

Título: Brechas en el nivel primario de salud para el acceso de pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata.

Dr.C Iraisi Francisca Hormigó Puertas 1

Dr. C. Carmen Arocha Maríño 2

Dr. C. María Isabel Ávalos García 3

Dra Katerine Hormigó Tablada 4

1. Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer / Catarata, La Habana, Cuba, iraisi.hormigo@gmail.com
2. Institución Escuela Nacional de Salud Pública /Departamento Dirección en Salud, La Habana, Cuba, carmenarocha2016@gmail.com
3. Universidad Autónoma de Tabasco/División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México. isaavalos@hotmail.com
4. Policlínico Carlos J Finlay / Medicina General Integral, La Maya, Santiago de Cuba, katerinehormigo73@gmail.com

Resumen. La diabetes mellitus tipo 2 requiere especial manejo en el nivel primario de salud. La catarata senil es la primera causa de ceguera reversible más frecuente en estos pacientes. Las deficiencias en los servicios sanitarios por brechas como diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados u otras causas que no generan valor para los pacientes, provocan complicaciones y gastos adicionales de recursos. Con el objetivo de indagar sobre brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata durante el tránsito de los pacientes diabéticos tipo 2 por los servicios primarios de salud, se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con enfoque gerencial. Se emplearon herramientas y técnicas de gestión por procesos en salud y metodología Lean- sanidad. El trabajo de campo se realizó en los municipios La Lisa, Marianao y Playa donde se exploraron las experiencias y expectativas de los pacientes, el criterio de médicos de familia y oftalmólogos. Tres de las siete categorías emergidas al aplicar diagrama de afinidad (diagnóstico, continuidad y comunicación) resultaron con el mayor peso, no solo en cuanto al volumen de brechas que acopian, sino también por su capacidad para generar otras categorías

Palabras clave: catarata, diabetes mellitus, brechas, lean sanidad

I. INTRODUCCIÓN

La simplificación y racionalización de procesos en salud constituye el modo adecuado para evitar o eliminar la ocurrencia de brechas en el servicio. La metodología Lean-sanidad se orienta a identificar precisamente aquellos puntos de la secuencia de atención que no añaden valor para el paciente por lo que constituyen brecha o mudas y requieren ser eliminadas o reducidas. . Uno de los pioneros en aplicar el *Lean Health Care*, (por su nombre en inglés) fue el *Virginia Mason Medical Center* de los Estados Unidos de Norteamérica, que utilizó exitosamente una versión propia del Lean Sanidad e inició toda una cultura que combina la orientación al paciente con el aseguramiento que los procesos sean los más limpios posibles de brechas.⁽¹⁾

Numerosos estudios confirman la necesidad de lograr que los procesos asistenciales estén libres de acciones, decisiones y pasos que no aportan valor al paciente. La revista *Lancet Global Health Commission* informa importantes deficiencias en los servicios sanitarios por esta causa⁽²⁾ diferentes estudios confirman esto; La Red Latinoamericana de Investigación de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, auspició una investigación sobre las brechas, con énfasis en el protagonismo que deben tener los servicios primarios de salud. Además, en el caso de Cuba, un estudio hace referencia a este mismo problema.⁽³⁾

La diabetes mellitus tipo 2 requiere especial manejo en el nivel primario de salud, a nivel mundial más de 463 millones de personas se ven afectadas por esta enfermedad y según la Federación Internacional de Diabetes habrá un incremento a 700 millones para el año 2040,⁽³⁾ lo que la convierte en un reto para la salud pública.⁽⁴⁾ También lo hacen sus complicaciones oculares. Más de 93 millones de personas en la actualidad sufren algún tipo de daño ocular por esta causa⁽⁵⁾ Cuba no escapa a esta situación.⁽⁶⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, el verdadero impacto de la diabetes sobre la visión es mucho mayor del que se calcula en la actualidad.⁽⁷⁾ Este problema provoca enfermedades visuales que pueden llevar a la ceguera, aunque las estadísticas ignoran la pérdida de visión cuando no llega a ser ceguera legal.⁽⁸⁾ La catarata del diabético, como la mayoría de sus complicaciones oftalmológicas, requiere tratamiento quirúrgico.⁽⁹⁾

