



Mejora de los servicios de cataratas en la India



Gudlivalleti vs Murthy

Director: Instituto de Salud Pública de India (Fundación de Salud Pública de India), Hyderabad, India.
murthy.gvs@iph.org



BK Jain

Síndico y Director: Shri Sadguru Seva Sangh Trust y Sadguru Netra Chikatsalaya, Chittrakoot, India.



BR Shamanna

Profesor Titular: Escuela de Ciencias Médicas, Universidad de Hyderabad, Hyderabad India.



D Subramanyam

Director: Programas de Oftalmología de la Comunidad, Sadguru Netra Chikatsalaya, Chittrakoot, India.

En muchos países el número de operaciones de cataratas realizadas es insuficiente incluso para hacer frente a las personas recientemente ciegas por cataratas, sin mencionar a las que ya eran deficientes visuales. Hay, por lo tanto, una acumulación de casos que requieren cirugía. Esto podría deberse a la escasa capacidad quirúrgica (personas que están en una lista de espera) o a la falta de demanda de cirugía de cataratas (las personas no se han presentado a los servicios y por lo tanto no existe una lista de espera).

India ha tenido mucho éxito en el aumento de su tasa de cirugía de cataratas (el número de operaciones por millón de personas por año), desde poco más de 700 en 1981, a 6.000 en 2012^{1,2}. Esto se aproxima a la tasa de cirugía de cataratas estimada de 8.000-8.700 necesaria para eliminar la ceguera por catarata en la India³. En gran parte, esto es el resultado de una mayor eficiencia, a cirujanos capaces de realizar las operaciones de veinte por día gracias a las innovaciones en la técnica quirúrgica, del buen trabajo de equipo con los niveles adecuados de personal, del uso de la cirugía ambulatoria y de mejoras en el diseño en la sala de operaciones⁴.

No obstante, para que la gente pueda acudir a operarse en grandes cantidades, se debe crear en la comunidad la demanda de cirugía de cataratas. Esto significa que:

- 1 La población debe tomar **conciencia**. Deben saber que la enfermedad que tienen es catarata, que la cirugía da buenos resultados y a dónde ir para ser operados.
- 2 La gente debe tener **acceso**. Tiene que haber servicios disponibles a su alcance, miembros de la familia que estén dispuestos a apoyarles o permitir que la persona se someta a una cirugía de catarata y debe superarse con éxito cualquier otro obstáculo de la cirugía (por ejemplo, las personas con discapacidad o las mujeres).
- 3 Las personas deben poder **pagar** la cirugía de catarata y los costos asociados (por ej. el transporte).



Este vehículo ayuda a entregar materiales educativos en la comunidad durante los campamentos de tamizaje.

Por último, los pacientes y sus familias deben tener confianza en la calidad y seguridad de la cirugía.

En la India, se han utilizado enfoques de marketing social para crear conciencia sobre la catarata. Esto incluye abordar las creencias sobre su causa (por ej., que se trata de una "acción de Dios") y mejorar la comprensión a la gente de que la catarata ocurre comúnmente en las personas mayores y puede ser tratada.

Los servicios de mejor calidad ayudaron a aumentar la credibilidad en la cirugía de catarata y mejorar la confianza de la gente en los servicios que se ofrecen.

Mediante la identificación de barreras como el costo, la distancia o la falta de un acompañante se pudo proporcionar soluciones adecuadas (como subsidios, transporte y apoyo práctico para los acompañantes); así los prestadores de servicios de la India pudieron dar prioridad a las poblaciones de difícil acceso donde están incluidas las mujeres, las poblaciones indígenas y los pobres. Se proporcionó un "menú" de opciones de servicio y se dejó que las personas escogieran sus servicios en función de su capacidad de pago.

El sector de organizaciones no gubernamentales (ONG) y los oftalmólogos de la India han seguido experimentando con enfoques innovadores para aumentar la demanda de los servicios de cataratas,

muchos de los cuales han sido adoptadas por los países en el resto del mundo. Diferentes enfoques incluyen campamentos de tamizaje en la comunidad para diagnosticar a aquellos que necesitan cirugía; así como el uso de consejeros para explicar el procedimiento, pronóstico y expectativas; junto a mecanismos de precios diferenciales y la producción local de insumos y equipos quirúrgicos. Sadguru Netra Chikatsalaya (SNC), Sri Sadguru Seva Sangh Trust, Chittrakoot, se encuentra en una región remota y económicamente necesitada de la India central. Es un ejemplo de un hospital que ha podido generar con éxito la demanda de la cirugía de catarata, incluso para aquellos que les es más difícil alcanzarla y también ha hecho asequible la cirugía. La naturaleza feudal y la privación socioeconómica de esta región son bien conocidas.

En este artículo se pretende mostrar cómo el hospital ha:

- creado una demanda de servicios de cataratas en la comunidad, incluso en el verano
- llegado a quienes eran más difíciles de alcanzar
- abordado el problema del costo y asequibilidad de la cirugía.

¿Qué ha cambiado?

SNC ha evolucionado desde un campamento quirúrgico improvisado que solo funcionaba durante los meses de invierno (una época en que las comunidades pensaban que la cirugía era más segura), hasta una instalación permanente, asequible, de gran tamaño y calidad. Un hospital de ojos con 350 camas, construido en 2004 gracias a un innovador ejercicio de planificación llevado a cabo en 2002.

Aunque el plan inicial era proporcionar servicios sin costo alguno para los pacientes, durante el ejercicio de planificación se hizo evidente que SNC tendría que generar ingresos de los pacientes a fin de garantizar la sostenibilidad a largo plazo. El Cuadro 1 muestra cómo las cosas han cambiado.

