para reducir las subvenciones que actualmente recibe de estas entidades.

Así mismo, la elaboración del plan contribuirá también de forma específica a aumentar su eficacia y eficiencia, mejorar la coordinación y evaluación de las actividades del centro y sus procesos de trabajo, priorizar y maximizar el uso de los recursos, anticipando el control y adecuación de los gastos, aumentar la productividad de la organización, afianzar y consolidar la metodología de trabajo, así como mejorar la comunicación interna y externa del centro.

CONTENIDO

1. METODOLOGÍA

La elaboración del plan estratégico divide el proyecto en dos fases de trabajo, siendo la primera el análisis de la situación del punto de partida de la organización y la segunda, la formulación de la estrategia que marcará su rumbo en los próximos años.

La confección de la matriz DAFO supone un resumen de todo el análisis estratégico y permite conocer la situación y posicionamiento real, tanto interno como frente a su entorno, para hacer un diagnóstico de la situación en la que se encuentra y a partir del cual se iniciará la formulación de la estrategia de la organización.

La formulación estratégica del plan permite definir los principales ejes y líneas que marcan la dirección de 4D Health, así como los planes de actuación asociados a cada uno de ellos que orientan la consecución de la visión de la empresa.

La elaboración de un mapa estratégico nos permite representar visualmente la estrategia de la empresa, describiendo su proceso de creación de valor mediante



Figura 1. Cronograma de formulación del plan estratégico.

una relación causa-efecto entre los diferentes objetivos estratégicos planteados y establecer criterios de prioridad en su orden de intervención, para seguir avanzando en la dirección de la visión organizacional. De la misma manera, también nos facilita comprobar si cada una de las dimensiones empresariales, descritas por Norton y Kaplan (2016) están afectadas por la nueva estrategia, garantizando así el éxito de la implementación general de la misma.

La formulación de los objetivos e indicadores estratégicos generales se identifican a partir de las competencias clave y los factores críticos de éxito en los que la organización tiene que destacar (o mejorar) para lograr su visión organizacional.

Por cada objetivo estratégico se define un indicador general que medirá su grado de logro y se plantean una serie de acciones operativas subyacentes a este y absolutamente alineadas entre ellas.

La Figura 1 muestra el cronograma del proceso de formulación del documento, desde su inicio (septiembre de 2017) hasta su presentación final (septiembre 2018).

2. DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO

2.1 Análisis de la situación del punto de partida

La estrategia plasmada en el documento parte de las conclusiones extraídas del análisis de los condicionantes externos, que modulan la actividad de 4D Health y de los condicionantes internos, que contextualizan el posicionamiento actual del centro.

El análisis del entorno al 4D Health considera el ámbito local de Igualada, ciudad donde está construido el hospital de simulación, el contexto regional de la Cataluña Central de la cual forma parte, así como también el resto del territorio catalán.

A la hora de llevar a cabo el análisis del entorno genérico, se valoran todos los factores determinantes (políticos, económicos, socioculturales, tecnológicos, legales y medio ambientales) que están fuera la organización, pero que afectan (o pueden afectar) directa o indirectamente, en mayor o menor intensidad, en su funcionamiento. Se analiza la situación de cada uno de ellos y su probable evolución, con el propósito de obtener exclusivamente la información más relevante que permita detectar oportunidades y amenazas para la organización, tanto por su modelo de negocio actual como por el que pretenda emprender en el futuro.

Una vez considerados el conjunto de factores que pueden impactar en el entorno genérico de 4D Health, se analizan aquellos factores del entorno del sector de la simulación en el ámbito de la salud, que puedan afectar a la rentabilidad de operar y, al mismo tiempo, permitan a la organización reconocer habilidades estratégicas que le faciliten adquirir ventajas competitivas sostenibles a medio y largo plazo. Siguiendo las premisas de las cinco fuerzas de Portero (2009), se identifica la intensidad de la competencia actual dentro del mer-

cado, la aparición de nuevos competidores potenciales, el poder de negociación con los proveedores y clientes, así como el desarrollo de productos sustitutivos que pueden cubrir las mismas necesidades en el sector.

