

MÁSTER EN DIRECCIÓN DE SISTEMAS Y TIC PARA LA SALUD Y EN DIGITALIZACIÓN SANITARIA 2024-2025

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Gestión del Cambio para la Implantación de la Historia Clínica Única: Estrategias Adaptativas en los Departamentos de la Comunidad Valenciana.



Autores:

Manuela Domingo Pozo
Jorge Antonio Lloret Prats
Rosa Llopis Penadés

Tutor:

Enric Samper Sosa

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a quienes han hecho posible este Trabajo de Fin de Máster.

En primer lugar, a nuestro tutor, Enric Samper Sosa, por su guía experta, paciencia y dedicación, que han sido fundamentales para el desarrollo de este proyecto.

Extendemos nuestra gratitud a los profesionales que nos ayudaron a perfeccionar el cuestionario —especialmente a Marisa Correcher, Ana Mesa, Begoña Seguí, Rosa Ana Clement, Melisa Carreres y Fernando Simarro—, así como a todos aquellos que generosamente dedicaron su tiempo a responder. Su contribución ha sido la base de esta investigación.

Agradecemos también al profesorado del máster por las enseñanzas y la inspiración transmitidas durante nuestra formación.

Finalmente, en un plano más personal, damos las gracias a nuestras familias por su incondicional paciencia y apoyo, especialmente durante los fines de semana. A todos, gracias.

Índice

1. Resumen.....	6
2. Introducción.....	7
3. Contextualización académica del TFM en el programa del Máster.....	9
4. Marco teórico.....	10
4.1. Enfoques y modelos de gestión del cambio organizacional.....	10
4.2. Gestión del cambio en la adopción de historias clínicas electrónicas...	14
5. Marco contextual.....	18
5.1. Antecedentes y situación actual de las HCE en el entorno de la Comunidad Valenciana.....	18
5.2. Consideraciones organizativas, culturales y tecnológicas locales.....	22
5.3. Estrategia de gestión del cambio para la HCU valenciana.....	25
6. Objetivos.....	29
6.1. Objetivos Generales.....	29
6.2. Objetivos Específicos.....	29
7. Hipótesis.....	29
7.1. Hipótesis de Comparación de Grupos.....	29
7.2. Hipótesis de Asociación y Correlación.....	30
8. Metodología.....	31
8.1. Principios del diseño y estructura del instrumento.....	31
8.2. Descripción del Instrumento: Cuestionario de Gestión del Cambio.....	31
8.3. Estructura del Cuestionario y Secciones.....	32
8.3.1. Bloque Común (Perfil Asistencial y Directivo).....	32
8.3.2. Bloque Específico (Perfil Asistencial).....	32
8.3.3. Bloque Específico (Perfil Directivo).....	32
8.4. Escalas de Medida de los ítems del cuestionario.....	33
8.4.1. Tipos de Pregunta.....	33
8.5. Variables de Estudio.....	34
8.6. Procedimiento de recogida de datos y Participantes en el estudio:.....	34
8.7. Análisis de Datos.....	35
8.8. Consideraciones Éticas y Limitaciones.....	36
9. Resultados.....	37
9.1. Resultados descriptivos.....	37
9.1.1. Análisis de Resultados: Perspectiva del Personal Asistencial y TIC	37
9.1.1.1. Perfil Sociodemográfico de la Muestra.....	37
9.1.1.2. Actitud General y Motivación hacia la HCU.....	38
9.1.1.3. Percepción de Beneficios de la HCU.....	38
9.1.1.4. Barreras y Preocupaciones Percibidas.....	39
9.1.1.5. Valoración del Soporte Organizacional y Competencias	

Digitales.....	40
9.1.2. Análisis de Resultados: Perspectiva del Personal Directivo.....	41
9.1.2.1. Visión Estratégica y Compromiso Institucional.....	41
9.1.2.2. Motivación y Preparación para la Gestión del Cambio.....	42
9.1.2.3. Percepción de Beneficios de la HCU.....	43
9.1.2.4. Barreras y Preocupaciones Principales.....	44
9.2. Resultados inferenciales.....	45
9.2.1. Verificación de Hipótesis según los Resultados:.....	45
9.2.1.1. Análisis para el Perfil Asistencial/TIC.....	45
9.2.1.2. Análisis para el Perfil Directivo.....	48
10. Reflexiones.....	50
10.1. Reflexiones sobre el perfil asistencial.....	50
10.1.1. El Perfil del “Facilitador del Cambio”.....	50
10.1.2. El Perfil de “Resistencia al Cambio” (Las Barreras y Miedos)....	50
10.1.3. El Papel de la Experiencia y la Competencia Digital.....	51
10.2. Reflexiones sobre perfil directivo.....	51
10.2.1. La Visión Estratégica es el Motor de Todo.....	52
10.2.2. El Compromiso Personal del Directivo es Indispensable.....	52
10.2.3. Las Barreras Percibidas: Resistencia y Recursos.....	52
11. Plan de Acción para la Gestión del Cambio hacia la HCU.....	53
11.1. Eje 1: Comunicación Estratégica y Alineamiento (El “Por qué”).....	54
11.2. Eje 2: Formación y Empoderamiento (El “Cómo”).....	55
11.3. Eje 3: Soporte Operativo y Técnico (El “Con Qué”).....	56
11.4. Eje 4: Gestión de la Resistencia y Cultura Organizacional (El “Para Quién”).....	57
12. Conclusiones Clave.....	61
13. Referencias.....	64
14. Anexos.....	70
14.1. Anexo I: Cuestionario del Estudio.....	70
15. Índice de tablas.....	82
16. Índice de gráficos.....	82

1. Resumen

La gestión del cambio organizacional es un desafío crucial en el sector sanitario, especialmente ante la implantación de tecnologías disruptivas como la Historia Clínica Única (HCU). Este Trabajo de Fin de Máster (TFM) presenta los resultados de un estudio piloto cuantitativo realizado en tres hospitales de la Comunidad Valenciana, con una muestra de 123 profesionales asistenciales, TIC y directivos. El objetivo fue analizar las actitudes, barreras y facilitadores percibidos ante la implantación de la HCU, utilizando un cuestionario ad hoc basado en los modelos teóricos de Kotter, ADKAR y UTAUT. Los resultados del análisis estadístico, que incluyó estadística descriptiva, correlaciones de Pearson y pruebas T-Student y ANOVA, revelan que, si bien la competencia digital no se asocia directamente con la motivación, sí reduce significativamente la percepción de sobrecarga. La experiencia previa con otros sistemas y el rol profesional son factores determinantes en la disposición al cambio. La motivación emerge como el principal catalizador, asociándose fuertemente con la predisposición a modificar la práctica asistencial ($r=0,74$). Para el perfil directivo, el alineamiento estratégico del proyecto es el factor clave que impulsa el compromiso y la percepción de viabilidad. El estudio concluye que el éxito de la implantación no depende tanto de la competencia tecnológica individual como de una estrategia de gestión del cambio que aborde las barreras percibidas, fomente la motivación y asegure un liderazgo visible y un soporte organizacional robusto.

Palabras clave: Gestión del cambio, Historia Clínica Única, Adopción tecnológica, Sector sanitario, Actitudes del personal, Barreras y facilitadores.

2. Introducción

La transformación digital en salud, con la adopción de historias clínicas electrónicas (HCE) de nueva generación, promete grandes beneficios en la calidad y eficiencia asistencial. En el caso de la Comunidad Valenciana (España), se ha lanzado recientemente un proyecto de **Historia Clínica Única (HCU)** centralizada en la nube —con un presupuesto de más de 70 millones de euros para 5 años— que permitirá integrar toda la información clínica del paciente y hacerla accesible desde cualquier punto de la red sanitaria pública(1). Este proyecto, enmarcado en la Estrategia de Salud Digital de la Conselleria de Sanidad, busca avanzar hacia un modelo de atención *centrado en la persona*, con visión integral del paciente, decisiones basadas en datos y evaluación del valor de las intervenciones(1). Se espera que la HCU unificada mejore la continuidad asistencial, evite duplicidades de pruebas, reduzca errores relacionados con la asistencia sanitaria y tiempos de espera, e incorpore sistemas de alerta y analítica poblacional para mejorar la atención y la salud pública(1). Asimismo, ofrece funcionalidades de *portal del paciente* para que los ciudadanos accedan a su información y participen activamente en su cuidado(1). Todo ello situará a la Comunidad Valenciana a la vanguardia en infraestructuras de salud digital de próxima generación, integrando incluso inteligencia artificial e interoperabilidad avanzada(1).

Sin embargo, implantar una HCE de estas características no es solo un proyecto tecnológico, sino **un proceso de cambio organizativo profundo**. Las autoridades valencianas han destacado que la HCU será “la espina dorsal de una transformación profunda del sistema sanitario” regional(1), reconociendo así que su éxito dependerá de adaptaciones en procesos de trabajo, cultura profesional y dinámicas organizativas. Esta realidad se alinea con la experiencia internacional: numerosos estudios indican que la introducción de sistemas de información en salud conlleva complejidades técnicas, organizativas y culturales significativas(2). Por ejemplo, en las organizaciones sanitarias conviven diversos actores (medicina, enfermería, gestores, técnicos), cada uno con roles autónomos y poder decisorio sobre su práctica clínica, lo que dificulta imponer cambios sin su participación (Baum &

Giussi, 2019)(3). Los hospitales, en particular, presentan objetivos múltiples (asistenciales, docentes, investigadores), estructuras altamente complejas y heterogéneas, y profesionales con gran autonomía y especialización, características que distinguen al sector salud de otros ámbitos e impactan en la implementación de HCE(2). A esto se suman desafíos como la seguridad y confidencialidad de datos, la necesidad de interoperabilidad entre sistemas, y con frecuencia una falta de conciencia inicial sobre los beneficios de las nuevas tecnologías en salud(2).

No sorprende entonces que muchos proyectos de HCE hayan enfrentado resistencias y dificultades. De hecho, se ha documentado que la principal causa de fracaso en la implantación de HCE suele ser la resistencia al cambio por parte del personal sanitario (Oviedo & González-Argote, 2022)(4). Cuando los profesionales perciben que la nueva herramienta no agrega valor a su trabajo o incluso supone una carga adicional, tienden a resistirse e incluso pueden usar el sistema de manera subóptima si se les obliga(5). En Latinoamérica, por ejemplo, se ha observado que muchas implementaciones de HCE no han aportado el valor esperado y han generado resistencias, llegando a cuestionar si vale la pena informatizar la historia clínica si no mejora realmente la práctica clínica(5). Asimismo, también en el ámbito internacional, se reportan casos de implementaciones que terminan en desinstalaciones, retrasos sustanciales o sobrecostos, e incluso sistemas adoptados pero infrautilizados(6). Un análisis identifica que un error frecuente es tratar la implantación de la HCE como un proyecto puramente tecnológico, cuando en realidad implica una transformación de procesos en salud, con profundas implicaciones organizativas (Al Mutrafy et al., 2022)(6). En otras palabras, un sistema de HCE no puede desplegarse exitosamente sin cambiar cómo trabajan las personas: es un proyecto socio-técnico complejo, no solo la instalación de un software(6).

Por todo lo anterior, la gestión del cambio organizacional surge como un factor crítico para la adopción exitosa de las HCE de nueva generación. Diversos autores señalan que incorporar estrategias formales de gestión del cambio es tan importante como los componentes tecnológicos o de proceso en un plan de informatización de la salud(3). No basta con dotar de la infraestructura y

esperar que el personal la use; es necesario *gestionar el lado humano* de la transformación (Baum & Giussi, 2019)(3). Esto implica preparar a la organización, minimizar las resistencias, fomentar la aceptación y *garantizar el uso efectivo* del nuevo sistema en la práctica diaria. De hecho, se recomienda destinar una porción significativa de los recursos del proyecto exclusivamente a gestionar el cambio cultural y organizativo (por ejemplo, un 30% del recurso humano a cargo de la dirección de sistemas dedicado a estos menesteres)(5).

En el presente trabajo, se aborda la implantación de HCE de nueva generación con un **enfoque centrado en la gestión del cambio**, revisando la literatura científica y experiencias reportadas para identificar las teorías, estrategias y factores clave que facilitan el éxito de este tipo de transformaciones. A continuación, en el *Marco teórico*, se presentan los fundamentos conceptuales sobre gestión del cambio organizacional aplicados al contexto sanitario y a las HCE. Posteriormente, en el *Marco contextual*, se describe el entorno y antecedentes específicos de la implantación de una HCE unificada en la Comunidad Valenciana, situando el caso en el contexto nacional e internacional de salud digital.

3. Contextualización académica del TFM en el programa del Máster

El Trabajo Fin de Máster sobre la gestión del cambio en la implantación de la Historia Clínica Única en los hospitales de la Comunidad Valenciana se integra plenamente en las áreas temáticas del programa formativo del Máster en Dirección de Sistemas y TIC para la Salud y la Digitalización Sanitaria, articulándose como un ejercicio transversal que aplica los conocimientos adquiridos a lo largo del curso:

- **Área A1 – Marco de referencia y bases de las TIC en Sanidad:** el proyecto se apoya en la comprensión del sistema sanitario español y del marco europeo e internacional en eHealth, considerando la relevancia estratégica que tiene la digitalización en la mejora de la calidad asistencial y en la continuidad de cuidados.

- **Área A2 – Gestión directiva de las TIC en salud:** el TFM se centra directamente en la **gestión del cambio**, un eje crítico dentro de la planificación estratégica y operativa. Se vincula con el rol del CIO y de los comités de dirección TIC, la gobernanza de proyectos, el uso de metodologías de gestión y la integración de factores emergentes como la transformación digital.
- **Área A3 – Las TIC en el sistema sanitario:** la implantación de la HCU responde a la necesidad de contar con sistemas de información interoperables, seguros y alineados con la estrategia sanitaria nacional y europea. El proyecto conecta con temas como la continuidad asistencial, la protección de datos, la investigación clínica y la construcción del espacio de datos de salud.
- **Área A4 – Tecnologías y soluciones TIC en salud:** la HCU constituye el eje central del concepto de “Hospital Digital” y de los sistemas departamentales hospitalarios, con implicaciones en la telemedicina, la relación con la ciudadanía, la gestión de datos clínicos y la analítica avanzada. Además, el enfoque del TFM —centrado en la gestión del cambio organizacional— complementa la dimensión tecnológica con la dimensión cultural y de adopción profesional, clave para el éxito de cualquier innovación digital.

Este TFM se sitúa en la intersección entre la **estrategia, la tecnología y las personas**, abordando de manera práctica uno de los mayores retos actuales de la salud digital: transformar los sistemas de información en salud mediante la implantación de una HCU interoperable y centrada en el paciente, garantizando a la vez la aceptación y participación activa de los profesionales sanitarios.

4. Marco teórico

4.1. Enfoques y modelos de gestión del cambio organizacional

La gestión del cambio organizacional se define como la disciplina y conjunto de prácticas orientadas a facilitar las transiciones en una organización, abordando de forma estructurada el componente humano del cambio para lograr una

adopción efectiva de nuevas formas de trabajar. En el contexto de salud, la gestión del cambio cobra especial relevancia debido a la complejidad y a la naturaleza altamente profesionalizada de las organizaciones sanitarias. Baum y Giussi (2019)(3) subrayan que cualquier equipo que emprenda un proyecto de implementación de HCE debe ser consciente de esta complejidad (múltiples actores, normativas profesionales, dinámicas de poder) y disponer de herramientas específicas para facilitar la adopción de la tecnología por parte del personal de salud. La gestión del cambio provee precisamente esas herramientas, enfocándose en “las personas” que en última instancia hacen posible la transformación. En suma, es una *metodología para trabajar el factor humano* en los procesos de transformación digital sanitarios, garantizando que la innovación tecnológica se traduzca en cambios reales y sostenibles en la práctica clínica.(3)

A lo largo de las décadas se han desarrollado diversos modelos teóricos de cambio organizacional que sirven de guía para implementar transformaciones con éxito. Uno de los pioneros fue **Kurt Lewin**, quien en su teoría del cambio planificado propuso un sencillo modelo en tres fases: *descongelar* (crear conciencia de la necesidad de cambio y prepararse), *mover o cambiar* (introducir las nuevas prácticas) y *recongelar* (consolidar el cambio asegurando que se arraigue como la nueva norma)(7). Este modelo de Lewin destaca que primero hay que romper el *statu quo* antes de implantar la nueva forma de trabajar, y luego estabilizar la organización en torno al nuevo método. Sobre la base de Lewin, otros autores ampliaron y detallaron el proceso. Por ejemplo, **John Kotter (1996)** desarrolló un reconocido modelo de **8 pasos** para gestionar el cambio de forma efectiva en las organizaciones. Sus pasos incluye: **1)** generar un sentido de *urgencia* sobre la necesidad del cambio; **2)** formar un *equipo guía* con poder y credibilidad para liderar el cambio; **3)** desarrollar una *visión y estrategia* claras; **4)** *comunicar* la visión de cambio de forma continua y persuasiva a todos los involucrados; **5)** *eliminar obstáculos* y empoderar a los empleados para actuar; **6)** generar *victorias a corto plazo* que demuestren avances tempranos; **7)** consolidar los logros y *profundizar* el cambio (evitando declarar victoria demasiado pronto); y **8)** *anclar* los nuevos comportamientos en la *cultura* organizacional, de modo que el cambio perdure

(7). Este modelo de Kotter, ampliamente citado, enfatiza la importancia de la *comunicación* y el *liderazgo* en todo el proceso, así como la necesidad de reforzar continuamente el cambio hasta integrarlo en los valores de la institución.

Además de Kotter, otros marcos teóricos relevantes incluyen el modelo **ADKAR** (por sus siglas en inglés: *Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement*), que plantea cinco etapas a nivel individual para lograr cambios exitosos (creación de conciencia, deseo de participar, conocimiento de cómo cambiar, habilidad para implementar las nuevas habilidades, y refuerzo para mantener el cambio).

Igualmente, la teoría de la **Difusión de Innovaciones** de **Everett Rogers** aporta una perspectiva útil, clasificando a las personas según su disposición a adoptar una innovación (innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía, rezagados) e indicando que las estrategias deben adaptarse a estos perfiles para superar la *brecha de adopción*. Por ejemplo, identificar *champions* o líderes de cambio entre los *adoptadores tempranos* puede facilitar que la mayoría siga el ejemplo, reduciendo el miedo o escepticismo entre la plantilla (Rogers, 2003)(7).

