

Título. Enfoque gerencial en relación a las brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata de diabéticos tipo 2. 2016-2019

Dr.C Iraisi Francisca Hormigó Puertas 1

Dr.C. Carmen Arocha Mariño 2

Dr. C. Orlando Carnota Lauzán 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. Institución Escuela Nacional de Salud Pública /Departamento Dirección en Salud, La Habana, Cuba, orlando.carnota@gmail.com
4. Policlínico Carlos J Finlay / medicina general integral, La Maya, Santiago de Cuba, katerinehormigo73@gmail.com

Resumen: *Lean*-sanidad o *Lean* Salud, es una metodología enfocada a identificar los puntos críticos del proceso de atención que no añaden valor para el paciente. 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 acciones o pasos que no generan valor para los pacientes, provocan complicaciones y gastos adicionales de recursos. Con el objetivo de generar evidencias desde un enfoque gerencial en relación a las brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata de diabéticos tipo 2. 2016-2019, 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 el Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer donde se exploraron las experiencias y expectativas de los pacientes, el criterio de médicos de familia y oftalmólogos. Se consultaron posibles usuarios para que aportaran criterios sobre la validez del estudio. Durante el desarrollo del estudio resultó evidente el protagonismo de las tecnologías gerenciales (aseguramiento material, aseguramiento organizativo, competencias profesionales, gestión por procesos y organización orientada al paciente. La valoración de su papel en el problema objeto de estudio fue clave para construir las conclusiones.

Palabras clave: catarata, diabetes mellitus, brechas, *lean* sanidad, tecnologías gerenciales

I. INTRODUCCIÓN

Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, Enji Toyota visitó la planta de Ford y al regresar a Japón, junto a Taiichii Ohno, dedujeron que ese tipo de producción no iba a tener el mismo éxito allí, a partir de los cual concibieron el Sistema de Producción Toyota, que en la actualidad se conoce como *Lean Manufacturing*.⁽¹⁾

Lean significa esbelto, ligero, limpio. Está formado por una serie de herramientas cuyo objetivo principal es reducir el costo, optimizar el tiempo y mejorar la calidad al disminuir los desperdicios- Es un proceso continuo de identificación y eliminación de actividades que no generan valor.⁽²⁾ A pesar de que, en los inicios, los conceptos de *Lean* fueron desarrollados para perfeccionar la producción de automóviles, se descubrió que sus principios podían ser aplicados en otro entornos, como la sanidad. En el caso de las organizaciones sanitarias se le conoce como *Lean Health Care*, *Lean-sanidad* o *Lean Salud*.⁽³⁾ Es una metodología enfocada a identificar, reducir o eliminar los puntos del proceso de atención que no añaden valor para el paciente. Son denominados brechas o mudas.⁽⁴⁾

Si estas características no se toman en cuenta, se facilita la ocurrencia de acciones redundantes y contradictorias, riesgos evitables para el paciente, diagnósticos tardíos, acciones secuenciales que debieran ser simultáneas, molestias y dolores evitables, desbalance entre cargas y capacidades, flujos no orientados al paciente y diseño físico complicado, entre otros⁽⁵⁾ la metodología incluye una caracterización de los siete tipos de desperdicios (brechas) más comunes.⁽⁶⁾ Estos desperdicios que se utilizan en muchos sectores, no se adaptan de forma total en el caso de los sistemas y servicios de salud, por lo que han surgido variantes más afines que se emplean como guía para trabajos de racionalización y simplificación de procesos en organizaciones sanitarias;⁽⁷⁾ tales como esperas, excesos, inventario, transporte, movimientos, sobreproducción, defectos, potencial humano).⁽⁸⁾

En la Encuesta Rápida de Ceguera Evitable conocida como RAAB realizado en Cuba en el año 2016 en personas de 50 años y más, reveló que la prevalencia de catarata en pacientes diabéticos, 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 %, y la cobertura de la cirugía de catarata fue de 25,5 %, además expusieron las barreras que les impidieron operarse de catarata, lo que las condujo a la ceguera o a una disminución de la agudeza visual. A diferencia de la investigación que realizó la autora en el Instituto cubanos de oftalmología sobre brechas en los servicios primarios de salud que interfieren en el acceso oportuno de los pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata, donde a partir de las percepciones, experiencias y sentimientos de los pacientes, se indagaron dichas brechas.⁽⁹⁾