Como parte del estudio de la posición inicial de la empresa, se identifican los diferentes stakeholders (grupos de interés) que tienen, explícitamente o implícitamente, voluntariamente o involuntariamente, interés para el buen funcionamiento de 4D Health, puesto que se ven condicionados de manera más o menos directa, por la actividad del centro o bien pueden condicionarla. Representan un factor de alta influencia organizacional y, por lo tanto, se considera importante conocer sus valores, intereses y expectativas, así como las relaciones existentes entre ellos, para que la elaboración del plan ayude a integrar sus necesidades con la estrategia de la organización.

El análisis interno considera la evaluación actual y potencial de los diferentes elementos o factores que existen en el 4D Health y que afectan (o pueden afectar) en el desempeño de la misión organizacional. El propósito de este estudio es identificar mediante diferentes instrumentos de análisis, los puntos fuertes que ayudan a la empresa en el cumplimiento de las necesidades de los clientes, describiendo los recursos y destrezas que los diferencia positivamente de la competencia, así como las debilidades y limitaciones a las cuales se enfrenta y que podrían colocarlo en una posición desfavorable hacia estos.

El uso del instrumento del *checklist* permite valorar la situación actual de 4D Health a nivel interno, analizando su estructura física y organizativa, el producto que ofrece, la tecnología y recursos materiales de los cuales dispone, el equipo humano que lo compone, así como su estructura de marketing y finanzas.

El Business Model Canvas, propuesto por Osterwalder y Pigneur (2011), constituye una herramienta esencial para detectar cómo la organización crea, entrega y captura valor, analizando diferentes apartados interrelacionados que cubren todos los aspectos básicos del negocio.

Se analizan los segmentos de clientes y la propuesta de valor que 4D Health ofrece, así como los principales canales de distribución, comunicación y relación que utiliza el centro para entrar en contacto y entregar la propuesta de valor a los clientes. Se evalúan los flujos de ingreso de la entidad, considerando la facturación generada por los propios proyectos y las subvenciones que recibe y la estructura de costes (fijos y variables) en los que toca incurrir para operar su modelo de negocio relacionados con la creación y entrega del servicio, el mantenimiento de las relaciones con los clientes y los costes asociados a la infraestructura. Así mismo, se analiza la red de partners, los recursos físicos y humanos clave que tienen el peso más importante sobre el funcionamiento de su modelo de negocio y los procesos de producción que se consideran relevantes para el desarrollo de sus actividades clave y que están directa-

mente relacionados con el diseño, desarrollo y entrega de una propuesta de valor al cliente en forma de producto o servicio.

2.2 Análisis de la matriz DAFO

La realización de un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) de 4D Health supone un resumen de todo el análisis estratégico y permite conocer su situación y posicionamiento real, tanto internamente como en su entorno, para tomar decisiones de futuro.

El análisis DAFO está destinado a conocer la situación real en la que se encuentra el 4D Health, identificar las barreras que limitan el logro de sus objetivos, explorar nuevas soluciones a los problemas presentes, decidir sobre la dirección organizacional más eficaz a seguir y revelar las posibilidades y limitaciones de cambiar algo, así como identificar posibles ventajas competitivas en el mercado.

La Figura 2 muestra la matriz DAFO de 4D Health, que refleja las conclusiones que se han extraído a partir del análisis del entorno genérico y específico, así como del análisis interno y a partir de la cual se iniciará la formulación de la estrategia de la organización.

Las conclusiones extraídas del análisis de la situación del punto de partida y la matriz DAFO permiten redefinir la misión y visión de 4D Health, así como los valores institucionales que guían la actividad del centro y que son un punto de referencia para su futuro desarrollo. Su actual definición tiene que contribuir a establecer y conseguir los objetivos de la organización para los próximos años.

