
COMUNICACIÓN BREVE

Acceso a la cirugía de catarata en diabéticos tipo 2: brechas en el primer nivel de atención.

Access to cataract surgery in type 2 diabetics: gaps in the first level of care.

Iraisi Francisca Hormigó Puertas.¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7728-2208>

Aida Barbarita Soler Porro.² ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4180-2742>

1 Instituto cubano de Oftalmología, Ramón Pando Ferrer

2 Ministerio de Salud Pública

Autor para la correspondencia: Iraísi Francisca Hormigó Puertas. Correo electrónico: iraisi.hormigo@gmail.com

RESUMEN

Se presenta una síntesis de los resultados de la investigación cualitativa de corte gerencial, en el primer nivel de atención, que tuvo como objetivo determinar las brechas que impiden el acceso oportuno de los pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata. Se resume el proceso del estudio que, por el empleo de herramientas y técnicas de la gestión por procesos en salud, es válido para tener en cuenta como herramienta de trabajo de los directivos del Sistema Nacional de Salud.

Palabras claves: brechas, primer nivel de atención, cirugía de catarata.

ABSTRACT

A synthesis of the results of the qualitative managerial research is presented, at the first level of care, which aimed to determine the gaps that prevent the timely access of type 2 diabetic patients to cataract surgery. The study process is summarized, which, due to the use of tools and techniques of health process management, is valid to take into account as a work tool for the managers of the National Health System.

Key words: gaps, first level of care, cataract surgery.

Introducción

El sistema de salud cubano, como organismo de la administración pública, tiene como objetivo incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios que se brindan.⁽¹⁾ Los servicios de salud tienen un carácter personalizado, lo que debe entenderse en el sentido de la alta dependencia que los procesos, acciones y decisiones tienen con respecto a la aptitud, actitud, modo de pensar, sentimientos y experiencias de los individuos implicados en su realización, ya sean estos prestadores o usuarios. Por esta razón, la tendencia internacional en materia de investigaciones en sistemas y servicios de salud ha evolucionado en el sentido de priorizar la identificación y análisis de las expectativas de las personas como vía para poder hacer explicaciones razonadas y evidenciadas.⁽²⁾

La formación de catarata en pacientes diabéticos tipo 2 guarda relación con el tiempo de evolución de la enfermedad y el mal control metabólico. Cuando la catarata y la retinopatía se detectan de forma precoz y las personas reciben el tratamiento adecuado el riesgo de la pérdida visual y de ceguera se reduce.⁽³⁾ Bajo esta tendencia, es que desarrolló la investigación que a continuación se presenta. Con el objetivo de determinar las brechas que impiden el acceso oportuno de los pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata, que, por su enfoque gerencial, el empleo de herramientas y técnicas de la gestión por procesos en salud, es válido para tener en cuenta como herramienta de trabajo de los directivos del Sistema Nacional de Salud.

Descripción resumida del proceso seguido

El estudio se llevó a cabo en pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", residentes en los municipios Playa, La Lisa y Marianao de la provincia La Habana que, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), constituyen sus áreas de confluencia oftalmológica. Comprendió el período de enero de 2016 a diciembre de 2019. El problema a resolver fue determinar las brechas, en el primer nivel de atención, que dificultan el acceso oportuno a la cirugía de catarata de dichos pacientes. Por sus características, el enfoque general del trabajo fue de tipo cualitativo con énfasis en el empleo de herramientas y técnicas procedentes de la gestión por procesos en salud y Lean-sanidad.⁽⁴⁾

El núcleo central de la investigación consistió en realizar grupos de discusión⁽⁵⁾ con pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata, a los efectos de conocer sus puntos de vistas, experiencias, criterios, sentimientos y expectativas, con respecto al proceso que se desarrolla desde el diagnóstico de la enfermedad en la atención primaria de salud, hasta

su llegada al Centro de Microcirugía Ocular del Instituto para realizarle la intervención quirúrgica.

A partir del análisis de sus discursos, se pudo obtener una primera versión de causas que podían influir de forma negativa en el acceso oportuno a la cirugía de catarata. Al tomar en cuenta el enfoque metodológico Lean-sanidad,⁽⁴⁾ se definieron dichas causas como acciones, decisiones o movimientos que no generaban valor para el paciente. Estas causas podían manifestarse de diferente manera y en distintos momentos, lo cual permitía apreciar asociaciones afines que podían tratarse como unidades de análisis.

