



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Modelamiento del proceso clínico para manejo de usuarios con cáncer tiroideo diferenciado en el Hospital Base Valdivia, Chile[☆]



C. Ávila-Schwerter^{a,*}, M.C. Torres-Andrade^b, C.A. Méndez^b y M. Márquez-Manzano^c

^a Subdepartamento de Medicina Nuclear, Hospital Base Valdivia, Chile

^b Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

^c Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Recibido el 22 de diciembre de 2014; aceptado el 1 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Manejo de la enfermedad;
Atención integral de salud;
Neoplasias de la tiroides;
Carcinoma in situ

Resumen

Objetivo: Modelizar el proceso clínico para la asistencia a pacientes con cáncer tiroideo diferenciado, con el fin de mejorar la accesibilidad a este tratamiento.

Material y métodos: En función de la metodología de investigación acción participativa modificada se realizó la modelización del proceso a partir de revisión bibliográfica y de reuniones con las entidades comprometidas para el rediseño de proceso, hasta consensuar un proceso mejorado y factible.

Resultados: Se modelizó participativamente el mapa del proceso, la caracterización de la cadena de valor, los fallos en la fluidez del proceso, los documentos relevantes, la propuesta de modificaciones del proceso y las autorizaciones correspondientes para mejorar el proceso. Se establecieron las vinculaciones del proceso principal con los procesos de soporte y estratégicos. La modelización participativa contribuyó a acortar los tiempos de espera entre el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad de 12 a 4 meses.

Conclusión: Que cada unidad pueda visibilizar completamente el mapa del proceso y entender su aporte como un conjunto de aportes integrados, y no fragmentados, ayudó al manejo integral de los pacientes y al funcionamiento institucional basado en los procesos, en un modelo organizativo jerarquizado y preponderante en los hospitales chilenos.

Analizar y remodelar los procesos clínicos de manera participativa puede evitar fallos en la fluidez en la atención a los pacientes, al presentar a cada unidad participante la visión general del proceso, los problemas y las posibles soluciones. Asimismo, este enfoque puede contribuir a clarificar el proceso para hacerlo más eficiente, a armonizar las relaciones interpersonales y a mejorar la coordinación para optimizar la atención de los pacientes.

© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Artículo presentado como parte de los requisitos para optar al grado de Magister en Ciencias de la Salud, mención en Gestión Clínica de la Universidad Austral de Chile.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.avila@redsalud.gov.cl (C. Ávila-Schwerter).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.002>

1134-282X/© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Disease management;
Comprehensive
health care;
Thyroid neoplasms;
Neoplasms

Modeling a clinical process for differentiated thyroid cancer health care in Hospital Base Valdivia, Chile

Abstract

Objective: To design a clinical process model in the management of differentiated thyroid cancer in order to improve accessibility to this treatment.

Material and methods: Based on modified Participatory Action Research, a model design process was conducted using a literature review and meetings with organisations committed to the redesigning process, and to agree an improved and feasible process.

Results: The process map was constructed by participatory action including, characterisation of the value chain, fault detection in the flow of the process, relevant documents and process for proposing modifications and approvals necessary for this purpose. Links were established between the main process and the support and strategic processes. The participatory model helped to cut the waiting times for diagnosis and treatment of this disease from 12 to 4 months.

Conclusions: For each unit to be able to fully visualise the map of the process and understand their contribution as a set of integrated contributions and not fragmented, helps in the comprehensive management of patients and operation processes based on the hierarchical and dominant organisational model in Chilean hospitals.

To analyse and remodel clinical processes by participatory action helps to limit failures in the fluidity of care of the patients, by presenting each participating unit with a general view of the process, the problems, and the possible solutions. Furthermore, this approach helps to clarify the process in order to make it more efficient, to harmonise relationships, and to improve coordination in order to optimise patient care.

© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el año 2013 el tiempo de espera para la atención de los usuarios con cáncer tiroideo diferenciado (CTD) en el Hospital Base Valdivia (HBV) superaba los 12 meses entre la fase diagnóstica y la fase terapéutica, sin tener en cuenta el tiempo de espera entre la derivación desde la atención primaria a la atención especializada. La importancia de esta demora radica en la prevalencia de esta enfermedad. En este sentido, en la unidad de registro poblacional del cáncer del HBV se registró que la tasa de incidencia del cáncer tiroideo durante el periodo 1999-2008 fue un 1,5% en hombres y un 5,8% en mujeres, es decir, 104 pacientes anuales en la región de los Ros.

