

# Reconociendo y reduciendo las barreras a la cirugía de catarata



**Susan Lewallen**

Co-director, Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, Tumaini University/KCMC, PO Box 2254, Moshi, Tanzania.



**Paul Courtright**

Co-director, Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology, Tumaini University/KCMC, PO Box 2254, Moshi, Tanzania.

Alcanzar la meta de una mayor cobertura de cirugía de catarata establecida en el programa de VISIÓN 2020, requerirá grandes esfuerzos.

La cobertura de cirugía de catarata es inadecuada en muchos lugares por razones obvias tales como, una falta de mano de obra entrenada e insumos. Incluso habiendo servicios disponibles, pueden haber barreras que evitan que los pacientes utilicen los servicios. En países tan diversos como India, Brasil y Malawi, se ha mostrado que del 33 al 92% de pacientes ciegos por catarata, permanecen ciegos, incluso habiendo servicios quirúrgicos disponibles. Entender porqué la gente no se presenta para cirugía y modificar nuestros programas para reducir estas barreras es crucial si vamos a aumentar la cobertura quirúrgica de catarata.

## Costo de cirugía

El costo de la cirugía de catarata varía ampliamente y puede ser más de lo que la gente pobre, con pocos o ingresos no disponibles, puedan permitirse. Sería un error asumir sin embargo, que proveer cirugía de catarata gratis, resultará inmediatamente en una cobertura de cirugía de catarata más alta. Además de la cirugía propiamente, hay otros costos tales como el transporte al hospital, pérdida del trabajo por parte del paciente o el acompañante y costos de vida para este mientras el paciente está en el hospital.

En Nepal, sólo estos costos "no quirúrgicos" fueron calculados como en un quinto del ingreso anual de un paciente rural<sup>1</sup>. En India, la reducción del costo de la cirugía y la provisión de costos de transporte para el paciente han aumentado significativamente la aceptación de la cirugía de catarata<sup>2</sup>.

Los estudios en la India han demostrado que la mayoría de la gente desea pagar aproximadamente el promedio de un mes de ingresos familiar por una cirugía de catarata de alta calidad.

Ha habido enfoques innovadores para proveer servicios de alta calidad a un costo menor y probar e implementar éstos en otros lugares debería convertirse en una prioridad.

**El costo como barrera, puede ser reducido a través de:**

- Disminuir los costos de cirugía reduciendo los costos de suministros y equipos, además de mejorar la eficiencia
- Implementar una escala de precios para asegurar que los pobres puedan recibir la cirugía aun cuando no puedan pagar
- Reducir los costos no quirúrgicos tales como transporte y gastos para acompañantes.

## Distancia al hospital

La mayoría de los ciegos por catarata vive en áreas rurales, mientras la mayoría de los oftalmólogos vive en áreas urbanas.

El uso de servicios médicos occidentales (incluyendo los de catarata) está relacionado a la proximidad; la gente que vive lejos de un hospital tiende a no usar sus servicios. En Malawi, los curanderos tradicionales que viven lejos del hospital proveen más "tratamiento de catarata" que los curanderos tradicionales que viven cerca de los hospitales<sup>3</sup>. La gente usará primero lo que está más disponible a ellos (vea también el artículo de M Jalaluddin Khan: Modelo de Salud Ocular en Bangladesh: (Community Eye Health Journal Vol 13 No.34 2000 pp24-25).

**La distancia como una barrera puede ser reducida a través de:**

- Establecer programas de mayor alcance en áreas rurales
- Proveer transporte (desde las villas directamente al hospital y de regreso).

## Barreras sociales y culturales

Hay un aumento en la cantidad de información que demuestra que es significativamente menos probable que las mujeres accedan a cirugía de catarata en comparación con los hombres<sup>4-6</sup>, a pesar del hecho que las tasas de cirugía de catarata en mujeres son ligeramente más altas que la de los hombres. Hay muchas razones para esto: es menos probable que las mujeres estén alfabetizadas y que tengan acceso a la información acerca de los servicios; puede que las mujeres no tengan el apoyo social necesario en la vivienda o comunidad para permitirles recibir la atención; las mujeres a menudo no tienen un control adecuado sobre los recursos financieros domésticos y es generalmente menos probable que las mujeres viajen fuera de la comunidad para buscar servicios.

El concepto de ceguera es entendido diferentemente en distintas sociedades y en formas diferentes entre miembros de una misma sociedad<sup>7</sup>. Generalmente, a medida que las sociedades se desarrollan más, las expectativas de visión aumentan. En cualquier sociedad, la función visual de un paciente (una medida de las importantes tareas visual-dependientes que él o ella pueden hacer).

*Continúa en la pág. siguiente ►*



John DC Anderson

es una medida más importante de la necesidad de cirugía de catarata que la de agudeza visual por sí misma.

### **Los factores sociales y culturales como barrera pueden ser reducidos a través de:**

- Apoyar esfuerzos educacionales en grupos de mujeres
- Crear mecanismos de apoyo para mujeres mayores
- Enseñar al público que la ceguera no es un proceso inevitable del envejecimiento
- Educar al personal de atención de la salud acerca de las funciones visuales y su importancia en la selección de pacientes para la cirugía de catarata
- Hacer que los servicios de los servicios de salud ocular sean “amigables con el usuario” y así culturalmente aceptables.