La experiencia práctica de la autora; lo expuesto en la literatura nacional⁽¹⁰⁾ e internacional⁽¹¹⁾ sobre los procesos de atención a los diabéticos tipo 2 con catarata; la alta prevalencia de esta afección, según grados de discapacidad visual encontrada en el país en el año 2016⁽¹²⁾ el trabajo realizado en el Instituto cubanos de oftalmología sobre brechas, el enfoque gerencial derivados de la investigación son oportunos y accesibles a quienes deben trabajar en la solución de los problemas que se informan.

II.OBJETIVO

Generar evidencias desde un enfoque gerencial en relación a las brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata de diabéticos tipo 2. 2016-2019

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⁾ El período de estudio es de enero 2020 de a diciembre de 2021.

Después del estudio realizado en el instituto y tener las brechas identificadas, para la búsqueda de evidencias que respalden la consistencia de dichos resultados se utilizaron diferentes métodos, técnicas y procedimientos como: enfoque *Lean*-sanidad, diagrama de causa efecto y consulta a usuarios potenciales. Estos ultimo con el objetivo de: valorar las cualidades del estudio tales como credibilidad, transferencia y confirmación, enriquecer la interpretación de los datos y obtener sugerencias para mejorar la estructura y forma de presentación del producto final a los posibles usuarios y conseguir apoyos para incorporar un enfoque desde la gerencia.⁽¹⁴⁾

La propuesta de obtener una apreciación externa fue analizada en el equipo y se manejaron diferentes variantes, se hicieron consultas con posibles usuarios potenciales, para seleccionar a las personas se tuvo en cuenta el trabajo que realizan, la función que desempeñan o el cargo que ocupan, a los efectos de que aportaran juicios de valor acerca de la validez del método utilizado; las principales cualidades del estudio, tales como credibilidad, transferencia y confirmación y de los productos obtenidos. Además, podían aportar sugerencias acerca de cómo mejorar los formatos de salida. El resultado de dicha consulta se trianguló con el análisis de las brechas del estudio realizado en el Instituto y se procedió a la elaboración del producto final con un enfoque gerencial que diera pistas a los directivos y funcionarios de salud acerca de cuáles tecnologías, podrían ser empleados para hallar soluciones

Cuyo objetivo fue encontrar todas las tecnologías gerenciales de posible relevancia para este tipo de investigación. Luego se aplicó la técnica de reducción por criterio para eliminar los que no estuvieran asociados, lo cual redujo la lista a 15. Por último, se aplicó como criterio adicional, el de relevancia y la lista quedó en nueve. Al terminar, se eliminaron cuatro por no tener brechas localizadas o resultar posible unirlas a alguna de las otras cinco. De esta manera, los grupos temáticos actuaban como una nueva unidad de análisis. Se procedió a estudiar de manera integral las tecnologías gerenciales.

IV. RESULTADOS

Se tomaron en cuenta las necesidades, criterios y recomendaciones aportados por la consulta. De esta manera, se arribó un enfoque gerencial de las brechas identificadas y evidenciadas en la investigación realizada en el Instituto.

De la contrastación realizada se derivaron las siguientes consideraciones: los consultados aportaron elementos suficientes para considerar la validez de la investigación en términos de credibilidad, transferencia y confirmación, aparecieron nuevos elementos que confirman situaciones parecidas con respecto a otras enfermedades crónicas, en otros escenarios diferentes al estudiado, se reconocen las brechas presentadas como ciertas, habituales y producidas por causas iguales o parecidas, quedaron evidencias de 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 comunicados, 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

Los dirigentes de nivel medio y superior, plantean la conveniencia de un documento que pudiera ser la síntesis de todo el estudio, para ser utilizado como material de trabajo, así incluir punto de vista gerencial de las brechas encontradas de los que están relacionados con la solución de estos problemas.⁽¹⁵⁾

Cinco tecnologías gerenciales tienen presencia significativa en los discursos (aseguramiento material, aseguramiento organizativo, competencias profesionales, gestión por procesos y organización orientada al paciente). Todos, con carácter dinámico, se relacionan entre sí, además de su valor por separado.

