

Elaboración de cadenas de valor (también para la diabetes mellitus tipo 2)

Jordi Varela Pedragosa

Colaborador docente. Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE). Editor de Avances en Gestión Clínica. Barcelona

La confección de una trayectoria clínica debería ser un proceso participado entre todos los implicados: pacientes, médicos, enfermeras y trabajadores sociales. La idea es que todos, enfermos y profesionales, actúen con reglas consensuadas, factibles y basadas en la evidencia y que, además, el paciente las entienda y las comparta. Las trayectorias clínicas reducen el desorden de la medicina fragmentada y fuerzan a la homología de los procesos, pero tienen sus limitaciones, especialmente cuando aparecen las complicaciones sanitarias y sociales.

¿QUÉ ES UNA CADENA DE VALOR?

Una cadena de valor, o ruta asistencial, es un instrumento de gestión que busca una única finalidad: la mejora de los resultados clínicos. La voluntad de elaborar una cadena de valor lleva implícito el deseo de ir más allá de la simple coordinación que supone el hecho de haber acordado una trayectoria clínica y, por ello, se deberá fomentar el trabajo en equipo multidisciplinar, además de tener una visión extensiva de todo el proceso.

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS CADENAS DE VALOR (A PROPÓSITO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2)?

Para elaborar una cadena de valor es necesario disponer, en primer lugar, de una trayectoria clínica previa, sobre la que el equipo impulsor irá construyendo los cinco elementos imprescindibles, de acuerdo con la propuesta *care delivery value chain* hecha por Michael Porter y Elizabeth Teisberg en *Redefining Health Care*¹. Para hacerlo más comprensible, explicaremos cómo deberían abordarse estos cinco elementos en la elaboración de una cadena de valor del proceso de diabetes mellitus tipo 2.

Criterios de inclusión de pacientes

Sería recomendable que los promotores de la cadena de valor se ciñeran a los pacientes que pueden llevar una vida

normal o casi normal, pero, en cambio, se debería excluir a los que requieran necesidades sociales y sanitarias complejas, ya que en ellos las protocolizaciones quedan fuera de lugar debido a que la metodología de trabajo entonces se fundamenta en la evaluación integral y los planes individualizados.

Definición de los resultados que se quieren alcanzar (outcomes)

Definir cuáles son los parámetros que se van a tener en cuenta para evaluar la adecuación de las actividades clínicas es un aspecto fundamental de las cadenas de valor, en el sentido de que todos los esfuerzos se deberían orientar a conseguir que los pacientes vivan más y mejor, y por ello se debería ir más allá de los indicadores de proceso como la hemoglobina glucosilada o el control periódico de la presión arterial, del peso o de la retina para ampliar el abanico de indicadores y empezar a evaluar aspectos del nivel de autocuidado de los pacientes, de su implicación en las decisiones clínicas, de su capacidad de ser independientes en sus actividades de la vida diaria o de su salud psicosocial².

Atención centrada en los pacientes

Muchos médicos están convencidos de que el hecho de tener una relación franca y abierta con sus pacientes equivale a compartir decisiones, pero una revisión sistemática³ ha puesto al descubierto que, en las unidades donde no hay programas que fomentan explícitamente esta metodología, los niveles de implicación y de adherencia por parte de los pacientes son muy bajos.

Otra revisión sistemática, esta de Cochrane⁴, concluye que las decisiones compartidas mejoran el grado de conocimiento y la percepción por parte de los pacientes acerca de los riesgos inherentes a su situación clínica, además de reducir los tradicionales conflictos de comunicación; por ello, se considera que escuchar a los pacientes e implicarlos en sus

procesos clínicos es una dinámica que aumenta la adherencia a las recomendaciones y tratamientos. Muchos piensan que la falta de tiempo en las consultas es una de las principales barreras para la difusión de las decisiones compartidas, a pesar de que otros estudios indican que su introducción no genera alargamientos en los tiempos de las consultas, más allá, como es obvio, del período de aprendizaje⁵.

Por todo ello, la cadena de valor de la diabetes mellitus tipo 2 debería contemplar estrategias formativas en entrevista motivacional y decisiones compartidas. Además, se deberían elaborar materiales de apoyo (*decision aids*) como facilitadores de la atención centrada en los pacientes. En este sentido, es recomendable seguir de cerca los trabajos de Knowledge and Evaluation Research (KER) Unit, la unidad de investigación liderada por Víctor Montori en la Mayo Clinic.

Trabajo en un equipo multidisciplinar

Una vez delimitadas las reglas de juego mediante la definición de una trayectoria, la tipología de pacientes que se ha de seleccionar, su intensidad de implicación y los objetivos que se quieren conseguir, llega el momento de definir los elementos organizativos de trabajo en un equipo multidisciplinar. Estas propuestas pueden ser relativamente sencillas, como las interconsultas presenciales, telefónicas o telemáticas entre profesionales de la Atención Primaria y del hospital, o la programación de sesiones amplias con participación de trabajadores sociales, enfermeras, médicos de familia y otros especialistas implicados; o más complejas, como la constitución de unidades de gestión clínica transversales con profesionales adscritos a plena dedicación. Sea cual sea el modelo adoptado, lo más importante es señalar que la esencia de una

cadena de valor radica en la voluntad de superar la forma tradicionalmente fragmentada de trabajar.

Accesibilidad y adherencia

La cadena de valor debe contemplar, además, análisis de circuitos para reducir las cargas que los planes terapéuticos complejos ocasionan a las personas, muchas de ellas con niveles de comprensión reducidos. En este punto, se debería introducir metodología de «medicina mínimamente disruptiva»⁶ (otro producto de la factoría KER Unit) para aprender a ajustar la carga del tratamiento a la capacidad de comprensión de cada paciente⁷. Por otro lado, para mejorar circuitos y reducir cargas burocráticas, se deberían utilizar técnicas de diseño participativo como el *lean* o el *design thinking*, instrumentos facilitadores que van a conseguir que el contacto de los pacientes con el sistema sanitario sea lo menos incómodo posible y, si se considera oportuno, se deberían probar también aplicaciones de apoyo de *e-health*.

CONCLUSIÓN

Elaborar cadenas de valor de los procesos clínicos de las enfermedades crónicas y degenerativas, y de la diabetes mellitus tipo 2 en particular, es un imperativo ético que requiere la conjura de pacientes y profesionales, además de muchas dosis de formación y de rigor en el trabajo multidisciplinar, con la única finalidad de que las personas con diabetes vivan mejor con su enfermedad (y, si puede ser, de que también vivan más). No hacerlo es abandonar a esas personas a los rigores y a los excesos a los que los someterá la medicina fragmentada imperante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining healthcare. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business Review Press; 2006.
2. O'Connor PJ, Bodkin NL, Fradkin J, Glasgow RE, Greenfield S, Gregg E, et al. Diabetes performance measures: current status and future directions. *Diabetes Care* 2011;34: 1651-9.
3. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which healthcare providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect* 2015;18:542-61.
4. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; CD001431.
5. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient* 2012;5:1-19.
6. Leppin AL, Montori VM, Gionfriddo MR. Minimally disruptive medicine: a pragmatically comprehensive model for delivering care to patients with multiple chronic conditions. *Healthcare (Basel)* 2015;3:50-63.
7. Spencer-Bonilla G, Quiñones AR, Montori VM. Assessing the burden of treatment. *J Gen Intern Med* 2017;32:1141-5.