Para comprender los factores que influyen en la aceptación y el uso de la HCU, la **Teoría Unificada de Aceptación y Uso de la Tecnología (UTAUT)** es un marco de referencia robusto y ampliamente validado en el sector sanitario (8). Esta teoría integra constructos de ocho modelos previos para predecir la intención de comportamiento de utilización de una nueva tecnología (9). Sus cuatro variables principales son:

1. **Expectativa de Desempeño (Performance Expectancy):** El grado en que un individuo cree que el uso de la HCU mejorará su rendimiento laboral. Esto es clave, ya que si los profesionales no perciben que el sistema les ayudará en su trabajo, la resistencia será alta.(8)
2. **Expectativa de Esfuerzo (Effort Expectancy):** La percepción de que el sistema será fácil de usar y de aprender. Una alta complejidad de uso es un factor de resistencia identificado en el personal sanitario,

especialmente la dificultad para cambiar hábitos y la adaptación a nuevas tecnologías.(10)

3. **Influencia Social (Social Influence):** La percepción de que otras personas importantes (superiores, colegas) creen que se debe utilizar el sistema (8). Un apoyo visible y activo de los líderes y pares puede reducir la desconfianza y el mutismo (10).
4. **Condiciones Facilitadoras (Facilitating Conditions):** La percepción de que la infraestructura técnica y el soporte organizativo (formación, ayuda técnica) están disponibles para apoyar el uso del sistema (8).

Un elemento crucial de la UTAUT, a menudo subestimado, son sus variables moderadoras, como la edad, la experiencia y el género (11). En el contexto sanitario valenciano, donde la edad media de la plantilla se identifica como una potencial debilidad(10), estas variables adquieren una importancia crítica. La Expectativa de Esfuerzo, por ejemplo, puede variar significativamente entre los profesionales con más años de servicio o menos experiencia con sistemas similares en comparación con los perfiles más jóvenes. Esto implica que una estrategia de cambio debe ser segmentada y personalizada (12) para abordar las necesidades de formación y comunicación de cada subgrupo. Lo importante de todos estos modelos es que proporcionan principios y pasos prácticos para guiar la implementación de cambios complejos en las organizaciones. En la atención sanitaria, donde aproximadamente dos tercios de los proyectos de cambio fracasan o no alcanzan plenamente sus objetivos por razones como escasa planificación, falta de motivación del personal o comunicación ineficaz (7), aplicar las buenas prácticas de la gestión del cambio puede mejorar significativamente las probabilidades de éxito (7). Los modelos ofrecen un *marco estructurado* para planificar la transformación antes, durante y después de la implementación tecnológica. No se trata de teorías abstractas sin aplicación; al contrario, proveen un lenguaje común y una hoja de ruta para que directivos y equipos en terreno aborden los desafíos humanos de cambiar la forma de trabajar en salud (7).

En síntesis, la gestión del cambio organizacional combina un conjunto de estrategias de liderazgo, comunicación, formación y participación basadas en

estos modelos, con el fin de lograr que las personas adopten la innovación de manera efectiva. A continuación, se revisa cómo estos enfoques se aplican específicamente a la implantación de historias clínicas electrónicas (HCE), según la evidencia científica disponible.

4.2. Gestión del cambio en la adopción de historias clínicas electrónicas

Implementar una historia clínica electrónica a escala organizacional (hospitalaria, regional o nacional) se ha revelado como uno de los mayores retos de cambio en el sector sanitario. Por un lado, el potencial beneficio de las HCE está bien documentado: pueden mejorar la seguridad del paciente, reducir errores de medicación, agilizar procesos clínicos, aumentar la adherencia a guías y la coordinación entre niveles asistenciales(2)(13). Políticas públicas como el *HITECH Act* en EE. UU. incentivaron su adopción masiva, logrando que hoy más del 90% de los hospitales estadounidenses utilicen HCE certificadas(14). Por otro lado, la experiencia acumulada muestra que la forma en que se gestiona el proceso de implementación determina en gran medida que esos beneficios potenciales se materialicen o no en la práctica, como afirman Finnegan et al (13). En un reciente *scoping review* que analizó 25 años de implementaciones de EHR en distintos países, Finnegan y Mountford (13) identificaron varios *elementos clave* para el éxito: el rol activo del gobierno y los proveedores tecnológicos, la importancia de la comunicación y las relaciones humanas durante el cambio, la provisión de capacitación y soporte adecuado a los usuarios, y la elección de un enfoque de implementación apropiada (por fases, “big bang”, etc.) considerando también los costos involucrados (13). Sobre esos hallazgos, las autoras agruparon las lecciones aprendidas en categorías de procesos de cumplimiento (ej. alinearse a requisitos y normativas), procesos de colaboración (involucramiento de partes interesadas), procesos de desarrollo de competencias (formación y apoyo) y consideración de costos del proceso, formulando *siete recomendaciones concretas* para futuras implementaciones de HCE centradas en las personas y procesos además de la tecnología(13).

La literatura académica y los informes de organismos de salud coinciden en varios **factores de éxito** para la implantación de HCE, todos ellos ligados a una gestión del cambio eficaz. En esencia, estos factores buscan *minimizar la resistencia* y *potenciar la adopción activa* por parte de los profesionales. A continuación, se destacan algunos de los más citados:

- **Liderazgo comprometido y visión clara:** Es fundamental que la alta dirección de la institución sanitaria apoye decididamente el proyecto, articule una visión inspiradora del cambio (ej. cómo la HCE mejorará la atención al paciente) y establezca objetivos claros. Un liderazgo clínico fuerte —involucrando a médicos y enfermeras referentes— ayuda a crear el *sentido de urgencia* y legitimidad necesario para movilizar al personal (7). Estudios de casos señalan que contar con médicos líderes dentro del equipo de implantación facilita el diálogo con sus pares y aumenta la confianza en el sistema (14). Asimismo, el liderazgo debe proveer los recursos necesarios (tiempo, personal, presupuesto) para llevar a cabo no solo la instalación técnica, sino las actividades de gestión del cambio (entrenamientos, sesiones informativas, etc.)(2).
- **Comunicación efectiva y continua:** La comunicación bidireccional con todos los actores es uno de los pilares para vencer la incertidumbre y la oposición. Se recomienda elaborar un **plan de comunicación** robusto que, más allá de informar fechas y procedimientos de la implementación, *transmita claramente el valor* que la HCE aportará a cada grupo (profesionales, pacientes, organización, sistema). Mensajes consistentes sobre los beneficios (mejor acceso a información, menos errores, menos burocracia, etc.) ayudan a alinear al personal con el cambio. También es importante escuchar las preocupaciones de los usuarios finales: habilitar canales (reuniones, encuestas, buzones de sugerencias) para que médicos y enfermeras expresen sus dudas o dificultades permite al equipo de proyectos ajustar la estrategia y responder a problemas antes de que escalen. La participación activa de los futuros usuarios en la comunicación promueve un clima de *transparencia* y *cocreación*, reduciendo rumores y resistencias(13).

- **Formación y entrenamiento adecuados:** La capacitación del personal en el uso de la nueva HCE es otro factor crítico. No se puede esperar que profesionales ocupados adopten con entusiasmo una herramienta que no saben utilizar bien. Por tanto, se deben diseñar programas de formación adaptados a distintos perfiles (médicos, enfermería, administrativos), idealmente con entrenamiento práctico en escenarios simulados antes del *go-live*. Baum (3) destaca que en regiones con brecha digital es imprescindible primero asegurar que todos los trabajadores adquieren las competencias digitales básicas para luego poder aprovechar la HCE. Además, conviene ofrecer soporte in situ durante el arranque (por ejemplo, un *command center* o monitores de piso que asistan en tiempo real a los usuarios con dudas). La disponibilidad de *ayuda y soporte técnico* continuo en las primeras fases genera confianza y previene frustraciones. Estudios indican que la percepción de utilidad y facilidad de uso de la HCE, junto con el apoyo organizacional, son factores que aumentan significativamente la aceptación entre los profesionales(4). En el caso de una implementación exitosa, más del 80% del personal puede llegar a valorar positivamente la utilidad percibida del sistema si ha sido bien capacitado y respaldado.
- **Participación e involucramiento de los usuarios:** Otra estrategia clave de cambio es lograr que los propios profesionales de la salud se sientan parte del proceso en lugar de meros destinatarios pasivos. La gestión del cambio moderno propone una gestión participativa, involucrando a representantes de todos los colectivos (incluida la comunidad de pacientes, cuando sea pertinente) en las distintas etapas del proyecto(3). Por ejemplo, se pueden crear *comités o grupos de trabajo interdisciplinarios* que incluyan médicos, enfermería, personal de TIC, administración y directivos, encargados de aportar retroalimentación sobre el diseño del sistema, detectar problemas en los flujos de trabajo y proponer mejoras. Este enfoque participativo tiene un doble beneficio: por un lado, aprovecha el conocimiento local de los procesos para adaptar la HCE a la realidad de cada servicio (mejor *encaje organizativo*), y, por otro lado, hace que los usuarios se apropien

del cambio, al haber contribuido en su gestación. Cuando las personas sienten el proyecto como propio, las resistencias disminuyen drásticamente. En la misma línea, identificar y apoyar a “*campeones del cambio*” —profesionales influyentes que apoyan la HCE— ayuda a persuadir a sus colegas más escépticos (7).

- **Gestión de obstáculos y refuerzo positivo:** Durante la implementación de una HCE surgirán inevitables contratiempos (fallos técnicos iniciales, aumentos temporales de carga de trabajo por la doble documentación papel-electrónico, etc.). Una buena gestión del cambio debe anticipar y mitigar estos obstáculos. Esto puede incluir medidas como: simplificar cargas burocráticas paralelas durante la transición, asegurar que los sistemas *legados* sigan accesibles para consulta, o incrementar temporalmente el número de personal de apoyo. Al mismo tiempo, es vital reconocer y celebrar los hitos logrados —por pequeños que sean— para mantener la motivación. Generar *victorias tempranas* (Kotter, 1996)(7) como, por ejemplo, que al mes de implementado el sistema se redujo X% el tiempo de búsqueda de información, y difundir esos logros entre el personal, refuerza la percepción de que el cambio vale la pena. También es recomendable recoger feedback sistemático post-implementación (encuestas de satisfacción, reuniones de retrospectiva) e introducir ajustes rápidos ante cualquier problema detectado, mostrando así *receptividad* por parte de los gestores del proyecto. Esto contribuye a afianzar la confianza de los usuarios en el nuevo sistema.

En resumen, la implantación exitosa de una HCE requiere atender a los *factores humanos* con el mismo rigor que a los aspectos técnicos. Boonstra et al. (2), tras revisar múltiples estudios empíricos, proponen un marco de tres dimensiones —**contexto, contenido y proceso**— para organizar las intervenciones necesarias durante una adopción de HCE(2). El contexto abarca la cultura organizativa, la estructura interna, y también factores externos (políticas, regulaciones) que pueden influir; el contenido se refiere al sistema en sí y los cambios específicos en procesos de trabajo que conlleva; y el proceso incluye la planificación y las acciones de cambio emprendidas. Según estos

autores, muchas de las intervenciones reportadas se enfocan en la dimensión de proceso: por ejemplo, establecer un liderazgo efectivo, asegurar disponibilidad de recursos, mantener comunicación fluida y fomentar la participación activa, todo ello explícitamente orientado a superar la resistencia al cambio y generar un clima positivo de colaboración. Los hallazgos de la literatura sugieren que cuando la implementación de la HCE se maneja como un auténtico proyecto de cambio organizacional —y no solo un despliegue de TI—, los profesionales sanitarios están más dispuestos a aceptar la nueva tecnología y a integrar en su práctica diaria (Al Mutrafy et al., 2022)(6). En cambio, ignorar estos principios de gestión del cambio suele conducir a una adopción deficiente o incluso al abandono del sistema antes de tiempo(6)

En conclusión, el marco teórico propone que la gestión del cambio centrada en las personas es indispensable para lograr implantar con éxito las HCE de nueva generación. Aplicando modelos como el de Kotter o Lewin, y estrategias de comunicación, formación, participación y liderazgo transformacional, los sistemas sanitarios pueden mitigar la resistencia de los usuarios y potenciar los facilitadores (ej. alto valor percibido, facilidad de uso, apoyo institucional) que hacen que la innovación tecnológica realmente cumpla sus objetivos de mejorar la atención. En el siguiente apartado se examina el *marco contextual* específico de la implantación de una HCE unificada en la Comunidad Valenciana, analizando las particularidades organizativas, tecnológicas y culturales que deben considerarse en la estrategia de cambio para este caso.

5. Marco contextual

5.1. Antecedentes y situación actual de las HCE en el entorno de la Comunidad Valenciana

En España, el desarrollo de historias clínicas electrónicas en el sistema sanitario público ha sido progresivo y descentralizado. Cada comunidad autónoma implementó sus propios sistemas de historia clínica electrónica en hospitales y atención primaria durante las últimas dos décadas, con distintos niveles de avance. A nivel nacional, iniciativas como la **Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)** han buscado lograr la

interoperabilidad básica entre regiones, permitiendo compartir ciertos informes clínicos de pacientes cuando estos se desplazan fuera de su comunidad autónoma(15). Para 2018, todas las comunidades autónomas españolas habían conectado sus servicios de historia clínica resumen al nodo central del Ministerio de Sanidad, facilitando el acceso a información esencial (como alergias, medicación, antecedentes) en cualquier servicio de salud del país(15). Sin embargo, más allá de esta interoperabilidad mínima, la realidad es que cada región ha operado sistemas de HCE relativamente fragmentados internamente, sobre todo entre niveles asistenciales. Por ejemplo, era común que los hospitales y los centros de salud primaria usaran aplicaciones diferentes, integradas solo parcialmente, lo que dificulta tener *una única visión* del paciente. Esta fragmentación motivó en los últimos años proyectos para consolidar historias clínicas más unificadas dentro de algunas comunidades.

La **Comunidad Valenciana** en particular contaba con varios sistemas heredados (legados) de registro clínico electrónico. En el ámbito hospitalario se trabaja con un sistema de información hospitalaria (HIS) dividido en dos componentes principales: HIS administrativo y Estación clínica. Ambos están unidos mediante una integración de datos muy acoplada, lo que en algunos casos llega a fragmentar la lógica de negocio de un mismo proceso entre las dos partes.

Este HIS, dividido en dos, está desplegado en instalaciones distribuidas, con una instancia en cada Departamento-Hospital (y con particularidades según el centro). Actualmente, conviven dos soluciones corporativas de HIS administrativo: **IRIS**, implantado en 18 hospitales (13 hospitales de agudos y 5 hospitales de crónicos y larga estancia), e **HIGIA**, implantado en 6 hospitales. En total, estas soluciones suman 24 hospitales, correspondientes a 22 instalaciones. En todos ellos, la estación clínica utilizada es **Orion Clinic**.

Además, existen 9 hospitales/departamentos que emplean 8 soluciones no corporativas, tanto para el HIS administrativo como para la estación clínica. En algunos de estos casos, el HIS administrativo está integrado directamente en la estación clínica.

En Atención Primaria, por su parte, se utiliza una aplicación diferente de historia clínica: **Abucasis**.

En 2023, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana anunció la intención de dar un salto cualitativo hacia una **Historia Clínica Única (HCU)** para toda la red sanitaria pública valenciana, integrando todos los niveles asistenciales en una *plataforma única y moderna*. Este proyecto se formalizó en 2025 con la autorización de la contratación del nuevo sistema unificado, concebido como una solución *cloud* de última generación(1). La HCU valenciana cubrirá las 8 Agrupaciones Sanitarias Interdepartamentales, ASI, (que agrupan varios departamentos de salud u hospitales con sus áreas de primaria), los hospitales de crónicos y larga estancia (HACLE), los centros de salud pública e inspección, el Servicio de Emergencias Sanitarias y el Centro de Transfusiones (1). En otras palabras, abarca todos los ámbitos asistenciales de la comunidad, algo sin precedentes a nivel regional en España.

El objetivo declarado de la HCU es doble: por un lado, mejorar la atención al paciente mediante un sistema integrado que dé acceso completo y actualizado a la información clínica en cualquier punto de la red (facilitando la continuidad asistencial, evitando pruebas redundantes y reduciendo errores)(1); y, por otro lado, modernizar el sistema de información sanitaria logrando una gestión unificada de datos, con mayor eficiencia operativa y capacidad analítica. Se espera que la implantación de esta plataforma moderna e integrada optimice procesos clínicos y administrativos, reduciendo cargas burocráticas para los profesionales y generando ahorros por la consolidación de infraestructura tecnológica —se calcula un ahorro de ~10 millones de euros anuales una vez esté plenamente operativa, gracias a la racionalización de licencias y sistemas actualmente duplicados(1)—. Adicionalmente, la HCU valenciana se plantea como base para desarrollos innovadores: permitirá estructurar la atención por *grupos de patologías y áreas clínicas* (oncología, cardiología, salud mental, etc.), identificando proactivamente poblaciones de riesgo para prevención, y potenciando la **investigación clínica** mediante el acceso a datos poblacionales agregados. También dotará a pacientes y profesionales de nuevas

herramientas de comunicación (mensajería segura, teleconsulta) e incorporará capacidades de inteligencia artificial, posicionando a la Comunidad Valenciana como líder en la integración de tecnologías avanzadas en la historia clínica(1).

Cabe destacar que otras comunidades autónomas españolas ya habían avanzado hacia historias clínicas electrónicas integrales a nivel regional, aunque a diferente escala. El comunicado oficial valenciano menciona a La Rioja, Galicia o País Vasco como regiones que cuentan con soluciones corporativas integradoras de la HCE en sus niveles asistenciales(1). No obstante, la apuesta valenciana por una HCU *centralizada en la nube* y de gran envergadura funcional representa un hito, al trascender implementaciones previas en cuanto a cobertura y tecnología. En efecto, el proyecto valenciano se concibe como una infraestructura de próxima generación, con alta usabilidad clínica y amplitud funcional, lo que implica un cambio significativo respecto a los sistemas anteriores. Esta ambición tecnológica viene acompañada de la expectativa de que la HCU se convierta en el motor de la transformación del modelo asistencial hacia uno más orientado al valor y a la gestión eficiente de la salud poblacional(1).