### **Conocimiento de los servicios**

No se ha llevado a cabo una educación comunitaria acerca de catarata en la mayoría de las áreas; cuando lo sea, aumentará la demanda de cirugía. No solamente se debe hacer notar a los pacientes la existencia del servicio, sino que también necesitan saber qué esperar:

- ¿Cuánto tiempo tomará la cirugía?
- ¿Cuánto costará?
- ¿Será dolorosa?

El desconocimiento de los servicios como una barrera puede ser reducido a través de:

- Trabajadores de la salud (incluyendo trabajadores de rehabilitación comunitarios) y/o curanderos tradicionales para encontrar, examinar y educar pacientes acerca de la cirugía de catarata
- Pacientes operados exitosamente como educadores y motivadores
- Campañas educacionales, usando recursos publicitarios disponibles.

### **Confianza en el resultado de la cirugía**

Mientras que los pacientes de catarata satisfechos pueden servir como excelentes motivadores para que otros accedan a la cirugía, los pacientes con resultados malos, pueden crear el efecto contrario. El miedo a un mal resultado puede ser una razón legítima de los pacientes para rehusarse a la cirugía de catarata. Los programas pueden proveer consistentemente cirugía de catarata de alta calidad con buenos resultados si los pacientes desarrollan confianza en el programa.

Se ha demostrado en la India que la sola conversión del uso de anteojos para afaquia a los LIOs, resultó en un aumento significativo en la cobertura quirúrgica de catarata<sup>8</sup>. En las culturas (por ej., Egipto, Tíbet) en las que a las mujeres no les gusta usar anteojos, la conversión a los LIOs de alta calidad, puede ayudar a disminuir la diferencia entre hombres y mujeres.

### **La falta de confianza en un buen resultado, como barrera, puede ser reducida a través de:**

- Entrenamiento adicional de cirujanos para asegurar que la cirugía de catarata sea de alta calidad (el monitoreo de resultados puede ayudar a esto)
- Transición a la cirugía con LIO tan pronto como sea posible
- Evitar listas de espera, lo cual significa que los pacientes deben volver para la cirugía.

Las barreras variarán de acuerdo a las condiciones locales y costumbres. Las conversaciones con pacientes, líderes comunitarios y grupos de mujeres, pueden confirmar la existencia de barreras tales como las listadas más arriba o revelar otras inesperadas. Los programas que planean aumentar la tasa de cirugía de catarata, necesitarán determinar las barreras en cada área, ya sea relacionadas a los costos, distancias,

factores culturales/sociales, ansiedad/miedo u otras barreras y encontrar maneras creativas de vencerlas.

Nota de la Oficina Regional de IAPB/VISIÓN 2020 para Latinoamérica: Existe un excelente manual relacionado a éste tema, desarrollado el Dr. Geert Vanneste en colaboración con CBM, el cual puede ser descargado de la siguiente dirección:  
[http://www.v2020la.org/english/docs/Breaking\\_down\\_Barriers.pdf](http://www.v2020la.org/english/docs/Breaking_down_Barriers.pdf)

### **Referencias bibliográficas**

- 1 Brilliant GE, Brilliant LB. Using social epidemiology to understand who stays blind and who gets operated for cataract in a rural setting. *Soc Sci Med* 1985;21:553-58.
- 2 Ellwein LP, Lepkowski JM, Thulasiraj RD, Brilliant GE, the Operations Research Group. The cost effectiveness of strategies to reduce barriers to cataract surgery. *Int Ophthalmol* 1991;15:175-81.
- 3 Courtright P. Eye care knowledge and practices among Malawian traditional healers and the development of collaborative blindness prevention programmes. *Soc Sci Med* 1995;41:1569-75.
- 4 Brilliant GE, Lepkowski JM, Zurita B, Thulasiraj RD, the Operations Research Group. Social determinants of cataract surgery utilization in south India. *Arch Ophthalmol* 1991;109:584-89.
- 5 Courtright P, Kanjaloti S, Lewallen S. Barriers to acceptance of cataract surgery among patients presenting to district hospitals in rural Malawi. *Trop Geogr Med* 1995;47:15-18.
- 6 McCauley AP. Primary eye care: rural Balinese attitudes towards eye care and cataract surgery and suggestions for increasing demand for eye care services. Helen Keller International, New York, 1986.
- 7 Lane SD, Mikhail BI, Reizian A, Courtright P, Marx R, Dawson CR. Sociocultural aspects of blindness in an Egyptian delta hamlet: visual impairment vs. visual disability. *Med Anthropol* 1993;15:245-60.
- 8 Vaidyanathan K, Limburg H, Foster A, Pandey RM. Changing trends in barriers to cataract surgery in India. *Bull WHO* 1999;77:104-9.

**Este artículo fue originalmente publicado en Community Eye Health Journal Vol. 13 No. 34 2000 pp 20-21**