El análisis de la matriz DAFO permite extraer los factores críticos de éxito que pueden dificultar la correcta evolución de la estrategia de 4D Health y conocer las competencias clave que suponen ventajas competitivas sobre las cuales se puede sustentar la organización para lograr su objetivo.

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
F.1	Infraestructura con una gran cantidad de m ² y variabilidad de espacios clínicos	O.1	Administración pública local con interés en diversificar el know how de la comarca del Anoia
F.2	Hiperflexibilidad del modelo de negocio	O.2	Incorporación progresiva de la simulación en los planes estratégicos y formativos de las instituciones sanitarias
F.3	Cartera de servicios amplia y de calidad	O.3	Institución independiente que no pertenece y depende exclusivamente de ningún hospital ni universidad
F.4	Alta capacidad de adaptabilidad a las necesidades específicas de los clientes	O.4	Internacionalización y exportación de la metodología de trabajo con simulación en el mercado latinoamericano
F.5	Éxito de los proyectos realizados	O.5	Simulación clínica resulta un campo atractivo para el mundo empresarial del sector producto y aparatos médicos
F.6	Equipo directivo con experiencia y experiencia previa en simulación	O.6	
F.7	Acceso a un gran pool de profesionales sanitarios	O.7	
F.8	Apoyo financiero de la administración pública local	O.8	
DEBILIDADES		AMENAZAS	
D.1	Necesidad de redistribución y reestructuración de los espacios del centro	A.1	Contexto cambiante de la situación jurídica de la organización
D.2	Adaptación temporal del centro a la institución de gobernanza (CSSI)	A.2	Situación geográfica del centro
D.3	Indefinición entre la gobernabilidad y la dirección de la organización	A.3	Poco posicionamiento en simulación por parte de las políticas públicas de salud
D.4	No disponibilidad de un amplio catálogo de producto a la venta	A.4	Costes elevados asociados a la simulación
D.5	Poca inversión y disponibilidad de recursos tecnológicos de simulación	A.5	Aparición de múltiples competidores directos en el territorio catalán
D.6	Cartera de clientes reducida y poco diversificada	A.6	Dificultad en vender el concepto de "simulación"
D.7	Infrautilización de la oferta de servicios a las empresas (TIC, producto y Farmaindustria)	A.7	Preferencias personales de cargos de influencia sobre el uso, implementación e inversión en simulación
D.8	Equipo interno muy reducido. Necesidad de nuevos perfiles y roles profesionales	A.8	Resistencia a los cambios por parte de las instituciones de salud en incorporar nuevas metodologías innovadoras de aprendizaje
D.9	Falta de estudio de mercado de la competencia, clientes y productos sustitutos	A.9	Uso de otras metodologías de aprendizaje sustitutivas
D.10	Dependencia de capital público externo para garantizar la sostenibilidad económica de la organización		

Figura 2. Matriz DAFO.

2.3 Formulación de la estrategia

Una vez realizado el análisis de la matriz DAFO, como punto de partida y definidas la misión, visión y valores institucionales de 4D Health, se diseña la estrategia 2019-2023. Los ejes y objetivos estratégicos serán las principales guías para el desarrollo de la actividad del centro en los próximos años y tienen que representar los objetivos que este quiere lograr.

Los ejes estratégicos sostendrán todos los planes de acción propuestos por 4D Health en los próximos años.

La elaboración del mapa estratégico proporciona información relevante y visual de la estrategia de la organización y describe el proceso de creación de valor mediante una serie de relaciones de causa y efecto entre los objetivos estratégicos de 4D Health, considerando las cuatro perspectivas del Balance Scorecard, descritas por Norton y Kaplan (2016).

El mapa estratégico representa una herramienta muy importante que tiene por objetivo comunicar la estrategia a todos los miembros de la organización, alineándolos hacia la consecución de los objetivos y visión descrita en el plan estratégico. Además, permite identificar los procesos y los sistemas de apoyo necesarios para implementarla.