En resumen, el contexto de la Comunidad Valenciana en 2025 es el de una organización sanitaria pública embarcada en un proyecto transformador de gran escala, respaldado políticamente y con financiación asignada, que busca equiparar e incluso superar las experiencias de HCE integradas ya existentes en otras regiones. La ventaja de esta posición es poder aprender de las lecciones de quienes ya recorrieron el camino: se conoce que la tecnología por sí sola no garantiza resultados si no se prepara a la organización para adoptarla. La desventaja o desafío es la magnitud del cambio planteado, que abarca múltiples instituciones, miles de profesionales (más de 65.000 clínicos en la red valenciana se verán involucrados) y requerirá coordinar procesos en ámbitos diversos. En este marco, la gestión del cambio organizacional se vuelve el elemento central para el éxito de la HCU.

5.2. Consideraciones organizativas, culturales y tecnológicas locales

Dada la escala y alcance de la implantación de la HCU en la Comunidad Valenciana, es esencial analizar las particularidades contextuales que deberán tenerse en cuenta para diseñar e implementar la estrategia de gestión del cambio más adecuada. Algunas consideraciones clave incluyen:

- **Estructura del sistema sanitario valenciano:** La red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana se organiza en departamentos de salud, cada uno con uno o varios hospitales y centros de atención primaria asociados. Si bien todos dependen de la Conselleria de Sanidad, existe variabilidad en la *cultura organizativa interna* de cada departamento, en sus recursos tecnológicos de partida y en la experiencia previa con herramientas digitales. Por ejemplo, algunos hospitales han sido más innovadores, integrando sistemas de apoyo a la decisión clínica o proyectos piloto de movilidad, mientras que otros se han mantenido más tradicionales. Esta heterogeneidad significa que no habrá una “talla única” en la implementación: la estrategia de cambio deberá adaptarse a las *peculiaridades organizativas, tecnológicas y culturales* de cada departamento. Un diagnóstico inicial de cada entorno local resulta necesario para identificar posibles *barreras* (por ej., servicios con menor dotación informática, o con plantillas de mayor edad quizás menos familiarizadas con herramientas digitales) y *facilitadores* (por ej., departamentos con líderes clínicos entusiastas de la innovación) de la adopción de la HCU.
- **Experiencias previas de los profesionales con las HCE:** El personal sanitario valenciano ya utiliza HCE (los sistemas actuales mencionados: Abucasis, Orion Clinic, etc.), por lo que no parte de cero en informática en salud. Sin embargo, esto puede ser un arma de doble filo: por un lado, los profesionales reconocen la utilidad de la historia clínica digital y muchos están habituados a trabajar en entorno electrónico; por otro lado, pueden existir *vicios o frustraciones* acumuladas con los sistemas legados (por ejemplo, interfaces poco amigables, lentitud, falta de ciertas

funcionalidades) que generan escepticismo respecto al nuevo cambio. En el caso valenciano, la introducción de la HCU implicará retirar o migrar sistemas con décadas de uso; algunos profesionales podrían resistirse debido al apego a la herramienta antigua (*resistencia por habituación*). Para contrarrestar esto, será importante comunicar claramente las mejoras que traerá la HCU frente a los sistemas actuales (mayor rapidez, unificación de información, nuevas funciones clínicas, etc.), involucrar a los usuarios veteranos en las fases de configuración de la nueva interfaz (de forma que sientan familiaridad y aporte de valor), y planificar períodos de *convivencia* o soporte intensivo cuando se apague el sistema anterior para asegurar la continuidad del trabajo sin pérdidas de productividad.

- **Aspectos tecnológicos y de interoperabilidad:** La HCU de nueva generación se plantea en nube y con interoperabilidad nacional y europea. En la práctica, esto requiere *estándares* robustos (como HL7, FHIR, terminologías clínicas estandarizadas) y un cambio en la forma de documentar por parte de los profesionales. La Organización Panamericana de la Salud (2021) enfatiza que la calidad de la documentación clínica es un factor crítico: pasar de escribir textos libres en papel (o digitalizados) a registrar estructuradamente en campos y códigos puede suponer un cambio cultural importante en la práctica médica(4). Por tanto, parte del cambio organizacional será también *formar en nuevas habilidades* de documentación electrónica y en la importancia de la calidad de datos. A nivel organizativo, habrá que actualizar protocolos y flujos de trabajo para integrarlos con las funcionalidades de la HCU (por ejemplo, cómo se incorporan los alertas clínicos en la rutina asistencial, o cómo varía el proceso de consulta cuando toda la información está accesible en tiempo real). Además, la introducción del portal del paciente y nuevas vías de comunicación médico-paciente (mensajería, teleconsulta) puede requerir ajustar la cultura de relación con el paciente —pasar de un modelo paternalista a uno más participativo—, lo cual representa otro nivel de cambio cultural

a gestionar (aunque este aspecto recae más en políticas y formación de habilidades comunicativas).

- **Legislación y protección de datos:** Un contexto particular a considerar es el marco legal español en materia de protección de datos de salud (RGPD europeo y la Ley Orgánica de Protección de Datos). La HCU unificada ampliará el acceso a información sensible a muchos más profesionales a través de la red compartida. Es vital reforzar la **concienciación en seguridad y ética** del manejo de la información: los profesionales deberán entender y aceptar protocolos estrictos de acceso (por ejemplo, solo a pacientes bajo su cuidado, trazabilidad de accesos, etc.). Cualquier *incidente de seguridad* o brecha podría minar la confianza del personal y de los pacientes en el sistema, generando reacciones adversas (*“resistencias por desconfianza”*, como hallaron entrevistas con médicos en experiencias de HCE en otros países(16)(17). Por ello, el plan de gestión del cambio incluirá sin duda campañas de *sensibilización y formación* en seguridad informática, y la implementación transparente de salvaguardas (perfiles de acceso, enmascaramiento de datos sensibles, consentimiento del paciente para ciertos usos, etc.), para que el nuevo modelo de HCE mantenga la confianza de todos los implicados.
- **Clima organizativo y apoyo de instituciones clave:** Finalmente, en el contexto valenciano es importante el rol de instituciones como los colegios profesionales y sindicatos. Cualquier cambio amplio en la forma de trabajo del personal sanitario atrae la atención de estos organismos. Un *riesgo* sería que percibieran la HCU como una imposición que sobrecargará al profesional (por ejemplo, añadiendo tareas administrativas o de registro) y, por tanto, adoptaran una postura crítica que alimentara la resistencia. Para evitarlo, la Conselleria ha involucrado desde etapas tempranas a representantes clínicos en la concepción del proyecto, y previsiblemente continuará un diálogo permanente con estos grupos durante la implementación. A nivel de *pacientes*, también entidades como asociaciones de pacientes crónicos deben ser informadas y eventualmente involucradas, ya que el portal del paciente y

la nueva forma de acceso a la información impactará en su experiencia de cuidado. En síntesis, el apoyo de los *stakeholders* externos (colegios médicos, sociedades científicas locales, asociaciones de pacientes) conforma el contexto sociopolítico del cambio, y gestionarlo (mediante comunicación, formación conjunta, respuesta a inquietudes) es parte integral del proceso de gestión del cambio a gran escala.

En el contexto global pospandemia COVID-19, existe además una mayor receptividad hacia la transformación digital en salud, dado que se evidenció la necesidad de sistemas interoperables y acceso remoto a la información. La Comunidad Valenciana puede capitalizar este impulso, en tanto muchos profesionales *desean* mejoras tecnológicas tras haber enfrentado limitaciones de los sistemas actuales en momentos críticos. No obstante, también persiste cierto agotamiento después de esfuerzos extraordinarios durante la pandemia, por lo que introducir un cambio enorme requiere sensibilidad a la carga actual del personal. Un cronograma realista, fases piloto controladas y mostrar empatía organizacional (por ejemplo, evitando implementar en épocas de alta presión asistencial, o proporcionando refuerzos de personal temporales) contribuirán a un entorno más favorable para la adopción.

Este proceso de transformación no se desarrolla en un vacío normativo, sino en un contexto regulatorio en evolución. En septiembre de 2025 el Ministerio de Sanidad inició la tramitación de la futura **Ley de Salud Digital** (18), que regulará la historia clínica digital interoperable en España y alineará el marco jurídico nacional con el Reglamento (UE) 2025/327 relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud.

5.3. Estrategia de gestión del cambio para la HCU valenciana

Considerando todo lo anterior, la estrategia de gestión del cambio para la implantación de la HCU en la Comunidad Valenciana deberá ser integral y adaptativa. Algunas directrices estratégicas, alineadas con las mejores prácticas revisadas, serían:

- **Planificación temprana y dedicada:** Desde el inicio del proyecto, se ha asignado un equipo específico para la gestión del cambio, tal como se

recomienda dedicar un porcentaje significativo de recursos humanos de TI a esta tarea(2)]. Este equipo multidisciplinar (con expertos en gestión del cambio, formación, comunicación y clínicos) será el encargado de ejecutar el plan de cambio antes, durante y después del despliegue técnico. El plan incluirá hitos claros en comunicación, formación y soporte, sincronizados con las fases técnicas (por ejemplo, realizar *roadshows* informativos en todos los departamentos antes de la instalación, capacitación intensiva en las semanas previas al *go-live*, y seguimiento a los 3-6 meses postimplantación).

- **Comunicación y marketing interno del proyecto:** Se desarrollará una campaña de comunicación interna bajo una identidad común (“Proyecto HCU”) con mensajes positivos sobre el cambio. Esto incluirá boletines periódicos, infografías resaltando beneficios, testimonios de profesionales que ya usaron la HCU en pilotos, etc. Se adaptarán los mensajes a cada audiencia (ej. para clínicos, enfatizar cómo les ahorrará tiempo o mejorará la seguridad del paciente; para gestores, cómo optimizará recursos; para pacientes, cómo les dará más control sobre su salud). Un aspecto a cuidar es la *transparencia*: informar también de los retos esperables (p. ej., “las primeras semanas el registro tomará unos minutos extra mientras nos acostumbramos”) para manejar expectativas realistas. La comunicación será bidireccional, habilitando foros de preguntas y sesiones abiertas donde la gente pueda expresar miedos o dudas, a los cuales se dará respuesta pública.
- **Formación extensiva y escalonada:** La **capacitación** se llevará a cabo en oleadas sucesivas, formando primero a *formadores internos* o “superusuarios” en cada servicio, quienes luego capacitarán a sus compañeros (modelo *train-the-trainer*). Se utilizarán metodologías activas: prácticas en entornos de prueba que replican casos clínicos reales, tutoriales en video para repaso, y disponibilidad de simuladores en línea. Dado que la HCU implica también *nuevos procesos* (ej. ordenar medicación electrónica unificada, registrar alergias en un formato estandarizado, etc.), la formación integrará no solo el cómo usar la herramienta, sino *por qué se hace de este modo* (educación en mejores

prácticas clínicas asociadas al sistema). Especial atención se dará a colectivos con mayor necesidad: personal menos familiarizado con ordenadores (posiblemente de más edad o de categorías con menos capacitación previa) mediante tutorías personalizadas o cursos básicos de competencias digitales antes de entrar a la HCU. La formación será obligatoria, pero se procurará facilitar horarios (incluyendo turnos de noche) y reconocer el esfuerzo formativo (certificados, créditos de formación continuada, etc., que motiven la participación).

- **Participación y pilotaje:** Previo al despliegue completo, se realizará la implantación de la HCU en un primer hospital a modo de centro piloto. Una planificación previa de la gestión del cambio en este centro permitirá identificar focos de resistencia cultural, organizativa o funcional; construir un relato compartido que alinee el propósito del cambio con la visión de los profesionales y activar palancas de liderazgo clínico y referentes internos que faciliten la adopción. Este primer hospital se convertirá no solo en receptor del cambio, sino en motor de diseminación e influencia positiva sobre los otros centros. En consecuencia, la implantación inicial debe aprovecharse también para identificar incidencias y recabar retroalimentación de los usuarios pioneros, quienes, al convertirse en los primeros en trabajar con la HCU, podrán actuar como embajadores del cambio y transmitir sus experiencias al resto de centros.

A nivel global del proyecto, se mantiene un Comité Asesor con representación de profesionales de distintos perfiles y departamentos asistenciales, que se reúne periódicamente para revisar el progreso, plantear inquietudes y proponer ajustes contextuales. Este enfoque participativo ya estaba esbozado en los objetivos del proyecto de TFM, que incluye analizar barreras y facilitadores en cada departamento y sugerir estrategias adaptativas según las diferencias organizativas. Por ejemplo, en departamentos con cultura más jerárquica tal vez funcione un enfoque más top-down (liderazgo médico fuerte que impulse el cambio), mientras que en otros más horizontales se enfatizará la construcción colectiva y consensuada de nuevos procesos.

- **Soporte y seguimiento post-implantación** con evaluación del cambio: Una vez iniciada la implantación de la HCU, se desplegará un dispositivo de soporte cercano: mesas de ayuda 24/7 especializadas, presencia de personal de apoyo en las plantas y centros durante las primeras semanas (*“floor walkers”*), y un centro de comando que monitoree indicadores en tiempo real (ej. número de incidencias reportadas, tiempos de respuesta del sistema, etc.)(14). Esto permitirá reaccionar rápidamente ante cualquier incidencia crítica o cuellos de botella. Además, se implementarán métricas de adopción y beneficios: número de usuarios activos, porcentaje de registros completos, reducción de tiempos en tareas X, etc., que serán comunicadas a todos para evidenciar los avances (reforzando los *quick wins* o victorias tempranas logradas). Igualmente importante, se medirá la satisfacción de los usuarios (mediante encuestas y grupos focales) a los pocos meses de uso, para identificar áreas problemáticas. La gestión del cambio incluye en esta etapa final la *retroalimentación y mejora continua*: por ejemplo, si se detecta que cierta función de la HCU es poco usada porque resulta engorrosa, se eleva al proveedor para mejorarla en siguientes versiones, mostrando así a los usuarios que sus opiniones importan y conducen a *acciones concretas*. Este cierre de círculo entre feedback y mejora es crucial para anclar el cambio en la cultura, ya que los profesionales percibirán la HCU no como algo impuesto e inamovible, sino como una herramienta en evolución construida con su participación.

En conclusión, el marco contextual de la implantación de la HCE de nueva generación en la Comunidad Valenciana revela un entorno con gran oportunidad de mejora, pero que exigirá una ejecución cuidadosa de la gestión del cambio organizacional. La historia nos enseña que la tecnología innovadora solo rinde frutos si las personas la adoptan plenamente. Por ello, la Conselleria y los gestores del proyecto HCU deberán actuar no solo como implementadores de un software, sino como líderes del cambio, atendiendo las dimensiones humanas, comunicativas y culturales a cada paso. Con una visión clara, un compromiso alto con el factor humano, y apoyándose en las mejores

prácticas y evidencias científicas sobre gestión del cambio en salud, la implantación de esta HCE unificada podrá convertirse en un caso de éxito que marque un hito en la transformación digital del sistema sanitario valenciano y sirva de modelo para otras regiones.

6. Objetivos

6.1. Objetivos Generales

- Desarrollar un diagnóstico preciso y contextualizado de cada Departamento de salud que permita adaptar la estrategia de implementación de la Historia Clínica Única a sus peculiaridades organizativas, tecnológicas y culturales.

6.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características diferenciales de cada Departamento que puedan afectar a la implementación.
- Analizar las barreras y facilitadores en el proceso de adopción de la Historia Clínica Única.
- Proponer estrategias de adaptación para optimizar la implementación en cada contexto.

7. Hipótesis

7.1. Hipótesis de Comparación de Grupos

(Estas hipótesis buscan diferencias entre grupos definidos de profesionales)

- **H1:** Los profesionales con un mayor nivel de competencia digital autopercibida mostrarán una mayor motivación y una menor percepción de barreras hacia la implantación de la HCU, en comparación con aquellos con un nivel de competencia digital más bajo.
- **H2:** Los profesionales que han utilizado previamente otros sistemas de historia clínica electrónica tendrán una actitud más positiva y una mayor disposición al cambio que aquellos que solo han trabajado con el sistema actual.

- **H3:** Existen diferencias significativas entre los grupos de edad en cuanto a las expectativas sobre la mejora de la calidad asistencial con la HCU, siendo los profesionales más jóvenes quienes tendrán expectativas más optimistas.
- **H4:** El rol profesional (asistencial vs. gestión/TIC) influye en el tipo de preocupación principal; el personal asistencial se centrará más en la pérdida de tiempo y la usabilidad, mientras que el personal de gestión/TIC dará más importancia a la interoperabilidad y la seguridad.
- **H5:** Existen diferencias de género en la percepción de barreras y facilitadores para la implantación de la HCU.

7.2. Hipótesis de Asociación y Correlación

(Estas hipótesis plantean que una variable se relaciona con otra, sin necesariamente comparar grupos)

- **H6:** Los profesionales menos satisfechos con el sistema de historia clínica actual mostrarán una mayor motivación para participar activamente en el proceso de cambio.
- **H7:** La motivación se asocia positivamente con la disposición a modificar la práctica asistencial.
- **H8:** Cuanto mayor es la percepción de necesidad de cambio, mayor es la motivación y la predisposición hacia dicho cambio.
- **H9:** La percepción de problemas técnicos se relaciona positivamente con la preocupación por la desadaptación a los flujos asistenciales.
- **H10:** Un mayor acompañamiento institucional percibido se asocia positivamente con una valoración más alta de la formación como elemento clave.
- **H11:** El temor a una mayor carga documental se asocia directamente con la percepción de pérdida de tiempo con el paciente.
- **H12:** La confianza en la tecnología se asocia positivamente con una percepción favorable del soporte institucional.

8. Metodología

8.1. Principios del diseño y estructura del instrumento

La presente investigación se desarrolló bajo un **enfoque cuantitativo** y se configura como un **estudio piloto** de diseño no experimental y transversal. El objetivo fundamental del cuestionario es ir más allá de una simple encuesta de opinión, para convertirse en una herramienta de diagnóstico de preparación (*readiness assessment*) que permita identificar las barreras y los facilitadores del cambio en cada Departamento de Salud.

El objetivo principal es realizar una primera validación del cuestionario de gestión del cambio en el contexto sanitario, analizando su consistencia interna, describiendo las respuestas de los participantes y explorando las relaciones preliminares entre sus variables. El diseño transversal es el más eficaz para capturar una “instantánea” de las percepciones en un momento crítico: la fase previa a la implantación de la Historia Clínica Única (HCU), proporcionando una línea de base diagnóstica esencial.