En el mismo año 2013 el Ministerio de Salud (MINSAL) publicó una guía clínica para el manejo del nódulo tiroideo y CTD, pero esta no señalaba explícitamente los plazos de atención. Además, esta enfermedad no estaba priorizada entre las que tienen prestaciones y tiempo garantizados por la Ley n.º 19.966 que establece un régimen de garantías en salud, vigente desde 2005.

El HBV es un hospital de alta complejidad tecnológica y centro de referencia para el tratamiento del cáncer en el Sur de Chile, lo que implica acoger también a pacientes de otras regiones del país, con lo que se incrementa la lista de espera en una enfermedad que no tiene plazo legal establecido para su atención. Por ello, caracterizar el proceso clínico para diagnóstico y terapia de los pacientes con CTD podría disminuir el riesgo de recidivas y mejorar la sobrevida.

No obstante, una brecha importante era la terapia con radio-yodo, la cual resulta altamente coste-efectiva¹, pero que en el ámbito del país no está potenciada por la escasez de especialistas² y por requerimientos por parte de la Comisión Chilena de Energía Nuclear. Cabe destacar que hasta el mes de mayo de 2014 en el sistema público de salud chileno, que abarca al 80% de la población, se contaba con 11 camas autorizadas para esta terapia, y el sistema privado —que abarca al 20% de la población— disponía de 33 camas para el mismo propósito.

Implementar un proceso estandarizado de manera participativa para la atención a este grupo de pacientes podría evitar brechas de eficiencia y disminuir el tiempo de espera para la confirmación diagnóstica y la eficacia terapéutica en el tratamiento de pacientes portadores de dicha enfermedad³⁻⁵. Esta investigación tuvo por objetivo modelizar e idear un modelo de gestión clínico local eficiente para la continuidad de la atención en pacientes con diagnóstico de CTD.

Materiales y métodos**Tipo de estudio**

Abordaje mediante investigación acción participativa³ modificada para los efectos de este contexto, con el objeto de promover el análisis colectivo en el ordenamiento de la información y en la utilización de que de ella puede hacerse⁶. Para analizar el proceso clínico se utilizó la metodología descrita en Torres et al.⁴, que comprende analizar: el flujo del proceso, definir límites, pasos, involucrados,

recursos necesarios para garantizar la calidad, fallos en la fluidez del proceso, documentación necesaria y autorizaciones requeridas.

Recolección de la información

Se realizó una revisión bibliográfica para fundamentar y modelar preliminarmente el proceso, el que luego se sometió a la revisión crítica en reuniones sucesivas e independientes con las entidades involucradas en el mismo. Significó un total de 8 reuniones de aproximadamente una hora, con un total de 6 personas (encargado de imagenología, médico endocrinólogo, médico nuclear, encargado del servicio de orientación médica, subdirector unidad de apoyo clínico terapéutico y tecnóloga médica de medicina nuclear) en las que se compartió el mapa del proceso elaborado preliminarmente y se tomó nota de las modificaciones locales propuestas, los fallos de fluidez y las posibles maneras de remediarlos. Las primeras rondas de reuniones se concentraron en rediseñar el proceso, en tanto que la segunda ronda de reuniones sirvió para presentar el proceso rediseñado y tomar los acuerdos de alineamiento al proceso diseñado. No fue necesaria una nueva ronda de reuniones porque se lograron los acuerdos necesarios. Asimismo, no fue posible realizar una reunión con todos los involucrados, dadas las tensiones relacionales entre los actores y las dificultades de agenda para reunirse.

Análisis de la información

En las sucesivas reuniones los involucrados lograron una visión integral del proceso de atención a los usuarios, socializando los aportes de cada uno de los actores, sin generar conflictos mayores relacionales entre ellos. En estas reuniones y socialización se definió el alcance del proceso, es

decir, dónde empieza y dónde termina, se rediseñó el mapa del proceso y se describió el rol y responsabilidad del dueño o responsable de cada etapa, de manera consensuada. Se identificaron los procesos estratégicos, clínicos y de soporte. Se caracterizó la cadena de valor agrupando en etapas los pasos consensuados. Se identificaron las deficiencias de fluidez del proceso, la documentación más relevante y, por último, se elaboró una tabla con las posibles modificaciones del proceso y las autorizaciones necesarias para que este mantenga su viabilidad en el tiempo.