RESULTADOS

La estrategia de 4D Health se debe centrar en buscar la sostenibilidad económica de la organización, consolidar su estructura y garantizar un servicio de excelencia adaptado a las necesidades de los clientes. Para conseguir su correcta

implementación, tiene que aprovechar la experiencia del equipo directivo y profesionales sanitarios, optimizar el potencial de su infraestructura y explotar las diferentes líneas de negocio de su amplia cartera de servicios. Así mismo, tiene que combatir las dificultades actuales que pueden condicionar su funcionamiento, invirtiendo en los recursos humanos y tecnológicos necesarios que permitan aumentar el catálogo de producto y la cartera de clientes de la organización.

Por lo tanto, con los resultados extraídos, se plantean los siguientes retos:

- Enfrentar: la dependencia económica del centro y su mejorable reputación y posicionamiento.
- Corregir: la infraestructura, haciéndola más eficiente y dotándola con más recursos humanos y tecnológicos.
- Modificar: el modelo interno la organización, fomentando el desarrollo, fidelización y atracción de los profesionales.
- Emprender: iniciativas para garantizar la excelencia en la prestación de servicios, para generar nuevo producto formativo, para así captar nuevos clientes y diversificar los ingresos.

En base a la situación actual de 4D Health, se definen tres principales ejes de actuación que guiarán los esfuerzos del centro y sus actividades a realizar en los próximos años. Dichos ejes engloban una serie de líneas estratégicas, cada una de ellas con sus objetivos a alcanzar.

El primer eje del plan es “Consolidar la estructura”. Responde al reto de conseguir una organización más ágil, transversal y que potencie el trabajo multidisciplinar. El objetivo de este eje

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Contribuir en el desarrollo de los profesionales.	% satisfacción profesionales. Número actividades formativas.
2. Garantizar atracción y fidelización de talento.	% satisfacción de los profesionales. Número de profesionales.
3. Adecuar y reformar la distribución de la estructura y espacios del centro.	% inversión para adecuación y reforma de espacios.
4. Aumentar la oferta de recursos tecnológicos.	% inversión en recursos tecnológicos.

Tabla 1. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 1, Línea 1.

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Definir la estructura organizativa del centro.	Estructura organizativa dibujada y aprobada por la dirección ejecutiva.
2. Conseguir más eficiencia en la gestión de los procesos de trabajo.	% desempeño de los procesos de trabajo.

Tabla 2. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 1, Línea 2.

consiste en adecuar y consolidar la estructura interna de 4D Health a nivel de organización, procesos y recursos que favorezcan su carácter competitivo y alcance a nivel regional, nacional e internacional.

La primera línea estratégica que se desprende de este eje es “Garantizar y desarrollar los recursos humanos y materiales del centro”. este pretende mejorar de manera eficiente la política de personal, fomentando especialmente aspectos como la estabilidad, la retención del talento, la formación, la promoción, la profesionalidad y el clima laboral de los miembros del centro, así como la atracción de nuevo talento.

Por otro lado, pretende conseguir la racionalización en la gestión de las infraestructuras físicas para adaptarlas a las necesidades de los entornos de aprendizaje, así como el desarrollo de los recursos tecnológicos que contribuyan a crear nuevos ambientes de aprendizaje y aseguren eficiencia en los procesos de trabajo y el mantenimiento de la información al alcance de la organización y clientes.

La segunda línea busca fomentar actuaciones estratégicas dirigidas a continuar avanzando en la “Mejora y adecuación del modelo de organización interna”, según su nivel de actividad y en sus procesos internos de gestión y comunicación.

El segundo eje del plan es poder “Asegurar la

sostenibilidad económica”. Responde al reto de hacer que la organización sea viable desde un punto de vista económico. El objetivo de este eje consiste al adaptar la estrategia y el modelo organizativo de 4D Health para conseguir el máximo de eficiencia, racionalización y aprovechamiento en la gestión de los recursos, garantizando así su continuidad y sostenibilidad.