Para la formalización e identificación de las asociaciones se emplearon técnicas de diagrama de afinidad,⁽⁶⁾ a partir de las cuales fue posible organizar los discursos en seis tipos de categorías a las que se les asignaron nombres específicos y se redactó su descripción. Las posibles causas se denominaron brechas⁽⁷⁾ a diferencia del término desperdicio utilizado en el enfoque Lean-sanidad⁽⁴⁾ por prestarse a confusión semántica en el campo de la salud. A los efectos de esta investigación se nombraron brechas implícitas, por estar dentro de los discursos de los pacientes. Todos estos pasos constituyeron maneras generalmente aceptadas en trabajos de investigación en gerencia en salud.

Con la finalidad de poder contar con mayores elementos para identificar en profundidad las brechas, completar su descripción y componer el producto final de la investigación, se hizo un proceso de triangulación de fuentes entre el contenido de los discursos de los pacientes, con respecto a los criterios de los prestadores sobre el proceso estudiado, los cuales se obtuvieron mediante entrevistas no estructuradas.^(8,9) El resultado se contrastó con las tendencias y actualizaciones sobre este tema, contenidas en un trabajo de investigación bibliográfica realizada con anterioridad. Este paso permitió contar con un análisis de las brechas identificadas, de un mayor valor como evidencia científica.

Una tendencia marcada en el campo de la gerencia en general y de la gestión en salud en particular, es confrontar los productos de investigaciones, decisiones o proyectos con respecto a sus posibles usuarios. Para hacerlo, en este caso, tanto la metodología como los discursos originales, los productos intermedios y finales alcanzados hasta ese momento, se consultaron con médicos de familia, directores municipales y provinciales de salud y funcionarios del alto nivel de dirección. A cada grupo se le presentó un bloque específico de preguntas abiertas asociadas a su perfil. Las respuestas aportaron criterios de credibilidad, transferencia y confirmación al trabajo, e incluyeron sugerencias de cómo adaptar el formato final a las diferentes necesidades de dichos usuarios potenciales.

Antes de construir los resultados finales se decidió hacer una triangulación entre las brechas identificadas desde los implicados directos (pacientes y prestadores) y la base de datos informatizada, con las respuestas de los usuarios potenciales a la consulta que le fue sometida. Las consideraciones generales de esta triangulación confirmaron y evidenciaron los resultados sobre las brechas identificadas. Además, ratificaron la validez y utilidad de la investigación y se pudo apreciar los aportes realizados por los usuarios potenciales consultados.

Finalizado este paso se organizó la información obtenida con anterioridad y se construyeron dos versiones gráficas sobre las brechas identificadas y evidenciadas, una con enfoque salubrista expresado por las categorías y otra con un enfoque gerencial. En este punto, se pudo hacer un análisis integral de los resultados y elaborar el informe general definitivo y las versiones en formato compactado, sugeridas por los usuarios.

Análisis, evaluación e impacto de las brechas detectadas

Durante todo el proceso seguido, desde obtener y categorizar los discursos hasta la emisión de los productos finales, se manejaron diferentes formas de estudiar las brechas entre las que sobresalieron, por su importancia, dos grandes unidades de análisis: a) por categorías y b) por tecnologías gerenciales.

La unidad por categorías fue la primera en orden de aparición. Es la manera natural de agrupación de brechas, pues resulta el producto de descubrir de forma sucesiva afinidades que emergen desde los discursos de los pacientes. Esto hace que su carga salubrista sea notable, sobre todo por el papel primordial en que quedan representadas las particularidades de los sistemas y servicios de salud.

La unidad por tecnologías gerenciales surge como una variante de agrupación solicitada por los usuarios potenciales con vistas a facilitarles, a partir de técnicas de análisis de brechas, la preparación de programas de solución de problemas. Esta unidad no surgió de forma espontánea, sino que se obtuvo a partir de revelar, en el conjunto de brechas, cuáles estaban relacionadas con temas gerenciales específicos.

A continuación, se presenta una descripción de cómo operan y se interrelacionan las brechas según cada unidad de análisis y en su conjunto, de manera que sea posible apreciar en qué medida se generan las brechas que limitan el acceso oportuno de los pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata.

Análisis por categorías emergidas

Durante la aplicación de técnicas de afinidad a los discursos emergieron seis categorías de brechas: diagnóstico, continuidad, comunicación, apoyo social, carga laboral e incertidumbre. Las tres primeras se revelaron como de alta transversalidad porque

actuaban como causa o efecto de fallas en la atención. Las tres últimas también resultaban relevantes, pero su transversalidad se estimó de influencia media.