Por otra parte, investigadores cubanos señalan que la discapacidad visual en los diabéticos se ha limitado a áreas aisladas del país y los datos relacionados con dicha discapacidad no forman parte de los sistemas de información estadística del Ministerio de Salud Pública.⁽¹⁰⁾ La Encuesta Rápida de Ceguera Evitable, realizada en Cuba en el año 2016 en personas de 50 años y más, reveló que la prevalencia de catarata en pacientes diabéticos no operados, según grados de discapacidad visual se presentó con un 19,4 % en la forma moderada; un 2,8 % en la grave y con ceguera un 3,2 %.⁽¹¹⁾

En dicho estudio se encontró la catarata como la primera causa de discapacidad visual moderada (49,6 %), de discapacidad visual severa y de ceguera (58,3 %). La cobertura de la cirugía de catarata en el diabético por persona fue de 25,5 % Un aspecto interesante de este estudio fue la referencia de los diabéticos sobre barreras que les impidieron operarse de catarata, lo que las condujo a la ceguera o a una disminución de la agudeza visual.⁽¹²⁾

II.OBJETIVO

- 1- Indagar sobre brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata durante el tránsito de los pacientes diabéticos tipo 2 por los servicios primarios de salud.

III.MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con enfoque gerencial en el Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Se emplearon herramientas y técnicas procedentes de la gestión por procesos en salud y la metodología Lean- sanidad.⁽¹³⁾ Los pacientes provienen de los municipios Playa, La Lisa y Marianao, de la provincia La Habana. El período de estudio es de enero de 2016 a diciembre de 2019.

Las experiencias, criterios, sentimientos y expectativas de pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata acerca de los procesos de atención médica a sus padecimientos constituyen el centro de todo el trabajo. Para obtener la información de los pacientes se realizaron grupos de discusión a fin de conocer cómo había sido su tránsito por los servicios primarios de salud hasta el servicio de microcirugía ocular. Esto permitió indagar sobre brechas en el proceso de atención general y oftalmológica, que pudieran haber interferido en el acceso oportuno al tratamiento quirúrgico. Mediante la aplicación de diagrama de afinidad⁽¹⁴⁾ se hicieron emerger las categorías que a su vez constituyeron unidades de análisis.

IV.RESULTADOS

La catarata es una de las complicaciones oftalmológicas que afecta más frecuente a los diabéticos tipo 2. A esto se le adiciona, que aparece a una edad más temprana que en las personas que no padecen la enfermedad y que es dos veces más prevalente en los mayores de 65 años y de tres a cuatro veces en los menores de esta edad. En Cuba es la primera causa de discapacidad visual moderada, severa y de ceguera en estos pacientes.⁽¹¹⁾

Para que los procesos sanitarios relacionados con el control de la diabetes mellitus sean efectivos, es necesario realizar diagnósticos encaminados a identificar las actividades o situaciones que no generen valor para los pacientes. Dentro de estas fallas o brechas están las que entrañan riesgos para la salud visual y la vida, comprometen diagnósticos y tratamientos oportunos y sobreañaden actividades repetitivas o innecesarias que se comportan como agresores.

El riesgo de la pérdida visual y de ceguera en los diabéticos se reduce cuando los pacientes tienen un control metabólico estable; se detecta la catarata y/o la retinopatía, y reciben el tratamiento adecuado. El protagonismo de los servicios primarios de salud, en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes diabéticos con catarata, constituye uno de los fundamentos científicos y prácticos en el acceso oportuno a la intervención quirúrgica por esta afección. La integración de la oftalmología primaria y la hospitalaria en un mismo proceso organizativo acorta el tiempo total para la cirugía de catarata en pacientes diabéticos.

La capacitación de médicos primarios en proceder para el diagnóstico y control de la oftalmopatía diabética contribuye al empleo eficiente de recursos humanos y materiales para el diagnóstico temprano de la enfermedad en personas con diabetes. La tendencia actual del tratamiento intervencionista temprano de la catarata en pacientes diabéticos, es a partir de asegurarles un adecuado control y seguimiento de la enfermedad. La llegada frecuente de personas con afecciones y complicaciones oftalmológicas secundarias a la diabetes mellitus, sin previo diagnóstico de la enfermedad.