La primera línea estratégica que se desprende de este eje es “Aumentar el volumen y el beneficio de la actividad del centro”. Esta pretende desarrollar actuaciones estratégicas que, por un lado, permitan hacer un uso racional de los costes asociados a las actividades y, por el otro, contribuyan a ampliar la oferta del producto formativo de la organización y aumentar la cartera de clientes, tanto en número como en tipología, mirando para diversificar así sus ingresos.

La segunda línea busca “Promover alianzas y el trabajo en red con entidades, empresas y personas”, con el objetivo de trabajar de forma racional la gestión de los recursos económicos, buscando alianzas estratégicas con agentes complementarios que permitan incorporar producto formativo externo ya consolidado y obtener nuevas vías de financiación en forma de recursos, que aporten talento, know-how, prestigio y visibilidad a la organización.

El tercer y último eje del plan es “Orientación

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Aumentar la cartera de clientes y diversificar los ingresos.	% cliente según tipología. % ingresos según tipología de cliente.
2. Ampliar la oferta formativa.	% oferta formativa del centro.
3. Reducir los costes asociados a las actividades del centro	% desviación entre ingresos y costes. Repetición de producto formativo.

Tabla 3. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 2, Línea 1.

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Aumentar la oferta formativa externa.	% ingresos de la oferta formativa externa.
2. Crear nuevas vías de financiación.	Número de convenios firmados.
	% variación del activo.

Tabla 4. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 2, Línea 2.

al servicio". Responde al reto de hacer que la organización sea vista como un referente en la formación, entrenamiento y desarrollo de los profesionales de la salud y garantice excelencia en la prestación de sus servicios. El objetivo de este eje es reforzar el prestigio social de 4D Health, fomentando su visibilidad, notoriedad y un mayor conocimiento de la organización, a través de un trabajo de calidad, ético, próximo a las personas y de compromiso social.

La primera línea estratégica que se desprende de este eje es "Conseguir notoriedad, buena reputación y posicionamiento". Pretende desplegar actuaciones estratégicas que contribuyan a aumentar la transferencia de conocimiento y la satisfacción de los usuarios-clientes por los servicios recibidos y ayuden a consolidar y proyectar la imagen de la organización al exterior, potenciando su visibilidad y reconocimiento de la marca.

La segunda línea de este eje es "Garantizar la excelencia en la prestación de los servicios". Pretende analizar y mejorar los sistemas de identificación de necesidades y entrega de servicios a los usuarios-clientes, que cubran sus expectativas y aumente su satisfacción con la organización. Así mismo, también busca conseguir la excelencia docente y el prestigio de la organización, a través del desarrollo de un modelo de docencia de calidad, acreditada y facilitada por docentes y profesionales competentes.

El análisis del mapa estratégico de 4D Health, determina que la entidad tiene que priorizar el logro de "Contribuir en el desarrollo profesional" y "Aumentar la oferta de recursos tecnológicos", puesto que tienen un papel inductor en la consecución de gran parte de los otros objetivos de la organización; es decir, su activación desencadenará una serie de consecuencias positivas sobre todos ellos.

Se han identificado los objetivos "Aumentar la cartera de clientes y diversificar los ingresos" y "Ampliar la oferta formativa" como factores de riesgo que pueden dificultar el logro de la visión organizacional y, consecuentemente, afectar la sostenibilidad económica del centro. Hay que desarrollar planes de acción que aborden de forma prioritaria estos objetivos y paralelamente activar los inductores que contribuyan en su logro.

Se considera fundamental garantizar en todo momento el objetivo "Promover la docencia de calidad" puesto que supone el factor más diferenciador de todos los planteados en la estrategia de 4D Health. Su continuo logro tendrá un efecto clave y directo en la consecución de los objetivos "Conseguir la máxima satisfacción del usuario-cliente" y "Potenciar la visibilidad y reconocimiento de marca", que aportan el máximo valor en el centro y contribuyen al logro de la visión organizacional.