8.2. Descripción del Instrumento: Cuestionario de Gestión del Cambio

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario ad hoc titulado “Gestión del Cambio ante la Implantación de la Historia Clínica Única (HCU)”. El instrumento fue construido con el objetivo de evaluar las percepciones, actitudes y expectativas del personal del hospital frente al proceso de cambio tecnológico. Su desarrollo se fundamenta en la integración de tres modelos teóricos de referencia en la gestión del cambio y la adopción tecnológica: el **Modelo de 8 Pasos de Kotter**, el **Modelo ADKAR** y el **Modelo Unificado de Aceptación y Uso de Tecnología (UTAUT)**.

El cuestionario se estructuró con una lógica de ramificación para adaptar las preguntas al rol del participante, diferenciando entre un **perfil asistencial/general** y un **perfil directivo**, garantizando así la pertinencia de las respuestas.

8.3. Estructura del Cuestionario y Secciones

El instrumento se organiza en un tronco común de preguntas para todos los participantes y dos bloques específicos según el perfil profesional.

8.3.1. Bloque Común (Perfil Asistencial y Directivo)

- **Sección 1: Consentimiento Informado y Datos Sociodemográficos.** Se recoge el consentimiento para participar y se registran variables como edad, género, rol profesional, tipo de contrato y antigüedad en la organización y en el puesto.
- **Sección 2: Contexto y Experiencia Previa.** Evalúa la satisfacción con el sistema actual, la experiencia previa con otras historias clínicas electrónicas y la competencia digital autopercebida.
- **Sección 3: Actitud y Disposición hacia el Cambio (Modelo ADKAR).** Mide la conciencia sobre la necesidad del cambio (*Awareness*), la motivación y el deseo de participar (*Desire*) y la predisposición a modificar la forma de trabajar.

8.3.2. Bloque Específico (Perfil Asistencial)

- **Sección 4: Percepción sobre la HCU (Modelo UTAUT).** Analiza las expectativas de rendimiento (mejora de la calidad, coordinación) y las expectativas de esfuerzo (facilidad de aprendizaje, usabilidad).
- **Sección 5: Barreras y Facilitadores Percibidos.** Explora las principales preocupaciones (pérdida de tiempo, sobrecarga documental, problemas técnicos) y los facilitadores (soporte técnico, formación).
- **Sección 6: Soporte Organizacional y Liderazgo (Modelos Kotter y ADKAR).** Evalúa la percepción sobre la comunicación recibida, el acompañamiento institucional (*Knowledge, Ability*), la confianza en los líderes y la valoración de la formación planificada (*Reinforcement*).

8.3.3. Bloque Específico (Perfil Directivo)

- **Sección 7: Visión Estratégica y Liderazgo del Cambio.** A partir de la pregunta 24, esta sección mide la percepción del alineamiento estratégico del proyecto, la madurez digital del departamento y la disponibilidad de recursos (humanos y tecnológicos).

- **Sección 8: Compromiso y Gestión de Equipos.** Evalúa el compromiso personal del directivo con el cambio, su percepción sobre la preparación de los mandos intermedios y la disposición de los equipos clínicos.
- **Sección 9: Percepción de Barreras y Riesgos Organizacionales.** Analiza las principales barreras desde una perspectiva de gestión, como la resistencia al cambio de los profesionales, la complejidad del proceso y la capacidad de la organización para resolver incidencias

Núm. Sección	Título de la Sección	Perfil(es) Aplicable(s)	Núm. de Preguntas
1	Consentimiento Informado y Datos Sociodemográficos	Todos	7
2	Contexto y Experiencia Previa	Todos	4
3	Actitud y Disposición hacia el Cambio	Todos	3
4	Percepción sobre la HCU	Asistencial - Gestión	5
5	Barreras y Facilitadores Percibidos	Asistencial - Gestión	10
6	Soporte Organizacional y Liderazgo	Asistencial - Gestión	5
7	Visión Estratégica y Liderazgo del Cambio	Directivo	6
8	Compromiso y Gestión de Equipos	Directivo	5
9	Percepción de Barreras y Riesgos Organizacionales	Directivo	4

Tabla 1: Estructura del Cuestionario

8.4. Escalas de Medida de los ítems del cuestionario

8.4.1. Tipos de Pregunta

- **Categóricas:** Opción única y opción múltiple.
- **Ordinales (Escala Likert):** Escala de acuerdo de 5 puntos. Miden actitudes y percepciones de forma ordenada. En una escala ordinal, las respuestas pueden ser clasificadas, pero la distancia entre ellas no es necesariamente equidistante.
- **De Intervalo Aparente (Escala tipo NPS):** Escala de valoración de 11 puntos (0-10). Se tratan como datos de intervalo, permitiendo el cálculo de medias y otras estadísticas paramétricas. Este tipo de escala es

comúnmente utilizado para medir la satisfacción o lealtad del cliente, clasificando a los encuestados en detractores, pasivos y promotores.

- **De Ordenación (Ranking):** Solicita ordenar ítems por prioridad.
- **Abiertas/Cualitativas:** Respuestas de texto libre.

8.5. Variables de Estudio

El cuestionario permite obtener métricas sobre las siguientes variables clave, agrupadas en cuatro dimensiones principales:

1. **Variables Sociodemográficas y Profesionales:** Edad, género, rol profesional (médico, enfermería, etc.), relación laboral, años de experiencia y área asistencial.
2. **Variables de Actitud y Disposición:** Motivación para el cambio, disposición a modificar prácticas, satisfacción con el sistema previo y necesidad percibida del cambio.
3. **Variables de Percepción Tecnológica (Basadas en UTAUT):** Expectativa de rendimiento (mejora de la calidad, comunicación, seguridad), expectativa de esfuerzo (facilidad de uso, sencillez de aprendizaje) e influencia social.
4. **Variables de Contexto Organizacional:** Competencia digital autopercebida, percepción de barreras (sobrecarga, pérdida de tiempo), percepción de facilitadores (formación, soporte técnico), claridad de la comunicación y confianza en el liderazgo.

La mayoría de los ítems se valoraron mediante una **escala de tipo Likert** de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo), además de preguntas de opción múltiple y respuesta única.

8.6. Procedimiento de recogida de datos y Participantes en el estudio:

La población a estudio estuvo compuesta por 437 profesionales con perfil asistencial, 29 TIC y 29 directivos del sector sanitario, en total el cuestionario fue enviado a 495 profesionales, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia en tres hospitales públicos de la Comunidad

Valenciana (Hospital General Universitario de Valencia, Hospital General Universitario Dr. Balmis y Hospital General Universitario Virgen de los Lirios). La recogida de datos se llevó a cabo del 8 al 16 de septiembre.

Se garantiza en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos. La participación fue voluntaria, y todos los sujetos dieron su consentimiento para analizar sus respuestas antes de completar el cuestionario, en cumplimiento de los principios éticos de la investigación. La herramienta de recopilación con la que se elaboró el cuestionario fue **Microsoft Forms**.

8.7. Análisis de Datos

Se realizó con el software SPSS en su versión 25.0. Los análisis se dividieron en varias etapas:

1. **Preparación de Datos:** Se realizó una limpieza de la base de datos para corregir inconsistencias. Las respuestas categóricas se codificaron numéricamente y las escalas Likert se trataron como datos ordinales (1-5).
2. **Análisis de Fiabilidad:** Se calculó el coeficiente **Alfa de Cronbach** para el total de la escala y para cada una de sus dimensiones teóricas, con el fin de obtener una primera evidencia de la consistencia interna del instrumento en la muestra estudiada.
3. **Análisis Descriptivo:** Se calcularon las **frecuencias y porcentajes** de las variables sociodemográficas y de los ítems del cuestionario para describir el perfil de la muestra y la distribución de sus percepciones.
4. **Análisis Inferencial Exploratorio:** Para examinar las relaciones entre las variables, se utilizaron dos pruebas estadísticas:
 - **Prueba Chi-cuadrado de independencia (χ^2):** Se empleó para identificar la existencia de asociación estadística entre las variables categóricas.
 - **Análisis de Correlación:** Se calculó el coeficiente de correlación de **Spearman (ρ)**, adecuado para variables ordinales, para explorar la dirección y la fuerza de la relación lineal entre las dimensiones del cuestionario.

Para todas las pruebas inferenciales se estableció un nivel de significación de $p < 0.05$. En la siguiente tabla se puede ver el análisis:

Hipótesis	Variables Implicadas	Prueba Estadística
H1: Competencia digital y actitud al cambio	Competencia digital vs. Motivación / Percepción de barreras	Correlación de Pearson/Spearman
H2: Influencia de la experiencia previa	Uso previo de otros sistemas vs. Disposición al cambio	Prueba T de Student
H3: Diferencias generacionales	Grupos de edad vs. Expectativas de mejora	Correlación de Pearson/Spearman
H4: Influencia del rol profesional	Rol profesional vs. Preocupaciones sobre barreras/beneficios	Chi-cuadrado (χ^2)
H5: Género y percepción de la HCU	Género vs. Expectativas y barreras	Chi-cuadrado (χ^2)
H6: Influencia del área asistencial	Área asistencial vs. Carga de trabajo / Pérdida de tiempo	ANOVA
H7: Motivación y Disposición	Motivación vs. Cambio práctica clínica	Correlación de Pearson/Spearman
H8: Necesidad → Motivación	Necesidad percibida vs. Motivación/Disposición	Correlación de Pearson
H9 : Técnicos → Flujos trabajo	Problemas técnicos vs. Desadaptación de flujos	Correlación de Pearson
H10 (directivo): Liderazgo percibido y compromiso	Liderazgo percibido vs. Compromiso personal	Correlación de Pearson/Spearman
H10 (asistencial): Acompañamiento → Formación	Acompañamiento institucional vs. Valoración de formación	Correlación de Pearson
H11: Sobrecarga → Tiempo	Temor a carga documental vs. Pérdida de tiempo con paciente	Correlación de Pearson
H12: Confianza → Soporte	Confianza en tecnología vs. Soporte institucional	Correlación de Pearson

Tabla 2: Hipótesis, Variables y Pruebas Estadísticas

8.8. Consideraciones Éticas y Limitaciones

Se garantiza la protección de los participantes mediante un proceso de **consentimiento informado**, asegurando el carácter voluntario, anónimo y confidencial de las respuestas. Se reconocen varias limitaciones en el estudio:

- **Sesgo de Muestreo:** El uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia impide la generalización estadística de los resultados.
- **Sesgo de Respuesta:** Existe la posibilidad de un sesgo de deseabilidad social, donde los encuestados podrían ofrecer respuestas socialmente más aceptables.
- **Diseño Transversal:** El estudio captura las percepciones en un único momento, sin poder analizar su evolución en el tiempo.
- **Datos Autoinformados:** Variables como la competencia digital se basan en la autopercepción, que puede estar sujeta a sesgos individuales.

9. Resultados

9.1. Resultados descriptivos

El cuestionario fue cumplimentado por 123 profesionales con una tasa de respuesta del 25%. En el análisis distinguimos el ámbito de personal asistencial y TIC (hasta nivel de jefatura de servicio) del ámbito personal directivo.

9.1.1. Análisis de Resultados: Perspectiva del Personal Asistencial y TIC

Con una muestra total de 103 profesionales en este ámbito, el análisis se centra en el perfil de los participantes, así como en sus percepciones, actitudes y expectativas respecto a la implantación de la nueva Historia Clínica Única (HCU).

9.1.1.1. Perfil Sociodemográfico de la Muestra

La muestra se caracteriza por una notable experiencia profesional, con una media de 21,3 años de ejercicio (Desviación Típica [DT]=9,98). La edad media de los participantes se sitúa en 46,8 años (DT=9,6).

En cuanto a la distribución por género, se observa un predominio femenino, representando el 71,8% de la muestra, frente al 28,2% de hombres. El rol profesional mayoritario corresponde a Medicina (56,3%), seguido de Enfermería (34%). La relación laboral predominante es la de personal fijo, abarcando al 88,4% de los encuestados.

9.1.1.2. Actitud General y Motivación hacia la HCU

La actitud general hacia el cambio es marcadamente positiva. Los profesionales muestran una elevada motivación para participar en el proceso de implantación, con una puntuación media de 4,41 sobre 5 (DT=0,69). Esta disposición se ve reforzada por una fuerte convicción en la necesidad del cambio, ya que la creencia en que la implantación de la nueva HCU es necesaria obtiene una media de 4,58 (DT=0,71).

Además, la disposición a modificar los hábitos de trabajo actuales es muy alta, alcanzando una media de 4,51 (DT=0,70), lo que sugiere una excelente predisposición a la adaptación por parte del personal asistencial.

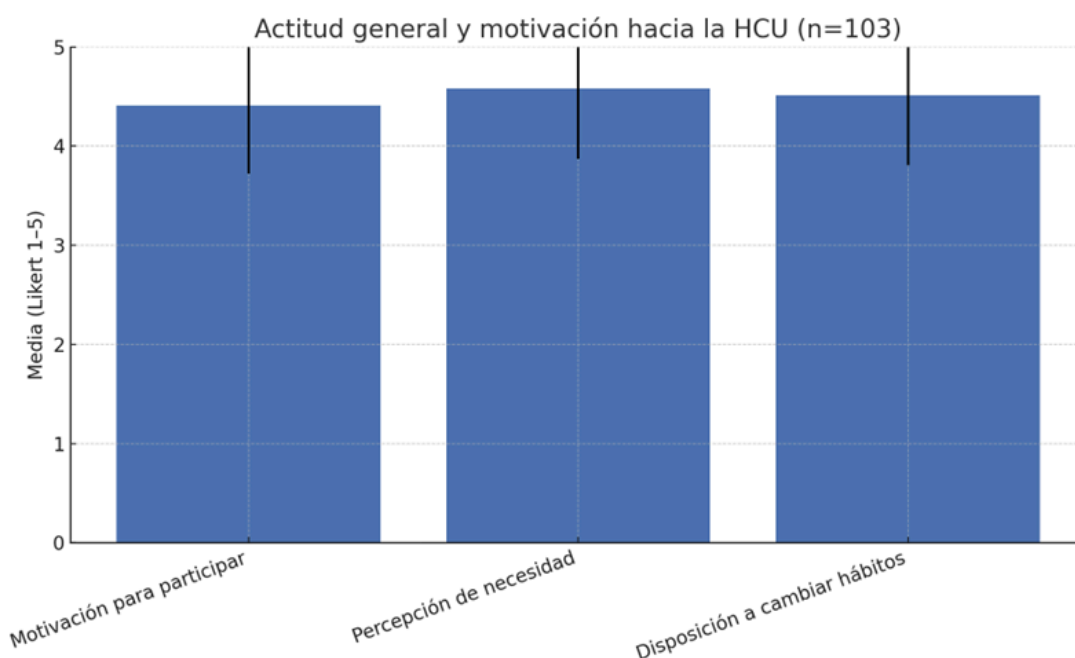


Gráfico 1: Actitud general y motivación hacia la HCU

9.1.1.3. Percepción de Beneficios de la HCU

Los profesionales perciben de forma muy positiva los beneficios potenciales de la HCU en diversas áreas clave (las valoraciones):

- **Mejora de la Calidad Asistencial:** Es el beneficio más valorado, con una media de 4,33 (DT=0,74). Los encuestados creen que la HCU facilitará la toma de decisiones y ayudará a reducir errores.

- **Mejora para el Ciudadano:** La percepción de que la HCU mejorará el acceso y la comunicación de los ciudadanos con el sistema sanitario también es muy alta, con una media de **4,30** (DT=0,81).
- **Agilización de Procesos:** Se valora positivamente la capacidad de la HCU para agilizar procesos y el acceso a la información, con una puntuación media de **4,10** (DT=0,93).
- **Coordinación Asistencial:** Existe un fuerte consenso en que la HCU mejorará la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, con una media de **4,37** (DT=0,88).

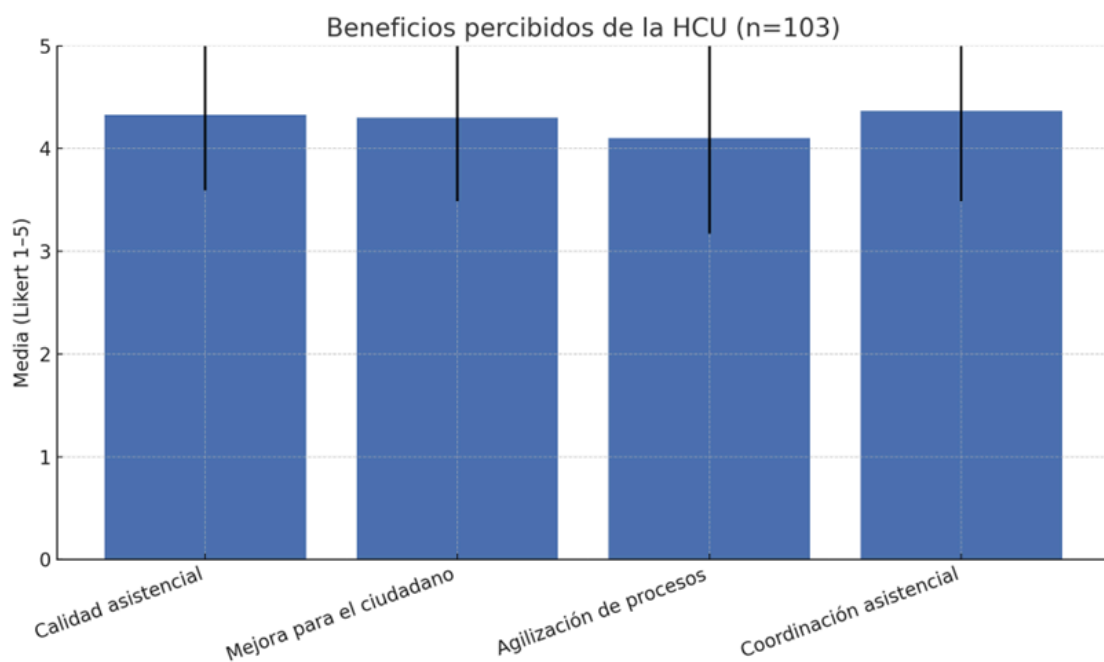


Gráfico 2: Beneficios percibidos de la HCU

9.1.1.4. Barreras y Preocupaciones Percibidas

A pesar del optimismo general, los profesionales identifican una serie de barreras y preocupaciones relevantes. La principal inquietud es el **aumento del tiempo de documentación** (Media=3,91; DT=1,08) y la creencia de que, inicialmente, la HCU **reducirá el tiempo dedicado a la atención directa de pacientes** (Media=3,88; DT=1,15).