La utilidad de los estudios cualitativos basado en la experiencia de pacientes y prestadores, para el análisis de la calidad de los procesos de atención en los servicios de salud ha demostrado la conveniencia de su em-

pleo.

Los hallazgos a partir de la revisión bibliográfica sirvieron para decidir qué métodos y técnicas cualitativas se emplearían en un estudio de este tipo. Al tratarse del acceso de pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata, sustentaron la decisión de tomar como punto de partida sus experiencias. Estos diseños se construyen a medida que avanza el proceso de investigación, de ahí que asimilen las distintas visiones y perspectivas de los participantes. En este caso, se contrastaron los discursos de los pacientes con los criterios de los prestadores.

En general, los pacientes tienden a reflejar aquello que le es más significativo, por lo que el contenido del discurso tiene la carga específica del contexto, el objetivo del estudio, la situación concreta, el sistema de salud y la población participante, lo cual representa un valor añadido.^{15,16} Algunas situaciones les resultan incomprensibles, pues no cuentan con la posibilidad de entenderlas desde su posición. Por ejemplo, cuando afirman: “nunca me habían explicado que el diabético podía tener problemas con la vista”, situación crítica pues les impide ayudarse a sí mismo y además conseguir ayuda.

Las categorías emergieron con facilidad dado el alto nivel de redundancia que se aprecia en los discursos. Reflejan la estructura salubrista del estudio; sirvieron de línea conductora para la organización del proceso de trabajo y facilitaron la organización de los sucesivos discursos. El análisis realizado muestra que cada categoría agrupa brechas que de una manera u otra tienen las mismas características o raíces. Algunas tributan a más de una categoría:

Apoyo social. Concentra brechas que representan obstáculos para que los pacientes se sientan seguros física y psicológicamente, cuestión importante en personas con minusvalías de diferente carácter y mitos y leyendas que lo inducen a no luchar por tener un control efectivo de su enfermedad. Al hablar de apoyo social, se incluye a los prestadores directos e indirectos, las maneras en que la organización sanitaria provee sus servicios, el entorno, las políticas públicas y la familia. Expresiones como: “una vez me mandaron para operarme de catarata y el día de la operación, dijeron que no la necesitaba”, habla fuerte acerca cómo este apoyo falla⁽¹⁷⁾

Carga laboral. Esta categoría tiene que ver con el balance entre carga y capacidad por parte de los médicos de familia y oftalmólogos que se relacionan con el servicio a estos pacientes. Pareciera que, a nivel de discursos de los pacientes, las fallas en el diseño de este balance no aparecerían con mucha precisión, pero lo real ha sido que resulta notorio que los pacientes se hayan dado cuenta, las mencionan de forma reiterativa y plantean criterios como: “¿por qué un solo médico para atender miles de pacientes? o los médicos de familia están muy cargados de trabajo”. Faltaría apreciar cómo ven los prestadores esta categoría⁽¹⁸⁾

Comunicación. La relación entre entender y ser entendido, entre escuchar y ser escuchado son fundamentales en cuanto a servicios de salud. Si se habla de pacientes crónicos esto es todavía más significativo. No se trata de informar o informarse pues eso por lo general es insuficiente, se trata de identificar la comunidad de intereses que va más allá de preparar recetas y ordenar tratamientos. Las brechas en comunicación aparecen con mucha fuerza en los discursos, aunque no se diga esa palabra de forma específica. Expresiones como: “nadie que me atendió me asoció la catarata con la diabetes”, son elocuentes.⁽¹⁹⁾

Continuidad. Es la expresión típica del enfoque por procesos y tiene que ver con el hecho de que el flujo de acciones, tareas, decisiones y abastecimientos que van desde las entradas hasta las salidas, no se inte-

rumpan en algún momento. Esas fallas se identifican como baches, desperdicios, rupturas o brechas. En sistemas y servicios de salud la continuidad forma parte de lo que se conoce como sus particularidades, es decir, es una condición básica de su funcionamiento. Por tanto, las brechas asociadas a esta categoría influyen y perjudican la operación de todas las demás.⁽²⁰⁾