Resultados

La descripción de los resultados se organizó en aquellos obtenidos del modelamiento participativo del proceso y los que impactan en los usuarios.

Mapa del proceso clínico y descripción de sus etapas

Se definió su inicio con la interconsulta a endocrinología y el fin con el alta terapéutica de medicina nuclear. Se identificaron las unidades y/o personas que entran en contacto con los destinatarios del proceso, los pasos o tareas en que participan y se consensuó junto con los actores una secuencia lógica de ellos, las fases y los responsables de cada una de ellos.

Caracterización de la cadena de valor

En cada paso o tarea se identificó a las entidades encargadas y caracterizaron los recursos que adicionan valor al proceso. También se utilizó como espacio para proponer innovaciones y reconocer buenas prácticas. La [tabla 1](#) muestra el

Tabla 1 Caracterización de la cadena de valor del proceso clínico para la atención de pacientes con Cáncer Tiroideo Diferenciado del Hospital Base Valdivia

Etapa	Ingreso del paciente	Apoyo clínico	Apoyo terapéutico	Manejo postterapia
Entidades encargadas	Atención primaria, hospitales y SOME	Imagenología y anatomía patológica	Endocrinología, cirugía, medicina nuclear y oncología	Atención primaria y endocrinología
Talentos	Empatía, responsabilidad y uso de sistema de registros hospitalarios	Empatía, profesionalismo y especialidad en el área	Profesionalismo y especialidad en el área	Capacitación en informática a nivel usuario
Tecnología	Plataforma informática	La que ya se tiene	Informática gestión lista de espera	Internet. Telefonía. Plataforma informática
Insumos	Los que se tienen	Los que ya se tienen	Compra de radioyodo	Teléfonos acceso Internet
Infraestructura	No es pertinente	La que ya se tiene	Aislamiento radioyodo	No es pertinente
Innovaciones	Mensajería de texto o redes	Ecografías tiroideas	Visita centros terapia	Telemedicina
Incumplimiento ético	Ineficiencia administrativa	Confundir exámenes	Extraviar orden médica	No entregar información a usuario

Fuente: elaboración propia.