Otras preocupaciones destacadas, con valoraciones medias por encima del punto intermedio de la escala, incluyen:

- El temor a que los **problemas técnicos** sean una barrera (Media=3,82; DT=1,05).
- La preocupación por la **seguridad y privacidad de los datos** (Media=3,57; DT=1,21).
- La inquietud de que el nuevo sistema **no se adecúe a los flujos de trabajo actuales** (Media=3,51; DT=1,23).

En contraste, la preocupación por una posible **pérdida de autonomía profesional** es la menos sentida por los participantes (Media=2,51; DT=1,27).

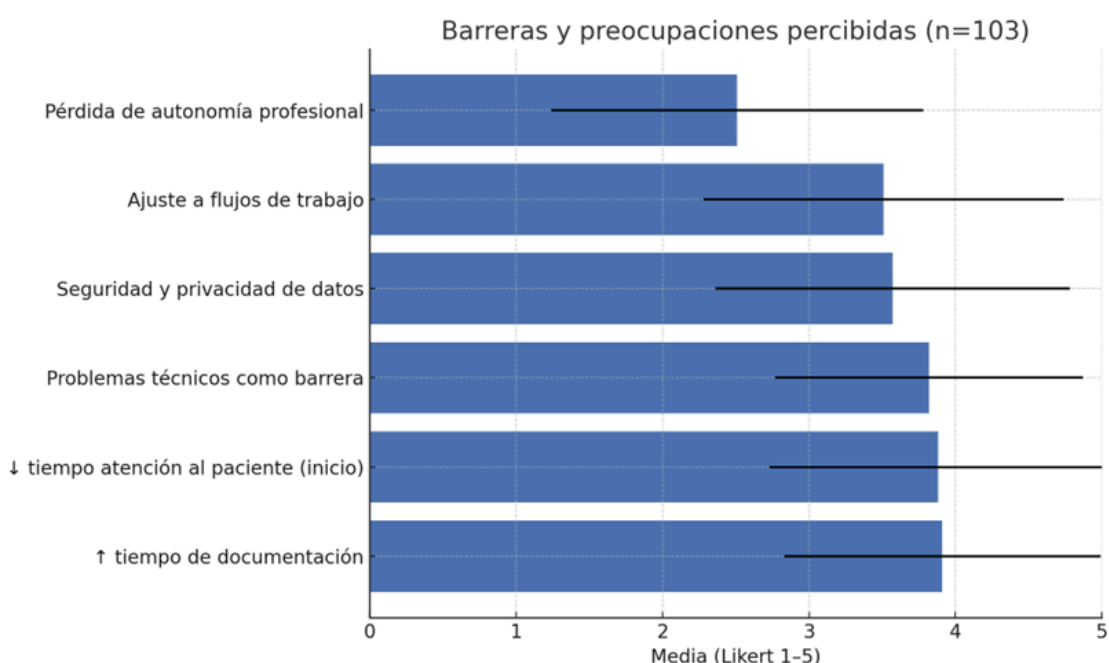


Gráfico 3: Barreras y preocupaciones percibidas

9.1.1.5. Valoración del Soporte Organizacional y Competencias Digitales

Respecto a la preparación para afrontar el cambio, los resultados son más moderados:

- **Competencia Digital:** Los profesionales autoevalúan su nivel de competencia digital con una media de 3,45 (DT=0,52), lo que indica un nivel intermedio-alto.
- **Facilidad de Aprendizaje:** Existe una percepción positiva sobre la facilidad para aprender a usar el nuevo sistema, incluso sin experiencia previa (Media=3,95; DT=0,89).

- **Soporte Institucional:** La confianza en que el acompañamiento institucional (Media=4,18; DT=0,81) y un buen plan de formación (Media=4,50; DT=0,67) facilitarán la implantación es muy alta.
- **Cultura del Cambio:** Sin embargo, la percepción sobre la existencia de una cultura de gestión del cambio en el departamento es más tibia, con una media de 3,40 (DT=0,98), al igual que la percepción sobre el apoyo activo por parte de compañeros y superiores (Media=3,60; DT=0,93).

9.1.2. Análisis de Resultados: Perspectiva del Personal Directivo

En este apartado se exponen los resultados descriptivos correspondientes al personal directivo, compuesto por una muestra de 21 participantes. El análisis se enfoca en desglosar la visión estratégica, el nivel de preparación y las barreras percibidas por los líderes responsables de la implantación de la Historia Clínica Única (HCU).

9.1.2.1. Visión Estratégica y Compromiso Institucional

Los directivos muestran una percepción muy positiva sobre el encaje estratégico del proyecto. Existe un fuerte consenso en que la dirección del hospital comparte una visión común con los objetivos de la HCU (Media=4,19; DT=0,75) y que la implantación está alineada con la estrategia del departamento (Media=4,14; DT=0,91).

Asimismo, se percibe un alto grado de compromiso, tanto del equipo directivo en su conjunto (Media=4,05; DT=0,92) como de la dirección y mandos intermedios (Media=4,00; DT=0,95). Esta visión cohesionada se refleja en la creencia generalizada de que la implantación de la HCU es necesaria (Media=4,48; DT=0,60).

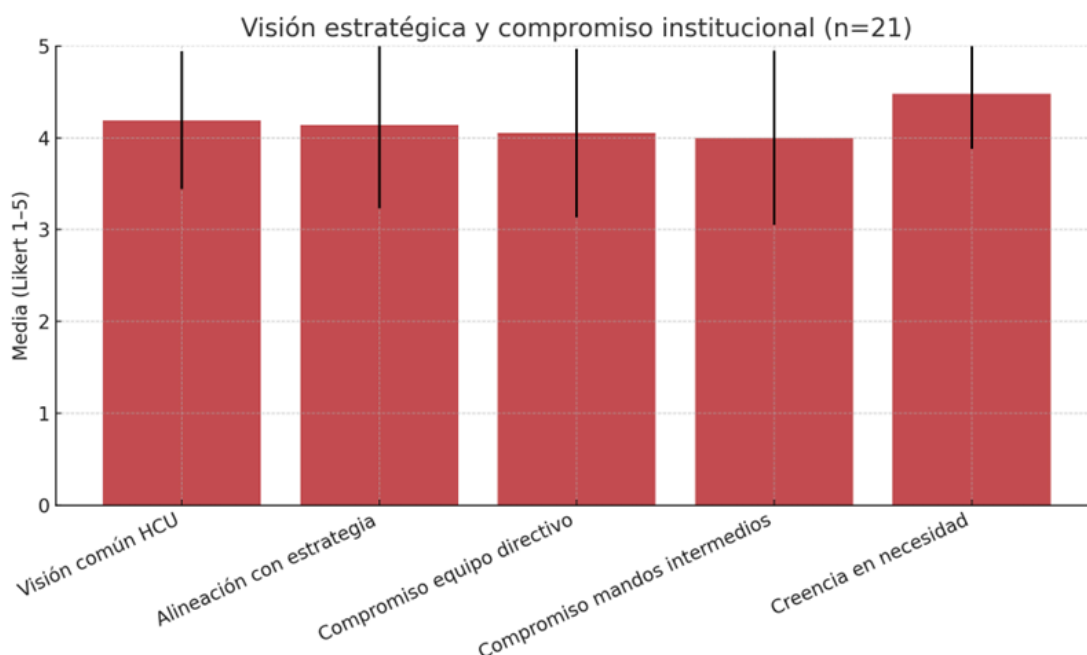


Gráfico 4: Visión estratégica y compromiso institucional

9.1.2.2. Motivación y Preparación para la Gestión del Cambio

La **motivación personal de los directivos** es excepcionalmente alta, con una media de **4,57 sobre 5 (DT=0,51)** para participar activamente en el impulso al cambio. Esta motivación se corresponde con una elevada autopercepción de sus capacidades para gestionar el proyecto, ya que, a nivel personal, se sienten muy preparados para afrontar este reto (Media=4,33; DT=0,66).

La confianza en el éxito del proyecto se cimienta sobre varios pilares:

- La creencia en que el equipo directivo dispone de las competencias y el apoyo necesarios (Media=4,10; DT=0,83).
- La confianza en que la madurez de las tecnologías actuales facilitará el proceso (Media=4,19; DT=0,75).
- La convicción de que la organización tiene la capacidad para resolver los problemas que puedan surgir (Media=4,05; DT=0,50).

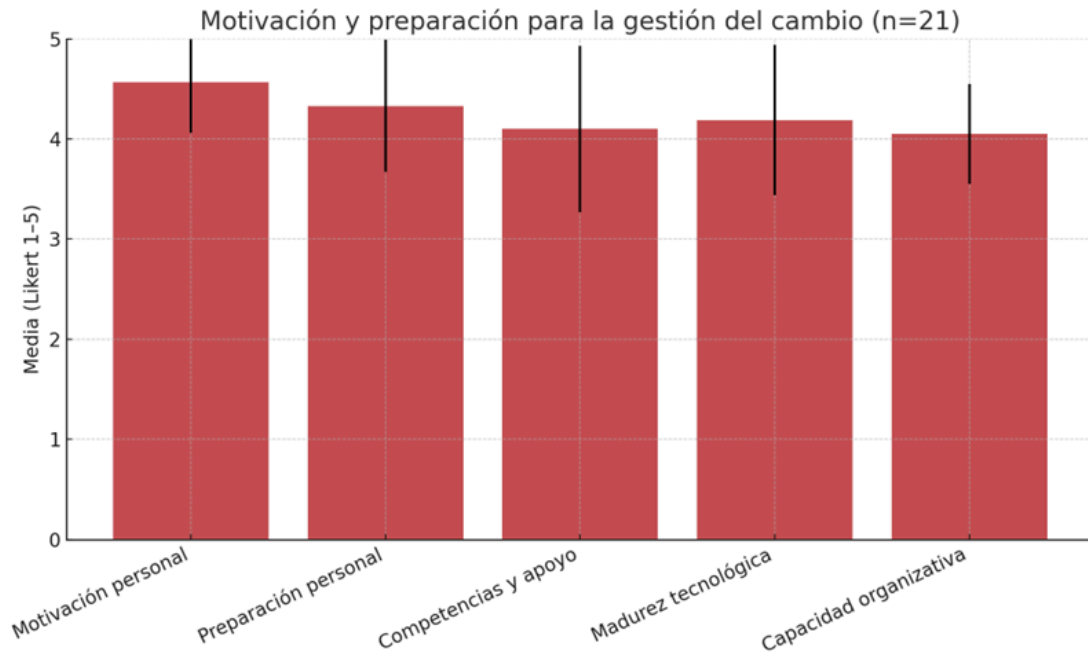


Gráfico 5: Motivación y preparación para la gestión del cambio

9.1.2.3. Percepción de Beneficios de la HCU

Desde la perspectiva directiva, los beneficios esperados de la HCU son muy altos y se centran en la mejora de la atención y la eficiencia del sistema:

- **Mejora de la Calidad Asistencial:** Es el beneficio más valorado, con una puntuación media de **4,38** (DT=0,67).
- **Agilización de Procesos:** La expectativa de que agilizará los procesos y el acceso a la información es igualmente alta (Media=4,38; DT=0,74).
- **Coordinación y Comunicación:** Se espera una mejora notable tanto en la coordinación entre niveles asistenciales (Media=4,33; DT=1,02) como en la comunicación con los ciudadanos (Media=4,29; DT=0,85).

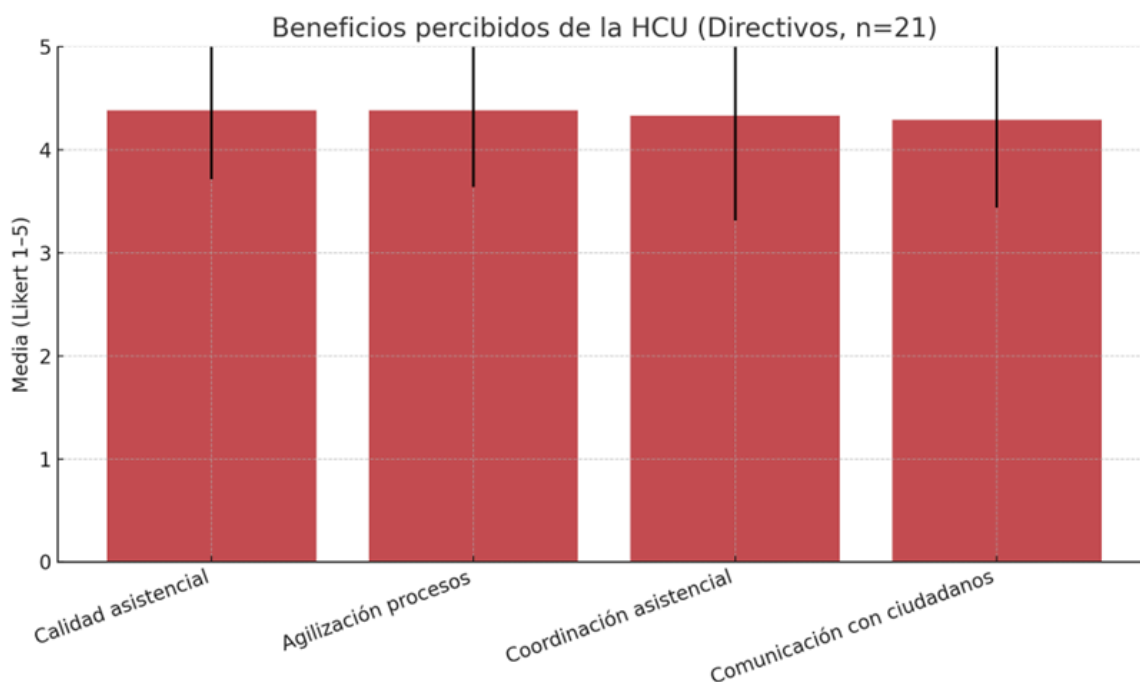


Gráfico 6: Beneficios percibidos de la HCU

9.1.2.4. Barreras y Preocupaciones Principales

Aunque la visión general es optimista, los directivos identifican dos barreras fundamentales para la implantación:

- **Resistencia al Cambio:** La principal preocupación es la posible resistencia al cambio por parte de los profesionales, con una media de 4,00 (DT=0,89).
- **Recursos Disponibles:** La percepción sobre la disponibilidad de recursos es el punto más débil. Los directivos muestran dudas sobre si se dispone de los recursos humanos (Media=2,81; DT=1,03) y tecnológicos /organizativos (Media=3,24; DT=1,09) suficientes para garantizar el éxito del proyecto.

Otras preocupaciones, aunque de menor intensidad, incluyen la complejidad de la implantación (Media=3,76; DT=0,94) y el temor a que el sistema no se adecúe a los flujos de trabajo (Media=3,29; DT=1,15). Es notable que, a diferencia del personal asistencial, la preocupación por el aumento del tiempo de documentación es considerablemente menor en este grupo (Media=3,14; DT=1,19).

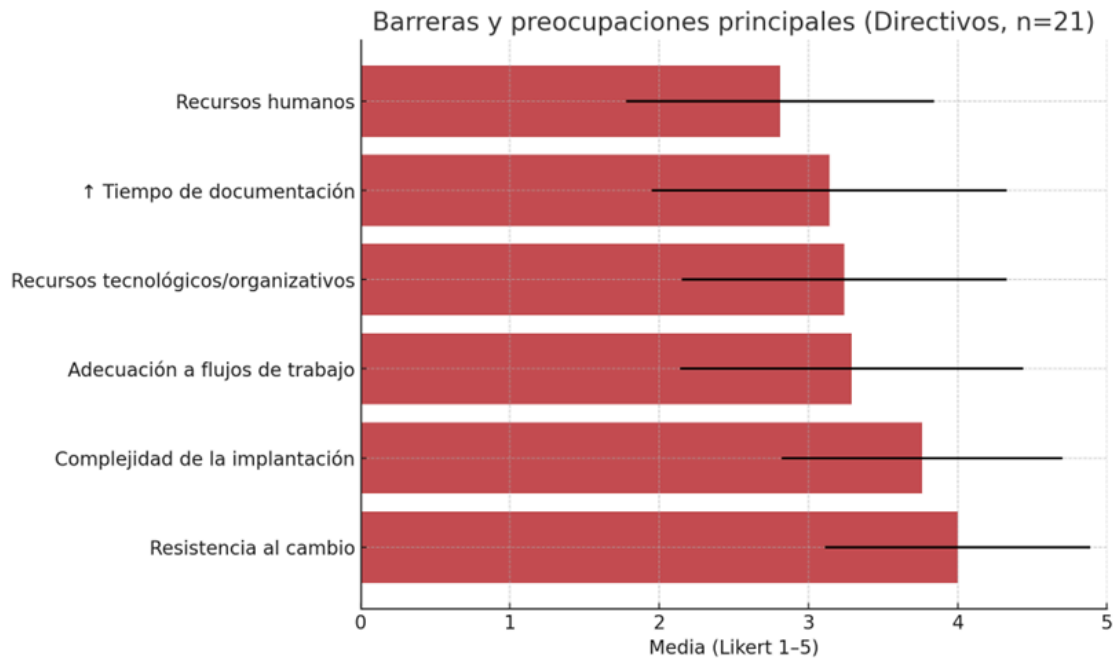


Gráfico 7: Barreras y preocupaciones principales

9.2. Resultados inferenciales

El análisis de la fiabilidad del cuestionario no se ha podido calcular por la baja tasa de respuesta alcanzada, se espera que tras el envío a toda la Comunidad Valenciana se pueda calcular el alfa de Cronbach.

9.2.1. Verificación de Hipótesis según los Resultados:

9.2.1.1. Análisis para el Perfil Asistencial/TIC

Este análisis se basa en la muestra principal de profesionales (médicos, enfermeros, etc.).

- **H1: Competencia digital y actitud al cambio**

Parcialmente Cumplida. Los datos confirman que una mayor **competencia digital se asocia con una menor percepción de sobrecarga** ($r = -0,240$; $p < 0.05$). Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la competencia digital y la motivación ($p > 0.05$).