Diagnóstico. Aquí se incluyó todo lo relacionado con la determinación de las causas de los problemas de salud y la oportunidad y exactitud para hacerlo. Esta es otra de las categorías que agrupan brechas con un efecto devastador para el servicio y generan otras nuevas en el sistema. Los pacientes, en sus discursos, revelan más bien los efectos de estas fallas más que sus causas que, por supuesto, resultan como incógnitas para ellos. “Me dijeron que el problema era de retina; el médico de familia me dijo que era glaucoma; me remitían al optometrista y me mandaban espejuelos una y otra vez”, es solo una representación de lo que esta categoría significa. No obstante, escuchar solo a los pacientes, ofrece una visión incompleta del problema, habría que apreciar otras fuentes.⁽²¹⁾

Incertidumbre. En esta aparecen todas las brechas que tienen que ver con mitos, miedos, valores, actitudes, inseguridad o frustraciones que afectan al paciente diabético y lo hacen cometer errores, no adherirse al tratamiento y caer en depresiones. A esta situación aportan causas de muy diferentes tipos y orígenes, incluyen valores culturales o religiosos y brechas en el sistema de salud y en sus prestadores. Las brechas de este tipo también condicionan el comportamiento y la reacción del paciente ante ciertas situaciones. “Nadie que me atendió asoció la catarata con la diabetes, me dijeron que era glaucoma y en otro policlínico que era catarata, solo me cambiaron los espejuelos; mucho miedo de quedarme ciega”, representan solo una parte de cómo la incertidumbre agobia a estos pacientes.⁽²²⁾

El discurso de los prestadores resultó fundamental para ampliar la visión sobre el objeto de estudio, contrastar sus puntos de vistas con los de los pacientes y encontrar respuestas que ayudaron a profundizar lo que estos quieren decir, hallar explicaciones y generar conocimientos, del análisis de las categorías entre los tres grupos de discursos se dedujo un nuevo conocimiento acerca de las brechas, lo que permitió contextualizar el problema, develar interacciones, comportamientos y puntos de vistas de usuarios y prestadores sobre un mismo problema y, cuando un problema fue visto por el paciente y no por alguno de los prestadores.⁽²³⁾

A partir de la información acumulada obtenida de los sucesivos análisis realizados que incluye la triangulación, se pudieron identificar con precisión las brechas identificadas:

Atención superficial, autoridad incompleta, baja prioridad, carga burocrática, carga mayor que capacidad, compactación, competencias insuficientes, continuidad interrumpida, inseguridad generada, ningún diagnóstico, ninguna información, no empoderamiento, no hay trabajo en equipo, no prioridad conocida, pacientes no escuchados, convenciones obsoletas, decisiones pospuestas, desbalance de cargas ,diagnósticos erróneos, el tiempo no alcanza, escasez de medicamentos, exámenes incompletos, excesos de tareas, prescripciones erróneas ,presiones contradictorias, prestadores ausentes, prestadores incomunicados, prestadores no enterados, prevalencia de mitos, factores disuasivos, falta de medios, flujos desorientados, horarios incompatibles, indisciplinas de pacientes, información errónea , información insuficiente, programas verticalizados, remisiones equivocadas, servicios mal organizados, pasos que son despilfarros, prioridades no balanceadas, programas incompletos, inseguridad de prestadores.

VI. CONCLUSIONES

El protagonismo y la calidad de los servicios primarios de salud, en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes diabéticos tipo 2 con catarata, sustentan desde el punto de vista teórico, práctico y metodológico, el acceso oportuno a la intervención quirúrgica por esta afección.

La exploración de las expectativas de los pacientes diabéticos tipo 2 durante su tránsito por los servicios primarios de salud aporta elementos vivenciales reales para identificar brechas que motivaron su acceso no oportuno a la cirugía de catarata.