Los procesos de atención a la salud se caracterizan por las múltiples, simultáneas y sucesivas actividades que se realizan por diferentes prestadores e instituciones, lo cual complejiza dichos procesos y da lugar a brechas desplazamientos innecesarios o complicados, citas a más consultas de las requeridas, indicaciones de estudios redundantes, recorridos evitables o simplificables y falta de integración, como se evidenció en lo expresado por los pacientes y prestadores.⁽¹⁶⁾ En este estudio, una posible simplificación de los procesos tendría un impacto positivo importante, pero no sería suficiente, pues quedarían fuera otros factores productores de brechas que no resultan tan evidentes.⁽¹⁷⁾

Por ejemplo, están los llamados aseguramientos, que son los que aportan los recursos materiales y la logís-

tica organizativa imprescindible para que los procesos se ejecuten.⁽¹⁸⁾ Las brechas en el aseguramiento material generalmente están asociadas a carencias o descontrol de medicamentos, insumos, reactivos, equipos y a materiales no clínicos, muchas veces provocado por mala gestión de inventarios, cuestión que repercute en la calidad de las consultas que se prestan y en la posibilidad de hacer diagnósticos correctos e indicar tratamientos adecuados.⁽¹⁹⁾ Muchas de estas situaciones están implícitas en los discursos de los pacientes, mientras que los proveedores las expresaron de manera directa.

El aseguramiento organizativo es uno de los problemas que más lastran los servicios de salud por el uso ineficiente de las capacidades y habilidades de las personas, de modo que se altera la comunicación entre prestadores y pacientes; se incapacita a las personas para su empoderamiento, se incrementa la carga laboral y se sobrepasa la capacidad instalada, se derrochan recursos con el consecuente aumento de costos y se evidencia la ineficiencia de los servicios aunque no falten recursos materiales.⁽²⁰⁾ Tanto pacientes como prestadores, mediante la expresión de sus experiencias permitieron identificar dichas brechas.

Las competencias profesionales en prestadores salubristas incluyen el manejo de procedimientos de carácter científico – técnico, decisiones que los médicos toman en relación a los pacientes, el contexto y los servicios sanitarios, el relativo poder de autoridad sobre los usuarios y las potestades inherentes a su status para generar demanda y utilización de recursos.⁽²¹⁾ Los prestadores reconocen que tienen en ocasiones conocimiento insuficiente de los avances en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, prácticas o procedimientos obsoletos que continúan en práctica e incapacidad para satisfacer las necesidades de un segmento de su población.⁽²²⁾

Las organizaciones sanitarias se interesan cada vez más en proporcionar una atención centrada en el paciente en lugar de la enfermedad. Transformar los sistemas de atención médica para la atención centrada en el paciente y brindar un mejor servicio integral es una tarea compleja, ya que todas las brechas obstaculizan este propósito. Los esfuerzos para transformar la cultura del cuidado de la salud requieren acciones sólidas y múltiples en todos los niveles de la organización, en el desarrollo del liderazgo, la adecuación de la estructura física y organizativa y en el cambio del papel del hegemónico de los prestadores.⁽²³⁾ Por tanto, los discursos de los implicados directos muestran que sigue habiendo desafíos para incorporar enfoques centrados en el paciente en el contexto de prioridades y regulaciones de salud.

Estos pacientes reciben información en algunos casos insuficiente, equivocada o desorientadora; la estructura y los procesos del servicio no son coherentes con sus necesidades, temores y urgencias, conocen que tienen una prioridad baja en el servicio y eso les promueve inseguridad, ciertos procedimientos les cargan de tareas, algunas de las cuales debiera proveerlas el propio servicio, tienen que ser muy persistentes para no resignarse a abandonar la batalla y, a esto, se añaden los elementos identificados en temas anteriores.

La transversalidad de algunas brechas y la aparición de otras derivadas de estas, que hablan a favor de problemas sistémicos y estructurales obligan a una mirada gerencial en su totalidad para utilizar tecnologías apropiadas. Habría que añadir que una visión completa debe incluir la atención primaria en general, pues

muchas de las brechas parecen ser comunes a otros padecimientos, según lo apreciado por la autora y confirmado por los tres grupos de usuarios potenciales, que fueron consultados al final de la investigación.