- **H2: Influencia de la experiencia previa**

Cumplida. La prueba T de Student muestra que los profesionales que han **usado otros sistemas previamente tienen una disposición al cambio significativamente mayor** ($p < 0.05$) que aquellos que no los han usado.

- **H3: Diferencias generacionales (Edad)**

Cumplida. El análisis de correlación indica que a **más edad, menor es la competencia digital autopercebida** ($r = -0,238$; $p < 0.05$). Esto apoya indirectamente la idea de que los más jóvenes, al tener mayor competencia, perciben menos barreras.

- **H4: Influencia del rol profesional**

Cumplida. La prueba ANOVA muestra **diferencias significativas** ($p < 0.05$) entre los roles profesionales (Médico, Enfermería, TCAE, otros) en cuanto a la **percepción de que la HCU mejorará la calidad asistencial**. Los médicos muestran las expectativas más altas.

- **H5: Género y percepción de barreras y facilitadores**

Sin diferencias. La prueba chi cuadrado no muestra diferencias relevantes, por lo que no existen tales diferencias en nuestra muestra.

- **H6: Influencia del área asistencial (Menos satisfacción → Mayor motivación)**

No Cumplida. La correlación entre “Nivel de satisfacción” y “Motivación” es de **$r = 0,034$** con una significación de **$p = 0,730$** . El valor de significación (0,730) es mucho mayor que 0,05, lo que indica que **no existe una relación estadísticamente significativa** entre estas dos variables. La satisfacción con el sistema actual no influye en la motivación para el cambio.

- **H7: Comunicación y confianza**

Cumplida. La correlación entre “Motivación” y “Disposición a cambiar” es muy fuerte y positiva: $r = 0,738$, con una significación de $p = 0,000$. La significación es menor de 0,01, lo que indica una relación muy fuerte. Esto confirma que a **mayor motivación** para el cambio, **mayor es también la disposición** de los profesionales a cambiar su forma de trabajar.

- **H8: Formación y Autoeficacia**

Cumplida. Los datos respaldan esta idea. La creencia en que un buen **plan de formación** facilitará la implantación se correlaciona positivamente con la **disposición a cambiar** ($r = 0,406$).

- **H9: La percepción de problemas técnicos se relaciona positivamente con la preocupación por la desadaptación a los flujos asistenciales**

Cumplida. La correlación entre “Creo que los posibles problemas técnicos...” y “Me preocupa que la HCU no se adecúe a los flujos de trabajo...” es fuerte y positiva: $r = 0,632$, con una significación de $p = 0,000$. La relación es muy significativa ($p < 0,01$). Esto confirma que los profesionales que más temen los problemas técnicos son también los que más se preocupan por que el nuevo sistema no se adapte a su forma de trabajar.

- **H10 (Liderazgo y Compromiso)**

Cumplida. Esta hipótesis se ve respaldada por la correlación encontrada entre la confianza en el **acompañamiento institucional** (una forma de liderazgo percibido) y una **mayor motivación** ($r = 0,264$) y **disposición al cambio** ($r = 0,363$).

- **H11: El temor a una mayor carga documental se asocia directamente con la percepción de pérdida de tiempo con el paciente**

Cumplida. La correlación entre “Me preocupa el posible aumento del tiempo de documentación...” y “Creo que al inicio la HCU reducirá el tiempo que puedo dedicar a la atención directa de los pacientes” es fuerte y positiva: $r = 0,592$, con una significación de $p = 0,000$. La relación es muy significativa ($p < 0,01$). Esto confirma que los profesionales que sienten una **mayor preocupación por el aumento del tiempo de documentación**, también tienen una **percepción más fuerte de que se reducirá el tiempo que podrán dedicar a sus pacientes**.

- **Hipótesis basadas en Correlaciones (H(Corr.) 1 a 7)**

Todas Cumplidas. El análisis de correlación de Pearson confirma todas estas asociaciones con una alta significatividad ($p < 0.01$). Por ejemplo, **la motivación se asocia muy fuertemente con la disposición al cambio** ($r = 0,738$).

9.2.1.2. Análisis para el Perfil Directivo

Este análisis se basa en la submuestra de 21 directivos. Hay que tener en cuenta que, al ser una muestra pequeña, los resultados son exploratorios.

- **H1: Competencia digital y actitud al cambio.**

No Cumplida. En este grupo, no se encontró una relación estadísticamente fundamental entre la competencia digital y la motivación ni con la percepción de sobrecarga ($p > 0.05$).

- **H10: Liderazgo percibido y compromiso.**

Cumplida. Se encuentra una correlación extraordinariamente alta entre **la motivación personal del directivo y su percepción de estar preparado** para gestionar el cambio ($r = 0,832$; $p < 0.01$). Esto confirma que el compromiso personal es clave.

- **Otras hipótesis (H2, H3, H4, etc.).**

No Verificables. Las pruebas aportadas para este grupo se centran en la visión estratégica y no permiten contrastar el resto de las hipótesis planteadas para el personal asistencial. El hallazgo principal para este grupo es que la **alineación del proyecto con la estrategia del departamento** es el factor más importante, correlacionándose con la percepción de beneficios, recursos y apoyo del equipo ($p < 0.05$).

Hipótesis	Resultado (P. Asistencial)	Resultado (P. Directivo)
H1: Competencia digital y actitud	Parcialmente Cumplida	No Cumplida
H2: Experiencia previa	Cumplida	No Verificable
H3: Diferencias generacionales (Edad)	Cumplida	No Verificable
H4: Influencia del rol profesional	Cumplida	No Verificable
H5: Género y percepción de barreras y facilitadores	Sin diferencias	Sin diferencias
H6: Menos satisfacción → Mayor motivación	No Cumplida	No Verificable
H7: Comunicación y confianza	Cumplida	No Verificable
H8: Formación y Autoeficacia	Cumplida	No Verificable
H9: Percepción de problemas técnicos → preocupación por la desadaptación	Cumplida	No Verificable
H10: Liderazgo y compromiso	Cumplida	Cumplida
H11: Temor a mayor carga documental	Cumplida	No Verificable

Tabla 3: Resumen de Comprobación de Hipótesis

10. Reflexiones

10.1. Reflexiones sobre el perfil asistencial

10.1.1. El Perfil del “Facilitador del Cambio”

Los datos dibujan un perfil muy claro de los profesionales que están a favor del cambio. La **motivación** y la **disposición a cambiar** son las variables centrales.

- **La Motivación lo es todo:** Estar motivado se correlaciona de forma muy fuerte y positiva con casi todas las percepciones favorables:
 - Disposición a cambiar la forma de trabajar ($r = 0,738^{**}$): Es la correlación más fuerte de la tabla. Quien está motivado, está dispuesto a cambiar.
 - Creer que la HCU es necesaria ($r = 0,620^{**}$).
 - Pensar que mejorará la comunicación con los ciudadanos ($r = 0,486^{**}$).
 - Creer que será fácil de aprender ($r = 0,419^{**}$).
- **La Confianza en la Tecnología y el Soporte son Clave:** La creencia en que la tecnología actual es madura, que habrá formación, soporte técnico y acompañamiento institucional, se asocia fuertemente con una actitud positiva.
 - Quienes piensan que un plan de formación facilitará la implantación, también están más dispuestos a cambiar ($r = 0,406^{**}$).
 - La confianza en que el acompañamiento institucional ayudará se relaciona con una mayor motivación ($r = 0,264^{**}$) y disposición al cambio ($r = 0,363^{**}$).

10.1.2. El Perfil de “Resistencia al Cambio” (Las Barreras y Miedos)

También se observa un patrón muy claro: los miedos vienen en bloque. Si un profesional tiene una preocupación, es muy probable que tenga otras.

- **El Gran Cúmulo de Miedos:** Todas las variables que empiezan con “Me preocupa...” o “Creo que reducirá el tiempo...” están fuerte y positivamente correlacionadas entre sí. Por ejemplo:

- La preocupación por el aumento del tiempo de documentación está fuertemente ligada al miedo a que los problemas técnicos sean una barrera ($r = 0,561^{**}$).
- El temor a que la HCU no se adecúe a los flujos de trabajo se asocia fuertemente con la preocupación de que no sea rápida o fácil de usar ($r = 0,592^{**}$).
- El miedo a perder autonomía se relaciona con la preocupación de que el sistema no tenga las funcionalidades actuales ($r = 0,621^{**}$).
- **La Sobrecarga como Eje del Miedo:** La variable “Me preocupa que la HCU sea una sobrecarga...” es un excelente predictor de otras barreras. Se correlaciona positivamente con casi todos los miedos, como el aumento del tiempo de documentación ($r = 0,577^{**}$) o los problemas técnicos ($r = 0,533^{**}$).

10.1.3. El Papel de la Experiencia y la Competencia Digital

- **A más años de experiencia, menor competencia digital percibida ($r = -0,238^*$):** Un hallazgo clásico. La experiencia profesional no siempre va de la mano de la habilidad digital.
- **La competencia digital reduce el miedo a lo técnico:** Las personas con mayor competencia digital tienen menos miedo a que la HCU reduzca su tiempo de atención al paciente ($r = -0,215^*$) y les aumente el tiempo de documentación ($r = -0,211^*$). Esto refuerza que la habilidad digital actúa como un colchón contra la ansiedad tecnológica.
- **Satisfacción con el sistema actual:** Quienes han tenido dificultades técnicas con el sistema actual están menos satisfechos con él ($r = -0,315^{**}$). Lógicamente, una mala experiencia previa genera insatisfacción.

10.2. Reflexiones sobre perfil directivo

A pesar de que la muestra es pequeña (**N=21**), lo que exige cautela, emergen patrones muy claros y lógicos sobre la mentalidad directiva frente a la implantación de la HCU.

10.2.1. La Visión Estratégica es el Motor de Todo

El factor más influyente es la percepción de que el proyecto está **alineado con la estrategia del departamento**. Cuando los directivos creen esto, todo lo demás fluye positivamente.

- **Alineamiento y beneficios:** La creencia en el alineamiento estratégico se correlaciona de forma muy fuerte con la percepción de que la HCU mejorará la calidad asistencial ($r = 0,748^{**}$), agilizará los procesos ($r = 0,636^{**}$) y mejorará la coordinación entre niveles ($r = 0,440^{*}$).
- **Alineamiento y recursos:** Un alineamiento estratégico claro se asocia con la creencia de que se dispone de recursos tecnológicos ($r = 0,594^{**}$) y humanos ($r = 0,559^{**}$) adecuados.
- **Alineamiento y apoyo:** También se vincula fuertemente con la percepción de que el equipo directivo apoyará activamente la implantación ($r = 0,767^{**}$).

10.2.2. El Compromiso Personal del Directivo es Indispensable

La motivación personal del directivo es la variable que más se conecta con su propia capacidad para liderar el cambio.

- **La correlación más fuerte:** La motivación del directivo tiene una correlación extraordinariamente alta con cómo se ve de preparado a nivel personal para gestionar el cambio ($r = 0,832^{**}$). Un directivo motivado es un directivo que se siente capaz.
- **Motivación y percepción de éxito:** La motivación también se asocia con la creencia de que la HCU mejorará la calidad ($r = 0,637^{**}$) y que los mandos intermedios y la dirección están comprometidos ($r = 0,577^{**}$).

10.2.3. Las Barreras Percibidas: Resistencia y Recursos

Desde la perspectiva directiva, las principales barreras no son tanto el miedo personal, sino la percepción de obstáculos externos.

- **La Resistencia al Cambio es el Gran Fantasma:** La percepción de que la resistencia de los profesionales será una barrera es el principal temor. Curiosamente, esta percepción se asocia con:
 - Una menor madurez digital del departamento ($r = -0,489^*$).
 - La percepción de que los equipos clínicos no tienen buena disposición ($r = -0,505^*$).
 - Una menor confianza en que la Conselleria esté preparada para el cambio ($r = -0,449^*$).
- **La Falta de Recursos es un Freno:** La creencia de que no se dispone de recursos humanos y tecnológicos suficientes es un factor crítico.
 - La percepción de tener recursos humanos y tecnológicos adecuados está fuertemente correlacionada ($r = 0,727^{**}$). Un directivo que ve carencias en un área, probablemente las ve en la otra.
 - La falta de recursos se asocia con una menor confianza en la capacidad de la organización para resolver problemas que surjan.
- **El Miedo a la Complejidad:** El temor al cambio organizacional se asocia fuertemente con la percepción de que la implantación será muy compleja ($r = 0,575^{**}$).

11. Plan de Acción para la Gestión del Cambio hacia la HCU

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se evidencia que, si bien existe un consenso general sobre la necesidad y los beneficios de la HCU, existe una divergencia crítica entre la perspectiva directiva y la asistencial en cuanto a las barreras y las prioridades. Los directivos se centran en la visión estratégica y la resistencia cultural, mientras que el personal asistencial se preocupa por el impacto operativo inmediato en su trabajo diario.

Para alinear ambas visiones y garantizar una transición exitosa, se propone el siguiente plan de acción articulado en cuatro ejes estratégicos, cada uno de ellos vinculado con dimensiones de marcos de referencia en gestión del cambio como **ADKAR** y el modelo de **Kotter**.

11.1. Eje 1: Comunicación Estratégica y Alineamiento (El “Por qué”)

Objetivo: Cerrar la brecha de percepción entre la visión estratégica de la dirección y las preocupaciones operativas del personal asistencial, unificando a todos bajo una narrativa común (*Awareness* y *Visión* según ADKAR/Kotter).

- **Acción 1.1: Campaña de Comunicación “Beneficio Real”**

- **Qué hacer:** Crear materiales (infografías, vídeos cortos, testimonios) que ilustren de forma concreta cómo la HCU resolverá problemas diarios y mejorará la calidad asistencial.
- **Por qué:** Conecta la visión estratégica de la dirección con las necesidades sentidas por el personal, dando un propósito claro al esfuerzo del cambio.
- **Responsable:** Unidad de Comunicación + Dirección Médica.
- **Indicador:** % de profesionales que reconocen haber recibido información clara sobre beneficios (encuesta interna).
- **Plazo:** Corto plazo (antes del piloto).

- **Acción 1.2: Liderazgo Visible y Cercano**

- **Qué hacer:** Establecer un calendario de reuniones informales y sesiones de “preguntas y respuestas” donde el equipo directivo esté presente en las diferentes unidades. Deben ser foros para escuchar activamente las preocupaciones sobre la pérdida de tiempo y la sobrecarga, no solo para informar.
- **Por qué:** El compromiso directivo, tan claro para ellos mismos, debe ser percibido directamente por el personal para generar confianza y demostrar que sus inquietudes operativas son una prioridad estratégica.
- **Responsable:** Dirección de Hospital + Gerencia.
- **Indicador:** Núm. de sesiones realizadas, núm. de asistentes y nivel de satisfacción de los asistentes.
- **Plazo:** Corto y medio plazo (previo y durante el despliegue).

11.2. Eje 2: Formación y Empoderamiento (El “Cómo”)

Objetivo: Capitalizar la alta motivación y la buena autopercepción de competencia digital del personal asistencial, dotándoles de las herramientas y la confianza necesarias para minimizar el impacto operativo. (*Knowledge* y *Ability* en ADKAR).

- **Acción 2.1: Plan de Formación Personalizado por roles**
 - **Qué hacer:** Diseñar módulos adaptados a medicina, enfermería y TIC basados en flujos de trabajo reales.
 - **Por qué:** Ataca directamente la principal preocupación asistencial: que la herramienta no se adapte a su forma de trabajar y les haga perder tiempo.
 - **Responsable:** Unidad de Formación + Coordinadores clínicos.
 - **Indicador:** % de profesionales formados por rol; satisfacción >80% en evaluación post-formación.
 - **Plazo:** Corto plazo (previo al arranque en cada servicio).

- **Acción 2.2: Red de “Superusuarios” o “Campeones del Cambio”**
 - **Qué hacer:** Identificar en cada servicio a profesionales asistenciales con altas competencias digitales y motivación. Ofrecerles formación avanzada y empoderarlos como el primer nivel de soporte para sus compañeros.
 - **Por qué:** Crea una red de apoyo horizontal que sea más accesible y creíble, abordando la percepción de que falta una cultura de cambio sólida a nivel de equipo.
 - **Responsable:** Dirección Médica y de Enfermería.
 - **Indicador:** Núm. de superusuarios activos / servicio; núm. de incidencias resueltas sin escalar a TIC.
 - **Plazo:** Medio plazo (arranque piloto y despliegues progresivos).

11.3. Eje 3: Soporte Operativo y Técnico (El “Con Qué”)

Objetivo: Reducir las preocupaciones operativas (sobrecarga, problemas técnicos) del personal asistencial y responder a la percepción directiva sobre la suficiencia de los recursos (*Facilitating Conditions* en UTAUT).

- **Acción 3.1: Implementación Fásica con Soporte Intensivo (“Hypercare”)**

- **Qué hacer:** Desplegar la HCU por fases (servicio a servicio o centro a centro). Durante la primera semana de cada despliegue, asignar un equipo de soporte técnico y de procesos presente físicamente en la unidad para resolver incidencias en tiempo real.
- **Por qué:** Reduce drásticamente la curva de aprendizaje y la frustración inicial, demostrando con hechos que la organización está invirtiendo los recursos necesarios para que el cambio funcione.
- **Responsable:** Servicio TIC + Coordinación Hospitalaria.
- **Indicador:** Núm. de incidencias resueltas en < 24 h; reducción progresiva de incidencias en semanas 2-4.
- **Plazo:** Medio plazo (cada fase de despliegue).

- **Acción 3.2: Talleres de Codiseño de Flujos de Trabajo**

- **Qué hacer:** Antes de la implantación en un servicio, realizar talleres prácticos con el personal para mapear sus procesos actuales y adaptarlos a la nueva herramienta. Estos talleres deben ir más allá de la simple adaptación, han de servir para identificar y eliminar tareas obsoletas heredadas del sistema anterior, generando mejoras inmediatas de eficiencia.
- **Por qué:** Da al personal asistencial un rol activo en el diseño de su futuro entorno de trabajo, transformando la resistencia en colaboración y asegurando que la herramienta se adapte a la realidad clínica. Además, al simplificar procesos y eliminar tareas innecesarias, se consigue un “quick win” de eficiencia que contrarresta el miedo al aumento de la carga documental y refuerza la confianza en el cambio.

- **Responsable:** Oficina de Proyecto HCU + mandos intermedios clínicos.
- **Indicador:** Núm. de flujos validados por profesionales antes del arranque y núm. de tareas obsoletas eliminadas en el rediseño.
- **Plazo:** Corto plazo (fase previa en cada unidad/servicio).