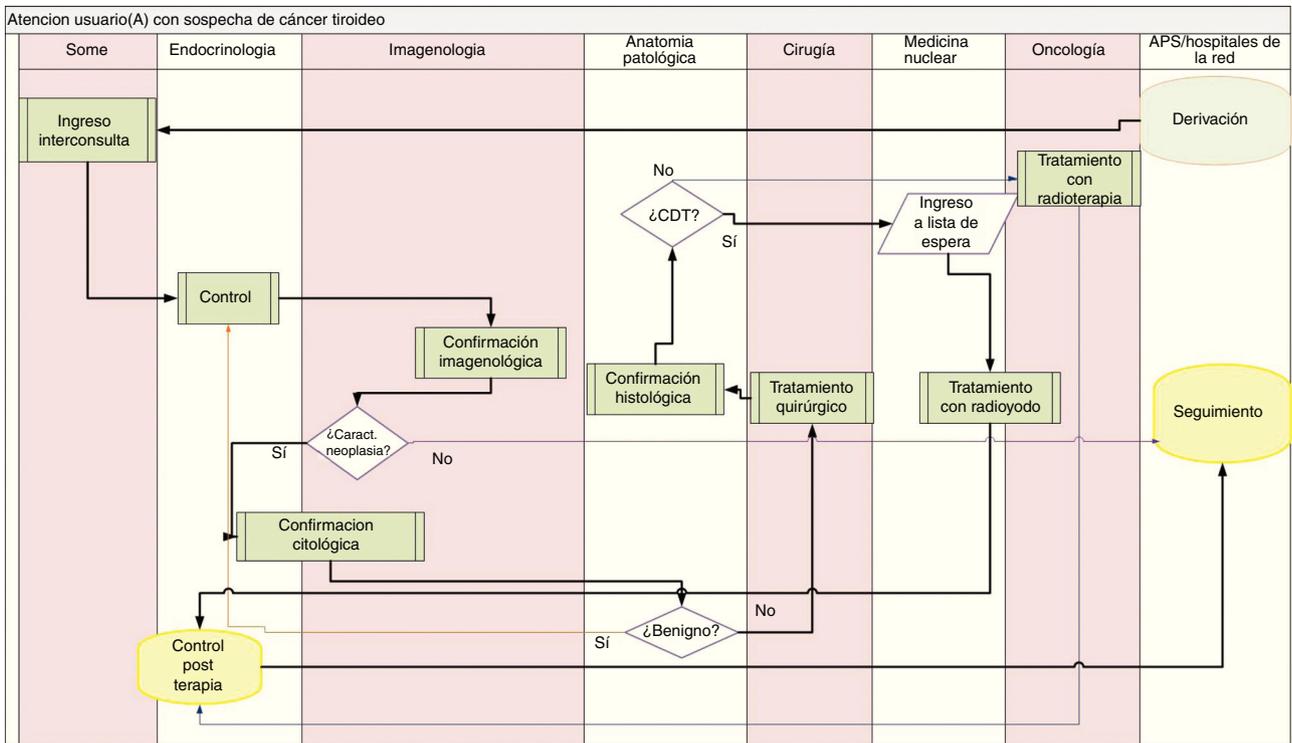


Figura 2 Mapa del proceso para la atención de pacientes con sospecha de cáncer tiroideo diferenciado del Hospital Base Valdivia.

En la **figura 2** se presentan las vinculaciones de cada actor o entidad con los pasos o fases que permiten la fluidez del proceso. Finalmente, como muestra la **tabla 3**, este ejercicio permitió visibilizar posibles entorpecimientos en la fluidez del proceso y que se expresan en brechas (carencias de recursos), quiebres (dificultades relacionales) y nudos (aspectos de entorno).

Impacto en los usuarios afectados de cáncer tiroideo diferenciado

Si bien el tiempo de espera, en el año 2014, para el tratamiento con radioyodo en la unidad de medicina nuclear es de aproximadamente de 12 meses, el poder disminuir el tiempo de espera para la confirmación diagnóstica a 4

Tabla 3 Deficiencias de fluidez del proceso clínico para la atención de pacientes con cáncer tiroideo diferenciado del Hospital Base Valdivia

Fallo	Descripción	Optimización	Herramienta administrativa
Brechas	Detección oportuna	Sensibilización a médicos de atención primaria en pesquisa temprana.	Protocolo de derivación consensuado
	Derivación de interconsulta oportuna Tratamiento oportuno con radioyodo	Capacitación y sensibilización del personal administrativo Implementar sala de aislamiento dependiente de medicina nuclear	Reestructurar la forma de derivación e ingreso Instalaciones de centro de Medicina Nuclear en otro punto del país
Quiebres	Confirmación imagenológica oportuna Solicitud terapia poscirugía	Disponer de cupos semanales para ecografía tiroidea Derivación tratamiento posquirúrgico por endocrinología	Reunión con apoyo para lograr niveles de confianza mínimos Reunión entre actores implicados
Nudos	Autocuidado usuario	Detección precoz nódulos tiroideos. Controles médicos	Capacitar autoexamen y examen de tiroides
	Cobertura terapia radioyodo nivel nacional	Incorporar manejo de cáncer tiroideo a garantías explícitas en salud	Investigación clínica que aporte evidencia local

Fuente: elaboración propia.

meses reflejó el mayor logro de la presente investigación, pues para ello solo se utilizó como estrategia el análisis del proceso, sin necesidad de utilizar recursos adicionales. Esto implicó aumentar la accesibilidad al tratamiento, lo que permitió disminuir la angustia del paciente, aumentar la satisfacción del usuario, en el sentido de que se siente parte del proceso, y la disminución de costes futuros con motivo de tratamientos más complejos.

Discusión

La presente investigación permitió establecer la relevancia de asumir un liderazgo que opere desde la transversalidad, al mismo tiempo que manejar una metodología en un entorno de participación e involucramiento de los actores. Junto al rediseño del proceso las formas de interacción con las entidades apoyaron consensos, comprensión y vivencia de la importancia de cada una de ellas. Para algunos autores potenciar la empatía y capacidad de resonancia es lo que se traduce en comunicación efectiva⁷.

La distinción entre brecha, quiebres y nudo, como fallos de fluidez del proceso, influye en la manera en que se resuelven, porque apela a distintas respuestas organizacionales. Las brechas requieren incrementar la eficiencia e inversión⁸⁻¹⁰, en tanto que los quiebres mejoran el clima organizacional y varían los estilos de comunicación¹¹. Diferente es la actuación frente a los nudos, porque involucra las relaciones de poder y prestigio entre los actores. Al respecto, para algunos autores lo realmente importante es producir una adecuada gestión y regulación moral para que los juegos de poder no se transformen en estados de dominación¹².