VI. CONCLUSIONES

La consulta a usuarios potenciales aportó juicios de valor que evidencian la validez del método utilizado y de los productos obtenidos, en relación con las brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata en pacientes diabéticos tipo 2.

Resultaron cinco tecnologías gerenciales (aseguramiento material, aseguramiento organizativo, competencias profesionales, gestión por procesos y organización orientada al paciente), tienen el mayor peso, no solo en cuanto al volumen de brechas que acopian, sino también en su capacidad para generar soluciones. Un enfoque gerencial al abordar la solución del problema permitiría aprovechar toda la experiencia en que esa materia se ha venido acumulando a través del tiempo y evitaría respuestas de compromisos, incompletas o demasiado costosas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martí JJ, Torrubiano J. Guía Lean Management. Mejorar los procesos para ser más competitivos. Madrid: Instituto d' Innovación Empresarial de les Illes Balears; 2016[citado 12 feb 2021]. Disponible en: https://issuu.com/aareii/femeval_com_lean_v3.
2. Bohorquez A. Desarrollo de una propuesta de mejoramiento continuo para el servicio de urgencias del Hospital Universitario de la Samaritana, con la aplicación de la metodología Lean Healthcare [Trabajo para optar título de Ingeniero Industrial]. Bogotá: Universidad Libre de Colombia; 2017.
3. Fernández MI. Aplicación del Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. *Metas Enferm.* 2016; 19(1): 21-6.
4. Solís R, Madriz E. Aplicación Ergo Lean- Manufacturing en análisis de valor. *Tecnología en Marcha.* 2009; 22(1): 24-8.
5. Valdebenito F, Hasbún J, Marchant M, San Morales L. Brechas en la atención primaria de salud a personas en situación de discapacidad. Síntesis de resultados [Informe]. Santiago de Chile: Symbolon; 2018.
6. The Lean Enterprise Academy. Lean Summit 2007. 1st. Global Lean Healthcare Summit; 2007[citado 12 abr 2021]. Disponible en: <http://www.leanuk.org/events/previous-events/lean-summit-2007-1st-global-lean-healthcare-summit.aspx>.
7. Payer M. Aplicación de la Metodología Lean a una línea del servicio de urgencias del Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid [Tesis]. Comillas: Universidad Pontificia ICAI ICADE; 2018.
8. Fuente. Vaz B, Almeida A, Branco C. Lean Healthcare, calidad sin derroche. Consorci Sanitari Integral. Barcelona: Universidad da Beira Interior. 2003. p. 3.

9. 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.
10. Rodríguez B. Prevención de ceguera por retinopatía diabética en Cuba ¿Dónde estamos? *Rev Cubana Oftalmol.* 2015; 28(1):119-28.
11. 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>.
12. Río M, Rodríguez BN, Padilla MC, Barroso R. Encuesta nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor Cuba 2016. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer; 2017.
13. 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.
14. Hernández R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2018.
15. Arellano A, Carballo B, Ríos N. Análisis y diseño de procesos, una metodología con enfoque de madurez organizacional. México: Pearson; 2017.
16. García I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, et al. Barriers in access to health-care in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med.* 2014; 106(1): 204-13.
17. Carnota O. Calidad con sustentabilidad. Pág. 86. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas 2019
18. Suárez L, Rodríguez SL, Martínez J. Satisfacción de los prestadores que laboran en los consultorios médicos en el municipio Colón en el período 2015-2016. *Rev Med. Electrón.* 2018; 40(6): 1765-79.
19. Flores A, Donoso R, Anguita R. Modelo de manejo en red y por telemedicina de la retinopatía diabética en dos comunas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. *Rev Med Chile.* 2019; 147(4): 444-50.
20. 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.
21. González CA, Bandera S, Valle J, Fernández J. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Medicina General y Familiar.* 2015; 4(1): 10-5.
22. Rossi T, Panozzo G, Mura GD, Giannarelli D, Ferrari D, Alessio G, et al. Diabetes y retinopatía diabética en pacientes que se someten a cirugía de catarata. *European Journal of Ophthalmology.* 2020; 30(2): 315-20.
23. 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.