11.4. Eje 4: Gestión de la Resistencia y Cultura Organizacional (El “Para Quién”)

Objetivo: Abordar proactivamente la resistencia percibida por los directivos, entendiendo sus causas en las preocupaciones operativas (*Reinforcement* en ADKAR; pasos 7-8 en Kotter).

- **Acción 4.1: Creación de un “Panel de Mitos y Realidades”**

- **Qué hacer:** Habilitar un espacio (físico y digital) donde se recojan de forma anónima los miedos y rumores (ej. “tardaremos el doble en pasar consulta”). El equipo directivo debe dar respuesta pública y transparente a cada punto.
- **Por qué:** Transforma la resistencia subterránea en un diálogo constructivo, demostrando que no hay temas tabú y que las preocupaciones son legítimas
- **Responsable:** Dirección de Hospital + Comunicación.
- **Indicador:** Núm. de mitos planteados/resueltos; percepción de transparencia en encuestas.
- **Plazo:** Corto y medio plazo (desde la fase piloto hasta la expansión).

- **Acción 4.2: Celebración de Hitos y Reconocimiento**

- **Qué hacer:** Establecer un sistema para reconocer públicamente a los equipos e individuos que mejor se adapten, que propongan mejoras o que ayuden a sus compañeros.
- **Por qué:** Refuerza positivamente las conductas deseadas y crea una narrativa de éxito en torno al proyecto, ayudando a construir la cultura de gestión del cambio que ambos grupos consideran clave.

- **Responsable:** Dirección de Recursos Humanos + Dirección Médica.
- **Indicador:** Núm. de reconocimientos entregados; testimonios recogidos.
- **Plazo:** Medio y largo plazo (tras cada fase de despliegue).

El plan de acción sugerido no solo responde a las percepciones diferenciadas entre directivos y personal asistencial, sino que traduce los datos obtenidos en un conjunto de medidas concretas, con responsables definidos, plazos y mecanismos de evaluación. La integración de marcos teóricos de gestión del cambio (ADKAR, Kotter, UTAUT) aporta una base metodológica sólida que refuerza su validez académica y su aplicabilidad práctica.

Eje	Acción	Responsable	Indicador	Plazo	Marco teórico
Comunicación Estratégica y Alineamiento (El 'Por qué')	Campaña de Comunicación 'Beneficio Real': materiales (infografías, vídeos, testimonios) mostrando beneficios concretos de la HCU.	Unidad de Comunicación + Dirección Médica	% de profesionales que reconocen haber recibido información clara sobre beneficios (encuesta interna)	Corto plazo (antes del piloto)	ADKAR: Awareness; Kotter: pasos 1-4
Comunicación Estratégica y Alineamiento (El 'Por qué')	Liderazgo Visible y Cercano: sesiones de preguntas y respuestas con directivos en servicios críticos.	Dirección de Hospital + Gerencia	Núm. de sesiones realizadas y nivel de satisfacción de los asistentes	Corto y medio plazo (previo y durante el despliegue)	ADKAR: Awareness; Kotter: Liderar el cambio
Formación y Empoderamiento (El 'Cómo')	Plan de Formación Personalizado por Roles: módulos adaptados a medicina, enfermería y TIC basados en flujos reales.	Unidad de Formación + Coordinadores clínicos	% de profesionales formados por rol; satisfacción >80% en evaluación post-formación	Corto plazo (previo al arranque en cada servicio)	ADKAR: Knowledge + Ability
Formación y Empoderamiento (El 'Cómo')	Red de Superusuarios: identificar perfiles motivados, darles formación avanzada y rol de soporte de primer nivel.	Dirección Médica y de Enfermería	Núm. de superusuarios activos por servicio; incidencias resueltas sin escalar a TIC	Medio plazo (piloto y despliegues progresivos)	ADKAR: Ability; Kotter: generar quick wins
Soporte Operativo y Técnico (El 'Con Qué')	Implementación Fásica con Soporte Intensivo ('Hypercare'): despliegue progresivo con equipos presentes la primera semana.	Subdirección TIC + Coordinación Hospitalaria	Núm. de incidencias resueltas en < 24 h; reducción progresiva semanas 2-4	Medio plazo (cada fase de despliegue)	UTAUT: Facilitating Conditions

Eje	Acción	Responsable	Indicador	Plazo	Marco teórico
Soporte Operativo y Técnico (El 'Con Qué')	Talleres de Codiseño de Flujos de Trabajo: mapear procesos actuales y adaptarlos antes de la implantación.	Oficina de Proyecto HCU + Mandos intermedios clínicos	Núm. de flujos validados por profesionales antes del arranque y núm. de tareas obsoletas eliminadas en el rediseño.	Corto plazo (fase previa en cada servicio)	Kotter: pasos 5-6; ADKAR: Ability
Gestión de la Resistencia y Cultura Organizacional (El 'Para Quién')	Panel de Mitos y Realidades: espacio físico y digital para recoger miedos/rumores y responder públicamente.	Dirección de Hospital + Comunicación	Núm. de mitos planteados/resueltos; percepción de transparencia en encuestas	Corto y medio plazo (desde piloto a expansión)	ADKAR: Reinforcement; Kotter: paso 4 comunicación continua
Gestión de la Resistencia y Cultura Organizacional (El 'Para Quién')	Celebración de Hitos y Reconocimiento: sistema para destacar equipos e individuos que se adapten mejor.	Dirección RR. HH. + Dirección Médica	N.º de reconocimientos entregados; testimonios recogidos	Medio y largo plazo (tras cada fase de despliegue)	ADKAR: Reinforcement; Kotter: pasos 7-8 consolidar y anclar cambios

Tabla 4: Resumen de Plan de Acción

12. Conclusiones Clave

Este estudio ha permitido realizar un diagnóstico sobre la preparación para el cambio en la sanidad valenciana ante la implantación de la Historia Clínica Única, revelando una serie de conclusiones fundamentales para guiar el proceso con éxito.

- La Motivación es el principal motor del cambio, no la competencia digital. El factor más determinante para la predisposición a cambiar la práctica asistencial es la motivación intrínseca de los profesionales. Contrario a lo que podría suponerse, una alta competencia digital no se asocia directamente con una mayor motivación. Sin embargo, la habilidad digital actúa como un factor protector clave, reduciendo significativamente la percepción de sobrecarga y la ansiedad tecnológica.
- Existen dos mentalidades claras: la “Oportunidad” y la “Amenaza”. El personal asistencial no se divide por su rol o su habilidad tecnológica, sino por su mentalidad. Por un lado, un grupo ve la HCU como una oportunidad, centrándose en los beneficios y confiando en el soporte organizacional. Por otro lado, un grupo la percibe como una amenaza, dominado por un bloque de miedos interconectados: pérdida de tiempo con el paciente, aumento de la carga documental y problemas técnicos.
- Hay una brecha crítica de percepción entre Directivos y Asistenciales. El estudio evidencia una desconexión fundamental: mientras los directivos se centran en la visión estratégica, el alineamiento del proyecto y la resistencia cultural como principales barreras, el personal asistencial está preocupado por el impacto operativo inmediato en su trabajo diario. El éxito de la implantación dependerá de la capacidad de la organización para cerrar esta brecha.
- Para el personal directivo, el “Por qué” estratégico lo es todo. El factor más influyente para el compromiso de los directivos es la percepción de que la HCU está alineada con la estrategia del departamento. Cuando este alineamiento es claro, aumenta su confianza en los beneficios del proyecto, en la disponibilidad de recursos y en la capacidad de liderar el cambio. El compromiso personal del

directivo es indispensable y está directamente ligado a su autopercepción de estar preparado para gestionar el reto.

- La experiencia previa y la confianza en el soporte son facilitadores clave. Los profesionales que ya han utilizado otros sistemas de historia clínica electrónica muestran una disposición al cambio significativamente mayor. Además, la confianza en que habrá un soporte organizacional robusto, un buen plan de formación y un acompañamiento institucional visible, se correlaciona directamente con una mayor motivación y una actitud más positiva hacia la HCU.
- Una estrategia de Cambio “Talla Única” no funcionará. El éxito no depende tanto de la tecnología en sí, sino de una estrategia de gestión del cambio adaptativa que aborde las barreras específicas de cada perfil. Esta estrategia debe comunicar los beneficios estratégicos (el “por qué” que moviliza a los directivos) de una forma que resuelva las preocupaciones operativas (el “cómo” que preocupa al personal asistencial), asegurando un liderazgo visible y un soporte cercano y efectivo.
- Los resultados evidencian que la percepción de recursos disponibles —humanos y tecnológicos— actúa como un eje determinante en la preparación organizativa para la implantación de la HCU. La alta correlación entre ambas dimensiones sugiere que los directivos tienden a interpretar las carencias de manera sistémica: si se perciben limitaciones en un ámbito, estas se proyectan también sobre el otro. De este hallazgo se desprende que garantizar y comunicar de forma explícita la suficiencia de recursos no es únicamente una cuestión logística, sino un requisito estratégico de gestión del cambio: reduce resistencias, aumenta la credibilidad del proyecto y fortalece la percepción de viabilidad entre los perfiles directivos y, por extensión, en el resto de profesionales implicados. En este sentido, asegurar recursos suficientes exige tanto una adecuada planificación de medios como una gestión activa de la percepción, mediante comunicación transparente, refuerzos visibles y la obtención de resultados tempranos que consoliden la confianza.

- La percepción de obstáculos y apoyos es compartida independientemente del género. Las resistencias y facilitadores identificados responden a factores organizativos y contextuales más que a características sociodemográficas individuales.

13. Referencias

1. Generalitat Valenciana. El Consell autoriza la contratación del servicio para la implantación de la historia clínica única en la sanidad pública valenciana [Internet]. Comunica GVA; 2024 [citado 27 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://comunica.gva.es/es/detalle?id=393198844&site=373422400>
2. Boonstra, A., Versluis, A. & Vos, J.F.J. Implementing electronic health records in hospitals: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* **14**, 370 (2014). Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-370>
3. Pradere E, de la Puerta ME, Taliente MG, Goytisolo F, Tovar MC. ¡Irresistible! Cómo gestionar el cambio en salud digital [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2022 [citado 27 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://publications.iadb.org/es/irresistible-como-gestionar-el-cambio-en-salud-digital>
4. Oviedo AM, Gonzalez-Argote J. Factores asociados con la resistencia a la implementación de la historia clínica electrónica. *Rev. cuba. med. mil* [Internet]. 26 de septiembre de 2022 [citado 27 de septiembre de 2025];51(4):e02202094. Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2094>
5. Pradere E. ¿Tienes un proyecto de salud digital? La gestión del cambio es tu mejor aliada [Internet]. Abierto al Público. 2022 oct 25 [citado 27 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://blogs.iadb.org/salud/es/gestion-del-cambio/>
6. Arabi YM, Al Ghamdi AA, Al-Moamary M, Al Mutrafy A, AlHazme RH, Al Knawy BA. Electronic medical record implementation in a large healthcare system from a leadership perspective. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2022 Mar 15;22(1):66. doi: 10.1186/s12911-022-01801-0. PMID: 35292008; PMCID: PMC8922058.
7. Barrow JM, Annamaraju P. Change Management In Health Care. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022

- [actualizado el 18 de septiembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459380/>
8. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Caron J, Pagé M, et al. A unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) in a consumer context for EHR portal adoption. J Med Internet Res [Internet]. 2016 Mar [citado 26 Ago 2025];18(3):e49. Disponible en:
<https://www.jmir.org/2016/3/e49/>
 9. Corral Gudino L, et al. Aceptación de herramientas de comunicación en el ámbito de trabajo. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1138359318303290&r=40>
 10. Orihuela Pérez, I. La gestión del cambio al nuevo hospital. Estudio sobre barreras y facilitadores con relación a los profesionales en un hospital público. Lascasas [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0209.pdf>
 11. Mestre-Martí MS, Ferrer-Llopis P. La teoría unificada de aceptación y uso de la tecnología (UTAUT) en sistemas de información en salud: una revisión bibliográfica. Bordon [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/97600/76035>
 12. Europa Press. La Estrategia de Salud Digital invertirá 235 millones hasta 2027 para fortalecer el sistema con nuevas tecnologías [Internet]. 29 Oct 2024 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-estrategia-salud-digital-invertira-235-millones-2027-fortalecer-sistema-nuevas-tecnologias-20241029133341.html>
 13. Finnegan H, Mountford N. 25 Years of Electronic Health Record Implementation Processes: Scoping Review. J Med Internet Res [Internet]. 2025 Mar 3 [citado 2025 Sep 27];27:e60077. Disponible en:
<https://www.jmir.org/2025/1/e60077>
 14. Arabi YM, Al Ghamdi AA, Al-Moamary M, Al Mutrafy A, AlHazme RH, Al Knawy BA. Electronic medical record implementation in a large

- healthcare system from a leadership perspective. BMC Med Inform Decis Mak. 2022 Mar 15;22(1):66. doi: 10.1186/s12911-022-01801-0. PMID: 35292008; PMCID: PMC8922058.
15. Presidencia del Gobierno. La historia clínica interoperable del Sistema Nacional de Salud ya está disponible en la Carpeta Ciudadana [Internet]. Madrid: Presidencia del Gobierno; 2023 [consultado el 27 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/paginas/2023/130723-carpeta-ciudadana-historia-clinica.aspx>
16. Lasso Fernández de Córdoba JF, Lasso Cisneros MP, Fernández AL, Agostinelli MS, Arias López MP, Urrutia MA, et al. La experiencia de implementar una historia clínica electrónica en siete centros en menos de un año. Metro Ciencia [Internet]. 2021 Sep 30 [citado el 27 de septiembre de 2025];29(2):32-8. Disponible en:
<https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/203>
17. Touchpoint Medical. Resistencia al cambio: cómo los ADC redujeron el miedo y la ansiedad en las enfermeras [consultado el 27 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://es.touchpointmed.com/blog/post/resistance-change-how-adcs-reduced-fear-and-anxiety-nurses>
18. Gobierno de España, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría General de Administración Digital. Sede Electrónica del Punto de Acceso General. FORMA: Sistema de creación de formularios para publicación web [Internet]. Madrid: Secretaría General de Administración Digital; [consultado el 26 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://forma.administracionelectronica.gob.es/form/open/corp/e22be5b0-4cf1-43a4-8bd9-33184c0c0f67/iGDx>
19. Ministerio de Sanidad. La Estrategia de Salud Digital 2021-2026 [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Presentacion_avance_s_de_la_Estrategia_de_Salud_Digital_web.pdf

20. Gabinete de comunicación. Sanidad escoge la ASI Valencia-Oeste para iniciar el proyecto de implantación de la Historia Clínica Única en toda la Comunitat [Internet]. Blog de comunicación Valencia - Hospital General; 12 Jun 2025 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://blog.general-valencia.san.gva.es/sanidad-escoge-la-asi-valencia-oeste-para-iniciar-el-proyecto-de-implantacion-de-la-historia-clinica-unica-en-toda-la-comunitat/>
21. Sanofi Campus. Ebook Sanofi Health Tech [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://pro.campus.sanofi/dam/Portal/Spain/recursos/diabetes/health-tech-tecnologias-servicio-la-salud/Ebook-Campus-Sanofi-Health-Tech--1-.pdf>
22. Williams L. La tasa de adopción de HCE aumenta, pero los desafíos continúan [Internet]. eHealth Reporter; [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://ehealthreporter.com/la-tasa-de-adopcion-de-hce-aumenta-pero-los-desafios-continuan/>
23. Observatorio Economía y Salud. 2º informe Observatorio Economía y Salud [Internet]. 2023 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
http://centroestudiospoliticaspublicas.com/observatorios/economia-salud/wp-content/uploads/2023/04/230214_2o-informe-Observatorio-Economia-y-Salud.pdf
24. Generalitat Valenciana. Servicio de Aseguramiento Sanitario y Sistema de Información Poblacional [Internet]. GVA.ES; [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
https://www.gva.es/es/inicio/atencion_ciudadano/buscadores/departamentos/detalle_departamentos?id_dept=24094
25. La Administración al Día. Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad [Internet]. 16 Ago 2023 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1236255>

26. Lucidchart. 7 Modelos de Gestión del Cambio [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.lucidchart.com/blog/es/7-modelos-de-gestion-del-cambio>
27. Heflo. Modelos de Gestión del Cambio: El Plano para Liderar una Transformación Exitosa [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.heflo.com/es/blog/modelos-gestion-del-cambio>
28. Consuunt. ¿Qué es el Modelo de 8 Pasos de Kotter? [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.consuunt.es/modelo-de-8-pasos-de-kotter/>
29. Fuad A. UTAUT for HSS: initial framework to study health IT adoption in the developing countries. F1000Res [Internet]. 2018 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6069728/>
30. Prosci. Conocimiento – El modelo ADKAR de Prosci [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.prosci.com/es/blog/articulo-conocimiento-el-modelo-adkar-d-e-prosci>
31. ClickUp. Modelo ADKAR: la guía de gestión del cambio para principiantes [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://clickup.com/es-ES/blog/223742/modelo-adkar>
32. iseazy. Modelo ADKAR [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.iseazy.com/es/blog/modelo-adkar/>
33. Arza G. Validación de la UTAUT en el ámbito de las CCEE de salud mental [Internet]. TFM Universitat Oberta de Catalunya; [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/19284/6/arzaTFM0213memoria.pdf>
34. Corral Gudino L, et al. Aceptación de herramientas de comunicación en el ámbito de trabajo. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1138359318303290&r=40>

35. Mestre-Martí MS, Ferrer-Llopis P. La teoría unificada de aceptación y uso de la tecnología (UTAUT) en sistemas de información en salud: una revisión bibliográfica. Bordon [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/97600/76035>
36. Factores asociados con la resistencia a la implementación de la historia clínica electrónica [Internet]. ResearchGate; 2022 [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/363841118_Factores_asociados_con_la_resistencia_a_la_implementacion_de_la_historia_clinica_electronica
37. Organización Internacional del Trabajo. La gestión del cambio en el mundo del trabajo [Internet]. [citado 26 Ago 2025]. Disponible en:
https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_734829.pdf

14. Anexos

14.1. Anexo I: Cuestionario del Estudio

Título: Gestión del Cambio ante la Implantación de la Historia Clínica Única (HCU)

Introducción

Este cuestionario está diseñado para recoger la percepción, preocupaciones, nivel de competencia y necesidades de soporte de los profesionales sanitarios, TIC y directivos en relación con la implantación de la nueva Historia Clínica Única (HCU) en la Comunidad Valenciana.