El análisis de la cadena de valor ayuda a identificar fuentes de ventajas competitivas, que se traducen en definir bajo qué condiciones las actividades de la institución aportan una ventaja competitiva potencial y asegurar condiciones de seguridad y calidad para los usuarios. Esto es relevante pensando en que la calidad de vida es una realidad dinámica, abierta y continuamente emergente^{6,13,14}.

El diseño e implementación de la gestión por procesos es lenta, porque requiere capacidades institucionales y profesionales que van más allá del trabajo bien hecho por cada entidad, además es dificultoso proponer cambios en el manejo de enfermedades que no son compromiso de gestión hospitalaria por el modelo competitivo que actualmente se impone en Chile. Mientras los administradores y profesionales se concentran en la medición y gestión de los resultados en su trabajo cotidiano, el estilo de conducción jerárquico, por tareas y departamentos, donde los juegos de poder son evidentes, morigerará los egos y los conflictos de poder, en que una unidad o un especialista actúan como actor único frente al paciente^{15,16}. Más complejo es proponer cambios si el manejo del paciente está avalado por un modelo de gestión, que perpetúa las jerarquías, como son varios de los recintos hospitalarios de Chile¹⁶.

Por otra parte, la determinación de brechas y quiebres permite optimizar los recursos disponibles, al mismo tiempo que propicia un clima ético laboral. Lo que para algunos autores no se basa en valores y principios de un individuo, sino en las prácticas y procedimientos que este último percibe que se desarrollan en su organización¹⁷.

No obstante, el proceso diseñado en esta investigación representa el caso de establecimiento hospitalario, la metodología empleada se puede transferir a diversos modelos organizacionales de instituciones hospitalarias. Esto, con motivo de que el método se basa en el ejercicio de análisis y reflexión participativa realizado con todos los actores involucrados en un determinado proceso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. González L, Turcios S, Velasco M. Aplicaciones clínicas del radioyodo 131 (I131) en las enfermedades del tiroides. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012;23:256-63.
2. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Méd Chile.* 2011;139:559-70.
3. Noriega V. Propuesta metodológica para evaluar procesos de trabajo en los departamentos de vigilancia y lucha antivectorial. *Rev Cubana Salud Pública.* 2012;38:629-39.
4. Torres MC. Gestión clínica y del cuidado. En: Ayala R, Torres MC, Calvo MJ, editores. *Gestión del cuidado en enfermería.* Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo; 2014. p. 105-38.
5. Ander-Egg E. Repensando la investigación-acción participativa. 4.ª ed. Grupo editorial Lumen. Buenos Aires: Hvmánitas; 2003. p. 29-45.
6. Muñoz-Ramón JM, Paz J, Cerpa M, Várela A, García-Caballero J. La gestión por procesos en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;15:241-7.
7. Otero H. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. *Rev Haban Cienc Méd [revista electrónica]* 2008 Mar [consultada 15 Nov 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100002&lng=es.
8. Schweiger A, Álvarez D. Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. *Cad Saúde Pública.* 2007;2:202-13.
9. Erazo A. La comunicación interpersonal en el contexto médico-paciente. *Salud, Barranquilla.* 2012;28:6-7.
10. Medina P. El impacto de la comunicación interpersonal en la motivación del personal hospitalario. *Rev Univ Salud.* 2010;1:110-9.
11. Retamal C. Consideraciones sobre poder y dominación en la formación de la subjetividad moderna. *Universum (Talca).* 2008;23:166-83.
12. Guevara H, Domínguez A, Ortunio M, Padrón D, Cardozo RA. Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. *Rev Cubana Salud Pública.* 2010;36:357-60.
13. Ortiz A. Gestión clínica y conflicto de intereses. *Acta Bioeth.* 2009;15:157-64.
14. Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente. *Cómo cumplir la agenda de modernización.* España: Elsevier Health Sciences; 2010.
15. Alfonso E, Nabalbo Y. Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. *Consideraciones.* *Rev Hum Med.* 2012;12:252-61.
16. Cárcamo C. Verdad científica, poder y obediencia. *Acta Bioeth.* 2011;17:165-9.
17. Arango G. Instrumentos usados para medir clima ético en organizaciones de salud. *Rev Latinoam Bioeth.* 2011;11:42-53.