El diagnóstico erróneo o el no diagnóstico se constataron como punto de partida relevante en la cadena de efectos negativos y en cualquiera de los pasos en el proceso asistencial. Se puede hablar de una sucesión de diagnósticos erróneos. En la base del problema están las brechas en la formación original de los prestadores y en la actualización.

Por otra parte, la continuidad, condición ineludible de los servicios de salud, está afectada por los problemas del diagnóstico, falta de sincronización en los servicios, carencia de medios diagnósticos, baja prioridad en el nivel primario, ausencia de liderazgo y limitaciones de tiempo y de preparación de los prestadores. Estas brechas originadas por ruptura de la continuidad tienen como denominador común, procesos mal diseñados.

En la comunicación las informaciones inexistentes, insuficientes o erróneas afectan la totalidad del proceso y producen rupturas y secuencias divergentes que hacen perder tiempo y que se agrave el pronóstico visual. Muchas de las informaciones erróneas son producidas por los prestadores y generan brechas a lo largo del proceso estudiado.

Las categorías de transversalidad media, tienen brechas que son derivadas de las de mayor transversalidad, aunque tienen las que pueden considerarse autóctonas. Por ejemplo, en el apoyo social, los pacientes se manifiestan desamparados por la organización no lineal de los servicios, la dispersión geográfica y la incapacidad para comprender sus limitaciones visuales y ayudarlos.

La carga laboral de los médicos de familia es la que más brechas propias produce, dado que ellos se insertan de manera incompleta en el proceso y en vez de acelerarlo lo complican, retrasan, limitan, o lo desorientan. Lo real es que el prestador es también una víctima de un balance desacertado entre carga y capacidad, que al parecer no se ha tenido en cuenta.

La incertidumbre resume toda la presión psicológica y social sobre el paciente diabético, muchas de ellas originadas por sí mismo; su miedo, experiencia o personalidad; otras por las brechas descritas como no diagnóstico o erróneo. Los únicos baches de esta categoría que son propios de ella son generados por los pacientes; los demás actúan como sus agresores.

Análisis por categorías gerenciales.

Durante el proceso de consulta algunos usuarios sugirieron incluir una versión desde el punto de vista gerencial, lo que mejoraría sus posibilidades de aportar soluciones. Para facilitar ese interés, se formuló la interrogante: ¿cuáles tecnologías gerenciales están asociadas a las brechas detectadas? Como resultado, aparecieron: gestión por procesos,

organización orientada al paciente, aseguramiento material, aseguramiento organizativo y competencias profesionales. Desde el punto de vista técnico, las dos primeras corresponden a tecnologías orientadas al servicio u operativas mientras que las restantes son del tipo de apoyo.

La gestión por proceso tiene un papel importante en la solución de las brechas evidenciadas dado que se orienta a brindar herramientas para la simplificación y racionalización de los procesos con una orientación clara a satisfacer las necesidades de los pacientes. La organización orientada al paciente es el concepto que guía la concepción contemporánea de los sistemas y servicios de salud. Si se analizan las brechas contenidas en este grupo, se podrá apreciar cómo ellas concentran todo lo que se hace en contra del paciente y de sus sentimientos, expectativas, modo de pensar o temores.

La aplicación de soluciones tecnológicas de tipo operativo sería insuficiente si no se emplean también las del tipo de apoyo pues, sin ellas, aquellas no pueden operar. En general, tanto un grupo como el otro pueden servir de guía para que los decisores sepan cómo pueden dirigir sus acciones correctivas.

Análisis en el entorno científico.

Las brechas mostradas en esta investigación encajan en los ocho grupos del enfoque Lean-sanidad ⁽³⁾ adaptado para su empleo en organizaciones sanitarias, aunque con marcada presencia en esperas, exceso, sobre producción, defectos y potencial humano. Un ejemplo de ellas son las que entrañan riesgos para la salud visual, comprometen diagnósticos y tratamientos oportunos y sobreañaden actividades repetitivas o innecesarias que se comportan como agresores.

En el estudio que se presenta las competencias insuficientes, los programas de estudio incompletos, las prescripciones erróneas y la falta de educación continuada, asociadas a las categorías diagnósticos, continuidad y apoyo social, son contradictorias con lo que plantea la literatura ⁽¹⁰⁾ sobre la necesaria capacitación de los médicos del primer nivel de atención en procedimientos para el diagnóstico y control de la oftalmopatía diabética y la actual tendencia al tratamiento intervencionista temprano de la catarata en pacientes diabéticos.