Está dirigido a gestores, profesionales sanitarios y TIC que desarrollan su trabajo en los centros asistenciales de la Comunidad Valenciana. Por favor, te pedimos respuestas de manera sincera y aportando la máxima información posible.

El objetivo del cuestionario es recoger las percepciones de profesionales sanitarios, TIC y directivos sobre la preparación para el cambio a nivel individual y de departamento del proyecto de la nueva HCU. Este forma parte de un trabajo de fin de Máster en Dirección de Sistemas y TIC de la salud en Digitalización sanitaria 2024-25 del Instituto de salud Carlos III.

La duración estimada del cuestionario es de 10 minutos.

Confidencialidad y Consentimiento

Este cuestionario es de carácter voluntario, anónimo y confidencial. El uso de los datos recogidos será utilizado de forma confidencial y con fines académicos como parte del Trabajo Fin de Máster. Al contestar el cuestionario estás otorgando tu consentimiento para la explotación de los datos con ese fin.

1. **Otorgo mi consentimiento a tales fines.*** (Selección única)

- ☐ SI
- ☐ NO

I. Datos Demográficos y Contexto Laboral

2. **Rol profesional** (Selección múltiple)

- ☐ Médico/a
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Matrón/a
- ☐ Dirección/subdirección médica

- Dirección/subdirección enfermería
- Dirección/subdirección económica
- Gerencia
- Personal TIC
- Otras
- 3. **Relación laboral** (Selección única)
 - Eventual
 - Fija
- 4. Departamento de Salud* (Selección única)
(Se listan los diferentes departamentos de salud de la Comunidad Valenciana)
- 5. **Años de experiencia en el sistema de salud valenciano*** (Respuesta numérica)
- 6. **Género** (Selección única)
 - Mujer
 - Hombre
 - Binario
 - Prefiero no decir
- 7. **Edad** (Selección única)
 - 18-25
 - 26-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56-65
 - > 65
- 8. **Área asistencial*** (Selección múltiple)
 - Hospitalización
 - Urgencias
 - Consultas externas
 - Bloque quirúrgico
 - UHD
 - Otras
- 9. **Estudios*** (Selección múltiple)
 - Grado
 - Máster
 - Doctorado
 - Otras
- 10. **Tipo perfil (según lo que elijas te llevará a preguntas diferentes)***
(Selección única)
 - Asistencial - Gestión - TIC (incluidos mandos intermedios)
 - Directivo (Directores/as y subdirecciones)

II. Factores individuales r/c uso previo de la Historia clínica y competencia digital

11. **¿Cuál consideras que es tu nivel de competencia digital actual?***
(Selección única)
- Alto: uso avanzado de herramientas digitales
 - Medio: uso habitual con algunas limitaciones
 - Bajo: manejo básico con necesidad de apoyo
 - Muy bajo: escasa familiaridad con herramientas digitales
12. **¿Has utilizado anteriormente al puesto de trabajo actual otros sistemas de Historia Clínica Electrónica?*** (Selección única)
- Si
 - No
13. **¿Con qué frecuencia utilizas el sistema actual de historia clínica electrónica (IRIS, HIGIA, Orion-Clinic, SIA, etc.) en tu centro?***
(Selección única)
- A diario en casi todas mis tareas.
 - Varias veces por semana.
 - Puntualmente, según necesidad.
 - Nunca
14. **¿Cuál es tu nivel de satisfacción con la Historia clínica electrónica actual que se maneja en los centros asistenciales?*** (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Nada satisfecho/a” a 10 “Muy satisfecho/a”)
15. **¿Conoces el proyecto de Historia Clínica Única (HCU) que se va a implantar en la Comunidad Valenciana?*** (Selección única)
- Sí, con bastante detalle. He participado en la elaboración del pliego.
 - Sí, pero de forma general.
 - He oído hablar de ello, pero no tengo información clara.
 - No, no tengo conocimiento del proyecto.

III. Conciencia y Deseo

16. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- Creo necesaria la implantación de la nueva Historia Clínica Única.
 - Estoy totalmente motivado/a para participar activamente en el proceso de cambio para la implantación de la HCU.
 - Estoy dispuesto/a a cambiar mi actual forma de trabajar para facilitar la adaptación a la nueva HCU.

IV. Expectativas sobre la Tecnología

17. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- El uso de la nueva HCU mejorará la calidad asistencial en mi trabajo diario (ej. facilitando la toma de decisiones, reduciendo errores, etc.).
 - El uso de la nueva HCU agilizará los procesos y el acceso a la información que tengo en la actualidad.
 - El uso de la nueva HCU mejorará el acceso y la comunicación de los ciudadanos con el sistema sanitario.
 - Considero que el uso de la nueva HCU me resultará sencillo de aprender, incluso si no tengo experiencia previa con sistemas similares.
 - El proceso de implantación de la nueva HCU creo que supondrá una sobrecarga en mi trabajo diario.
 - Considero que la nueva HCU mejorará la coordinación entre niveles asistenciales (primaria, especializada, urgencias, salud pública, social, etc.).
-

V. Factores Ambientales y de Soporte

18. En las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- Considero que mis compañeros y mis superiores apoyarán activamente la implantación de la nueva HCU.
 - Considero que en mi Departamento existe una cultura de gestión del cambio que facilitará la formación y adopción de la nueva HCU.
 - Considero que en mi Departamento existe un soporte técnico necesario para realizar el cambio.
19. **¿Qué tipo de formación consideras necesaria para la implantación en tu Departamento de la nueva HCU?*** (Selección única)
- Presencial práctica con simulaciones reales
 - Online con recursos interactivos
 - Mixta (presencial + online)
 - No necesito formación adicional
20. **¿Qué nivel de soporte técnico piensas que sería necesario para la implantación en tu Departamento de la nueva HCU?*** (Selección única)
- Soporte presencial continuo durante la implantación

- Soporte presencial durante la implantación y telefónico tras la implantación
- Soporte telefónico o remoto accesible en todo momento
- Soporte puntual según incidencias
- No necesito soporte técnico

21. **¿Cuál sería el cronograma ideal de implementación?*** (Selección única)

- Implantación progresiva por áreas
- Implantación progresiva con pilotaje previo en algunos servicios
- Implantación total, tipo big-bang, una vez validados todos los circuitos
- Indiferente, si hay formación y soporte
- Otras

22. **¿Qué recursos adicionales necesitarías?*** (Selección múltiple)

- Tiempo protegido para formación
- Refuerzo de personal durante el cambio
- Materiales y guías prácticas
- Personal de presencia física ante incidencias en la implantación inicial
- Ninguno adicional
- Otras

VI. Barreras y Facilitadores Abiertos

23. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

- Creo que un plan de formación sobre la nueva HCU facilitará su implantación.
- Considero que el acompañamiento institucional en mi Departamento puede facilitar la implantación de la HCU.
- Confío que el avance y la madurez de las tecnologías actuales facilitarán el uso de una manera más eficaz de la HCU.
- Las limitaciones de Abucasis - SIA / Orion Clinic / Otro hacen necesario avanzar hacia una HCU unificada.
- Creo que al inicio la HCU reducirá el tiempo que puedo dedicar a la atención directa de los pacientes.
- Me preocupa el posible aumento del tiempo de documentación con la implantación de la HCU.
- Creo que los posibles problemas técnicos pueden ser una barrera en el uso de la HCU.
- Me preocupa que la HCU no se adecue a los flujos de trabajo actuales.

- Me preocupan la seguridad y la privacidad de los datos en la implantación de la HCU.
- Me preocupa que la HCU sea una sobrecarga a mi labor asistencial durante el proceso de implantación, hasta que me habitúe a su uso.
- Me preocupa que el nuevo sistema no sea lo suficientemente rápido o fácil de usar en mi práctica diaria.
- Temo que la implantación de la HCU limite mi autonomía en la toma de decisiones clínicas o aumente la supervisión sobre mi trabajo.
- Me preocupa que el nuevo sistema no tenga las funcionalidades que tengo con el actual.
- El sistema actual de HCE en mi entorno (Abucasis - SIA / Orion Clinic / Otro) me resulta eficaz para mi práctica clínica.
- He experimentado dificultades técnicas o de usabilidad relevantes con los sistemas actuales.
- Pienso que la resistencia de algunos compañeros puede dificultar la implantación de la HCU.

Cuestionario para Perfil: Directivo

II. Factores individuales r/c uso previo de la Historia clínica y competencia digital

24. ¿Cuál consideras que es tu nivel de competencia digital actual?*

(Selección única)

- Alto: uso avanzado de herramientas digitales
- Medio: uso habitual con algunas limitaciones
- Bajo: manejo básico con necesidad de apoyo
- Muy bajo: escasa familiaridad con herramientas digitales

25. ¿Has utilizado anteriormente al puesto de trabajo actual otros sistemas de Historia Clínica Electrónica?* (Selección única)

- Sí
- No

26. ¿Conoces el proyecto de Historia Clínica Única (HCU) que se va a implantar en la Comunidad Valenciana? (Selección única)

- Sí, con bastante detalle. He participado en la elaboración del pliego.
- Sí, pero de forma general.
- He oído hablar de ello, pero no tengo información clara.
- No, no tengo conocimiento del proyecto.

III. Visión Estratégica y Sentido de Urgencia

27. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- En mi Departamento existe una conciencia clara de la necesidad de implantar la HCU.
 - La dirección del hospital comparte una visión común con los objetivos de la HCU.
 - Considero que la implantación de la HCU está alineada con la estrategia de mi Departamento.
 - Creo necesaria la implantación de la nueva HCU.
 - Estoy totalmente motivado/a para participar en el proceso de impulso al cambio para la implantación de la HCU en mi Departamento.
28. ¿Qué nivel de prioridad consideras que tiene la implantación de la HCU en tu Departamento frente a otros proyectos?* (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Nada prioritario” a 10 “Muy prioritario”)
29. **Ordena por la prioridad que consideras deberían tener los siguientes proyectos en relación con la implantación de la Historia Clínica Única (HCU)*** (Pregunta de ordenación/ranking)
- Telemonitorización
 - CRM (gestión de la relación con pacientes/ciudadanía)
 - Incorporación de Inteligencia Artificial (IA) para ayuda al diagnóstico.
 - Historia Clínica Única (HCU)
 - Otros proyectos de mi Departamento de salud
30. **En caso de dar una mayor prioridad a otros proyectos de tu departamento, indica cuáles son** (Respuesta abierta)
-

IV. Liderazgo, Comunicación y Cultura

31. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- Considero que el grado de madurez digital actual de mi Departamento es elevado.
 - Creo que la implantación de la HCU está alineada con los valores y la cultura asistencial de mi Departamento.
 - Conozco el modelo de gobernanza previsto para la implantación de la HCU.
 - La dirección de mi Departamento se ha planteado elaborar un plan de gestión del cambio específico para la HCU.

- Siento que mi opinión será tenida en cuenta durante la implantación de la HCU.
- En mi centro se fomenta la participación de los profesionales en los proyectos de transformación digital.

32. **¿Qué tipo de estrategias de liderazgo y el compromiso por parte de la dirección consideras necesarias en este proyecto?*** (Selección múltiple)

- Constitución de comité multidisciplinar que lidere el proyecto.
- Grupos de trabajo por áreas asistenciales.
- Plan de capacitación por perfiles y por servicios.
- Nombramiento de un Responsable de Proyecto de HCU en el Departamento con dedicación plena.
- Implicación activa de líderes clínicos de referencia (jefes de servicio, supervisores, coordinadores).
- No lo tengo claro.
- Otras

33. **¿Cómo valoras la claridad y frecuencia de la comunicación del proyecto hacia profesionales asistenciales y no asistenciales?*** (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Nada positivo” a 10 “Muy positivo”)

V. Compromiso con el Cambio

34. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

- Considero que mi Departamento está preparado para el cambio que supondrá la nueva HCU.
- Creo que la dirección es consciente de que la nueva HCU va a requerir cambiar los procesos y forma de trabajar en bastantes ámbitos del Departamento.
- Considero que la dirección y los mandos intermedios muestran un alto nivel de compromiso con la implantación de la HCU.
- Percibo que los equipos clínicos y no clínicos muestran buena disposición a adoptar la HCU.

VI. Capacidad Organizativa para el Cambio

35. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

- Considero que disponemos de las competencias y apoyo necesario en la dirección en mi Departamento para la implantación de la nueva HCU.
- Considero que el Departamento dispone de los recursos humanos suficientes para la puesta en marcha del proyecto.
- Considero que el Departamento dispone de recursos tecnológicos y organizativos propios adecuados (infraestructura, conectividad, interoperabilidad) para implantar la HCU con éxito.
- Confío en que la organización tiene la capacidad de resolver los problemas técnicos y organizativos que puedan surgir durante la implantación.

VII. Expectativas sobre la Tecnología

36. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

- El uso de la nueva HCU mejorará la calidad asistencial en mi Departamento (ej. facilitando la toma de decisiones, reduciendo listas de espera, optimizando procesos, etc.).
- El uso de la nueva HCU agilizará los procesos y el acceso a la información.
- El uso de la nueva HCU mejorará el acceso y la comunicación de los ciudadanos con el sistema sanitario.
- Considero que la nueva HCU mejorará la coordinación entre niveles asistenciales (primaria, especializada, urgencias, salud pública, social, etc.).

VIII. Factores Ambientales y de Soporte

37. En las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

- Considero que mi equipo directivo apoyará activamente la implantación de la nueva HCU.
- Considero que en mi Departamento de salud existe una cultura de gestión del cambio que facilitará la formación y el soporte técnico necesarios para usar la nueva HCU.

38. **¿Qué tipo de formación consideras necesaria para la implantación en tu Departamento de la nueva HCU?*** (Selección única)

- Presencial práctica con simulaciones reales
- Online con recursos interactivos
- Mixta (presencial + online)

- No necesito formación adicional
- 39. **¿Qué nivel de soporte técnico piensas que sería necesario para la implantación en tu Departamento de la nueva HCU?*** (Selección única)
 - Soporte presencial continuo durante la implantación
 - Soporte telefónico o remoto accesible en todo momento
 - Soporte puntual según incidencias
 - No necesito soporte técnico
- 40. **¿En qué momento del año sería más adecuado implantar la HCU en tu departamento?*** (Selección única)
 - Enero a marzo
 - Abril a junio
 - Julio a septiembre
 - Octubre a diciembre
- 41. **¿Cuál sería el cronograma ideal de implementación?*** (Selección única)
 - Implantación progresiva por áreas
 - Implantación progresiva con pilotaje previo en algunos servicios
 - Implantación total, tipo big-bang
 - Indiferente, si hay formación y soporte
 - Otras
- 42. **¿Qué recursos adicionales necesitarías?*** (Selección múltiple)
 - Tiempo protegido para formación
 - Refuerzo de personal durante el cambio
 - Materiales y guías prácticas
 - Personal de soporte de presencia física ante incidencias en la implantación inicial
 - Ninguno adicional
 - Otras
- 43. **¿Qué grupos de interés externos deberían implicarse?*** (Selección múltiple)
 - Colegios profesionales
 - Sindicatos
 - Sociedades científicas
 - Institutos de investigación biomédica
 - Asociaciones de pacientes
 - Otras
- 44. **¿En qué fase de la implantación de la HCU consideras que tu Departamento debería abordar el cambio?*** (Selección única)
 - Fase piloto
 - Primera fase
 - Segunda fase
 - Tercera fase
 - Fase final

IX. Barreras y Facilitadores Abiertos

45. De las siguientes afirmaciones, marca el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas* (Pregunta de escala - selección única por afirmación)
(Escala: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)
- Confío que el avance y la madurez de las tecnologías actuales facilitarán el uso de una manera más eficaz de la HCU.
 - Creo que un plan de formación sobre la nueva HCU facilitará su implantación.
 - Considero que el acompañamiento institucional en mi Departamento puede facilitar la implantación de la HCU.
 - Creo que los posibles problemas técnicos o la lentitud del sistema pueden ser una barrera en el uso de la HCU.
 - Pienso que la resistencia al cambio de los profesionales puede dificultar la implantación de la HCU.
 - Me preocupa el posible aumento del tiempo de documentación con la implantación de la HCU.
 - Siento temor ante el cambio organizacional que supone la implantación de la HCU.
 - Me preocupa que la HCU no se adecue a los flujos de trabajo actuales.
 - Me preocupan la seguridad y la privacidad de los datos en la implantación de la HCU.
-

X. Valoración global

46. ¿Cómo percibes el nivel de complejidad para la implantación de los departamentos de la nueva HCU?* (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Mínima complejidad” a 10 “Máxima complejidad”)
47. ¿Consideras que la Conselleria de Sanidad como organización está preparada para afrontar el cambio de historia clínica local a historia clínica única centralizada?* (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Nada preparada” a 10 “Muy preparada”)
48. A nivel personal, como directivo/a, ¿cómo te ves de preparado/a para la gestión de este cambio en tu Departamento?* (Pregunta de escala - selección única)
(Escala de 0 “Nada preparado” a 10 “Muy preparado”)
49. **¿Qué inquietudes/aportaciones/sugerencias sobre la HCU quieres realizar?** (Respuesta abierta)

Sugerencias Finales

50. **Indícanos si tienes alguna sugerencia sobre las preguntas realizadas** (Respuesta abierta)
51. **Indícanos si añadirías alguna pregunta más** (Respuesta abierta)

15. Índice de tablas

Tabla 1: Estructura del Cuestionario.....	33
Tabla 2: Hipótesis, Variables y Pruebas Estadísticas.....	36
Tabla 3: Resumen de Comprobación de Hipótesis.....	49
Tabla 4: Resumen de Plan de Acción.....	59

16. Índice de gráficos

Gráfico 1: Actitud general y motivación hacia la HCU.....	38
Gráfico 2: Beneficios percibidos de la HCU.....	39
Gráfico 3: Barreras y preocupaciones percibidas.....	40
Gráfico 4: Visión estratégica y compromiso institucional.....	42
Gráfico 5: Motivación y preparación para la gestión del cambio.....	43
Gráfico 6: Beneficios percibidos de la HCU.....	44
Gráfico 7: Barreras y preocupaciones principales.....	45