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Conseguir la máxima satisfacción del usuario-cliente.	% satisfacción del usuario-cliente.
	% usuarios-clientes satisfechos.
2. Potenciar la visibilidad y reconocimiento de marca.	% recomendación del usuario-cliente.
	% tráfico web.
3. Aumentar la transferencia de conocimiento.	% incremento de usuarios en la actividad del centro.

Tabla 5. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 3, Línea 1.

Objetivos estratégicos	Indicadores
1. Identificar y cubrir las necesidades del cliente.	% satisfacción del cliente. % clientes satisfechos.
2. Promover la docencia de calidad.	% satisfacción del usuario. % acreditaciones de formación continuada.

Tabla 6. Objetivos e indicadores estratégicos Eje 3, Línea 2.

CONCLUSIONES

Se elabora una previsión de la cuenta de explotación hasta el año 2023 con el propósito de valorar el impacto de las acciones definidas en el plan sobre el resultado económico de 4D Health en los diferentes años y su viabilidad.

En relación a la previsión de ingresos, se observa un incremento progresivo de estos en las diferentes líneas de la cartera de servicios de 4D Health. La formación personalizada es la que tiene que continuar teniendo más representación en la actividad del centro, a pesar de que la oferta formativa estandarizada aumentará el volumen de ingresos debido a la ampliación del catálogo de producto, preparado para ser ofrecido al cliente. Paralelamente, el centro experimentará un crecimiento en la línea de servicios personalizados, sobre todo en cuanto al alquiler de los espacios del centro y los servicios de consultoría especializada. Respecto a las subvenciones de la Administración Pública Local, se considera la necesidad de mantener el mismo importe por los próximos cinco años puesto que son necesarias para garantizar la sostenibilidad económica de la organización mientras se despliega e implanta su plan.

En relación a la previsión de gastos, se observa que durante estos cinco años empezará a cambiar la estructura de costes. Se observa un incremento del porcentaje de personal externo tal y como se había previsto en el plan, en detrimento de los costes fijos, que se ven reducidos principalmente en las partidas de personal interno y amortizaciones. Hay que tener en cuenta que estas últimas tienen un impacto muy negativo en el resultado del centro, debido a que soportan la inversión realizada en equipamiento durante sus primeros años de funcionamiento y mucho de él se habrá amortizado en su totalidad a finales del año 2023.

Si se analiza la evolución de 4D Health en función de la previsión de ingresos y gastos, se observa un impacto positivo de la aplicación del plan en el resultado económico, sobre todo en el año 2020, periodo en el cual la organización pasaría a tener un resultado positivo. De este modo, se conseguiría el objetivo general del plan, que es garantizar la sostenibilidad económica del centro, a pesar de continuar dependiendo de las subvenciones públicas.

Para acabar de valorar la cuenta de resultados, se considera necesario hacer una previsión de la distribución de las subvenciones por inversión recibidas para llevar a cabo las acciones definidas en el plan.

En relación a la partida de inversiones, la mayoría de los años se cubriría con las subvenciones recibidas, exceptuando en 2019 y 2023. En el primer periodo se considera necesaria una inversión superior para poder afrontar la demanda de servicios para el año 2020 y así conseguir un resultado positivo. Antes de llevarlas a cabo, será necesario hacer un análisis de la rentabilidad de cada una de las inversiones para valorar su retorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan R., & Norton D. El cuadro de mando integral: The balanced scorecard. España, 3a. Ed. España: Gestion 2000; 2016.
2. Osterwalder A., & Pigneur Y. Generación de Modelos de Negocio. España: Deusto S.A. Ediciones; 2011.
3. Porter M.E. Ventaja competitiva. Creación y sostenimiento de un desempeño superior. España: Piramide Editorial S.L.; 2010.

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes



En colaboración con Janssen España