En general se aprecia que, las brechas para que los pacientes diabéticos tipo 2 accedan a una intervención quirúrgica oportuna de catarata, son reales, están presentes, son ahora conocidas y solo esperan ser resueltas. Se pudo constatar, además, que el problema original es más bien un conjunto de problemas.

Consideraciones generales

En general se aprecia que, las brechas para que los pacientes diabéticos tipo 2 accedan a una intervención quirúrgica oportuna de catarata, son reales, están presentes, son ahora conocidas y solo esperan ser resueltas. Se pudo constatar, además, que el problema original es más bien un conjunto de problemas. El hecho de partir de las expectativas de los pacientes aporta un giro diferente, más real, a cuando se emplean encuestas, se basa en las estadísticas disponibles o se consulta solo a los prestadores. Esta es una concepción que debiera tenerse en cuenta en futuros trabajos, que intenten descubrir cómo se prestan los servicios. En los sistemas y servicios de salud, los estudios de análisis, evaluación e impacto de brechas aportan los elementos científicos fundamentados requeridos para pasar a concebir e implementar la eliminación o reducción al máximo de las barreras que generan servicios no optimizados, inapropiados, inseguros, de alto costo y no orientados al paciente.

Referencias bibliográficas

1. Soler Porro AB, Corratgé Delgado H. Gestión de la planificación de actividades en el Ministerio de Salud Pública. Impacto en el trabajo gerencial. INFODIR [Internet]. 2024 [acceso 01/02/2025]; 44. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1570>
2. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Laborí Ruiz R. Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. INFODIR [Internet]. 2022 [acceso 01/02/2025]; (37). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1112>
3. Hormigó IF, León P, Galindo K, Rodríguez B, Gutiérrez M. Cirugía de catarata senil en diabéticos tipo 2. Rev. Cubana Oftalmol. 2020 [acceso 06/02/2025]; 33(3): [aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762020000300003&lng=es
4. Amado López KA, Osorio Rubio MP, Molina Gómez EA, Duarte Forero EI. Desarrollo De La Metodología Lean Health care en el servicio de medicina interna. Revista Ingeniería, Matemáticas y Ciencias de la Información. 2020 [acceso 06/02/2025]. DOI: <http://dx.doi.org/10.21017/rimci.2020.v7.n13.a74>
5. Arias González JL. Técnicas e Instrumentos de Investigación Científica. Enfoques Consulting EIRL. Arequipa-Perú. 2020 [acceso 06/02/2025]. Disponible en: [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26118w/Tecnicas 20e20instrumentos.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26118w/Tecnicas%20e%20instrumentos.pdf)

6. Edraw. Diagrama de afinidad: una herramienta Six Sigma para priorizar ideas [Internet]. 2020 [acceso 06/02/2025]. Disponible en: <https://www.edrawsoft.com/es/affinity-diagram-sixsigma.html>
7. Saif-Ur-Rahman KM, Mamun R, Anwar I. Identifying gaps in primary healthcare policy and governance in low-income and middle-income countries: protocol for an evidence gap map. *BMJ Open*. 2019; 9(2): e024316. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024316
8. Forni P, De Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología* [Internet]. 2020 [acceso 05/02/2024]; 82(1): [aprox 11 p.]. Disponible en: <https://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v82n1/401-v82n1a6>
9. Jiménez Chaves VE. Triangulación Metodológica Cualitativa y Cuantitativa. *Revista sobre estudios e investigaciones del saber académico (Encarnación)*. 2020 [acceso 05/02/2025];14(14): 76-8. Disponible en: <http://publicaciones.uni.edu.py/index.php/rseisa>
10. Pérez Padilla C, Herrera Lazo Z: Manejo quirúrgico de la catarata en pacientes diabéticos: aspectos a considerar. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2025 [acceso 01/02/2025]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5791>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

AUTORES:

Iraisi Francisca Hormigó Puertas. Doctor en Ciencias de la Salud, Profesor e Investigador Titular Facultad Victorias de Girón, Máster segmento anterior, Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Primer y Segundo Grado en Oftalmología y en Organización y Administración en Salud, Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7728-2208> E-mail: iraisi.hormigo@gmail.com

Aida Barbarita Soler Porro. Doctor en Ciencias de la Salud, Profesor e Investigador Titular, Doctora en Medicina, Máster en Educación Médica Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral, Especialista de Segundo Grado en Organización y Administración en Salud, Ministerio de Salud Pública. La Habana. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4180-2742> E-mail: aidasoler@infomed.sld.cu