Los resultados del análisis de las brechas organizadas por categorías son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la intervención quirúrgica de su catarata. Queda constatado que el problema original es más bien un conjunto de problemas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristina Coello. Buscan las brechas en el diagnóstico de la hipertensión. Edición médica [Internet]. 19 Ene 2016 [citado 15 Feb 2021]; Salud Pública: [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/buscan-las-brechas-en-el-diagn-stico-de-la-hipertensi-n-87041>.
2. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. 2021; 9(4): 489–551. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30488-5.
3. Cristina Coello. Buscan las brechas en el diagnóstico de la hipertensión. edición médica [Internet]. 19 Ene 2016 [citado 15 Feb 2021]; Salud Pública: [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/buscan-las-brechas-en-el-diagn-stico-de-la-hipertensi-n-87041>.
4. Zimmet Z, Magliano J, Herman H, Shaw E. Diabetes: a 21st century challenge. Lancet Diab Endocrinol. 2014; 2(1): 56-64.
5. Federación Internacional de Diabetes, La Fundación Fred Hollows. Diabetes y salud ocular: una guía para los profesionales de la salud. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2016 [citado 12 feb 2020]. Disponible en: www.idf.org/eyecare.
6. Rodríguez A, Céspedes L, Díaz- A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente diabético tipo 2 en un área metropolitana de La Habana. Revista Finlay. 2019 [citado 12 ene 2021]; 9(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638>.
7. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 30 May 2021]. 86 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>.
8. Hernández N, Mendoza MF, Rocha MR, Silva MB, Fabela LF, Fosado RE. Estudio de la discapacidad visual por diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor. Acta Universitaria. 2020 [citado 13 mar 2021]; 30: e2191. Disponible en: <http://doi.org/10.15174. au.2020.2191>.
9. Gomel N, Barequet IS, Lipsky L, Bourla N, Einan-Lifshitz A. The effect of the glycemic control on the aqueous humor glucose levels in diabetic patients undergoing elective cataract surgery. European Journal of Ophthalmology. 2021; 31(2): 415-21. DOI: 10.1177/1120672120910375.
10. Rodríguez BN, Río M, Padilla MC, Barroso R, González A, Fernández L, et al. Prevalencia de la discapacidad visual en el adulto diabético en Cuba. Rev Cubana Oftalmol. 2021; 34(1): e1060.

11. Ríos M, Rodríguez B, Padilla M, Barroso R. Encuesta nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor Cuba 2016. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer; 201
12. Bettadapura S, Donthi K, Datti P, Ranganath G, Ramaswamy B, Jayaram S. Assessment of avoidable blindness using the rapid assessment of avoidable blindness methodology. *N Am J Med Sci.* 2012; 4(9): 389-93. DOI:10.4103/1947-2714.100982.
13. Moran JW, Duffy GL. *Public Health Quality Improvement Encyclopedia.* Washington DC: Public Health Foundation; 2012.
14. Miro [Internet]. Miro; c2021. Affinity Diagram Template.[citado 8 ago 2021]; [aprox 9 p.]. Disponible en: <https://miro.com/templates/affinity-diagram/>.
15. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2000; 20(6): 64-78.
16. Gómez C, González C, Hasbún C, Santander MJ, Beca P, Bittner M, et al. Mapeo del proceso clínico de pacientes con ideación suicida activa que consultan en el centro de salud familiar “San Alberto Hurtado” en Chile. *ARS med.* 2019[citado 4 ene 2021]; 44(2): 61-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i2.1534/>.
17. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Brechas en la atención primaria de salud a personas en situación de discapacidad. Síntesis de resultados. Chile: Symbolon Consultores; 2018[citado 30 Mar 2021]. Disponible en: http://www.symbolon.cl/uploads/7/5/2/8/7528781/sintesis_2018.pdf.
18. Ries B, Sáez V, Escobar S, Barrí F, Donoso R, Gil C. Unidades de atención primaria en oftalmología en Chile: historia y funciones. *Rev Med Chile.* 2015; 143(7): 919-24.
19. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *Jt Comm Perspect.* 2012[citado Ago 2020]; 32(8): 1,3. Disponible en: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/blogs/tst_hoc_persp_08_12pdf.pdf.
20. Mendiluce L, Ordiñaga E, Fambuena I, Tobarra A, Asociación Española de Optometristas Unidos. Opinión de los médicos de familia sobre las consultas de optometría del Servicio Navarro de Salud. Atención Primaria. 2020; 52(9): 669-71.
21. Rodríguez SA, Piña A, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. *Revista Finlay.* 2019 [citado 30 Mar 2021]; 9(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>.
22. Sorto C, Flores A, Fernández A. Ceguera por catarata, un desafío nacional inadvertido: a propósito de una experiencia. *Rev. méd. hondur.* 2018; 86(3 y 4): 108-12.
23. López C, Ávalos M. Diabetes Mellitus tipo 2. Barreras y perspectivas en el control del paciente. *Rev Horizonte Sanitario.* 2013; 12(2):63-9