Los campamentos de tamizaje para el diagnóstico de catarata ahora se llevan a cabo en diez distritos en Uttar

Cuadro 1: Resultado del ejercicio de planificación efectuado en el 2002

Antes del ejercicio de planificación	2013
Creación rápida de recursos humanos calificados: Dificultad de traer a los oftalmólogos	60 oftalmólogos de tiempo completo y personal de soporte administrativo dedicado
23.525 operaciones de cataratas por año	117.543 operaciones de cataratas por año
45% implantes de lentes intraoculares (LIO)	99% implantes de LIO
12% de cirugía de cataratas durante los meses de verano	35% de cirugía de cataratas durante los meses de verano
65% cirugía gratis; 34% subsidiada; 1% de los pacientes pagan el costo total	43% cirugía gratuita; 42% subsidiada; 15% de los pacientes pagan el costo total
Predominantemente dependiente de organizaciones no gubernamentales y filántropos para solventar los costos. La Sociedad de Lucha Contra la Ceguera del Distrito y los filántropos pagaban la cirugía gratuita.	Todos los gastos corrientes cubiertos por los aranceles de los pacientes. Cirugía gratuita financiada por becas de la Sociedad de Lucha Contra la Ceguera del Distrito



Pradesh y en seis distritos de Madhya Pradesh siguen un esquema muy regular, por lo que las comunidades saben cuándo los campamentos de tamizaje se realizarán y en cual lugar. El hospital de ojos atiende a una población total de casi 50 millones de personas. La atención ocular primaria se ha fortalecido mediante la creación de 26 centros de la visión. La nueva construcción está apoyada por las ONG mientras que la cirugía gratis y la logística asociada son apoyadas por la Sociedad de Lucha contra la Ceguera del Distrito. Todos los demás gastos de funcionamiento corren por cuenta del propio hospital. Todas las operaciones se efectúan en el hospital de base y el traslado de ida y vuelta del hospital se facilita sin costo alguno para los pacientes. El seguimiento postoperatorio se realiza en el centro de la visión cercano y en el siguiente campamento de tamizaje que tendrá lugar en esa zona.

El resultado de estas iniciativas se reflejó con el aumento en la prestación de servicios (Cuadro 2). Esto ilustra cómo los servicios de cataratas se pueden hacer accesibles, aceptables y asequibles incluso en una zona muy difícil de llegar donde hay falta de prestadores. Este hospital es un ejemplo de cómo los servicios de cataratas basados en las necesidades se pueden prestar y sostener de manera adecuada, además se logran alcanzar y mantener una trayectoria de crecimiento con un buen gobierno y liderazgo junto a un equipo colaborador.

¿Cómo se produjeron estos cambios?

Para superar las barreras del desequilibrio estacional, la dirección del hospital inició

un programa de difusión en los meses de verano. Los controles de la visión gratuitos, el transporte gratuito y los servicios de alimentación y asesoramiento sin cargo motivaban a la gente a aceptar los servicios y esto condujo a un aumento gradual del volumen de pacientes.

El equipo de tamizaje tuvo problemas durante los tres primeros años, ya que el concepto de la cirugía durante los meses de verano era totalmente nuevo en la región. Para dar a conocer los servicios que ofrecía, SNC distribuía material educativo, organizaba reuniones periódicas con miembros influyentes de la comunidad e involucraba a la comunidad local a los eventos clave en el hospital.

El asesoramiento de los pacientes se centraba en las mejoras de las técnicas de cirugía de cataratas, es decir, el implante de un LIO.

Otro reto era garantizar que también se presentaran para ser operadas las mujeres, las personas pobres y con discapacidades. Para esto se utilizaron diversas estrategias.

- Se organizaron campamentos en lugares rurales remotos para acortar la brecha entre el hospital y la comunidad.
- Se proporcionó gratuitamente transporte, medicamentos, exámenes, asesoramiento dietético y cirugía a las personas pobres o necesitadas.
- Se organizaron sesiones de orientación y educación regular a los jefes de familia para alentarlos a que las mujeres de su familia acepten estos servicios médicos.
- Se ofreció transporte y alojamiento gratuito a las personas que acompañaban a los pacientes ciegos de ambos ojos, a los que tenían un solo ojo y a los discapacitados.

Cuadro 2: Resultados de los enfoques innovadores implementados en SNC Chitrakoot, India

Parámetros	2002	2013	% cambio
Pacientes ambulatorios registrados	97,304	549,220	464%
Cirugías realizadas	29,315	117,543	301%
Número de campamentos de tamizaje	42	547	1202%
Recuperación de costos operativos	78%	100%	
Cirugías con LIO	55%	99%	80%

- Se alentó a uno o dos voluntarios de cada zona visitada a que acompañaran a los miembros de su comunidad a la cirugía en el hospital. Esto reduce el costo indirecto a las familias. El alojamiento y la comida también se proporcionaban a los voluntarios que acompañaban a los pacientes de regreso a casa después del alta.

Para reducir el miedo, que afecta la disposición a aceptar la cirugía, el SNC adoptó los siguientes enfoques:

- usar un modelo (a escala) de lente intraocular durante el asesoramiento para explicar a los pacientes sobre los implantes de lente intraoculares, etc. empleando un lenguaje sencillo y dialecto local para aconsejar a los pacientes
- explicar las instalaciones disponibles en el hospital
- permitir que los familiares viajen con el paciente
- compartir las historias de personas, de la misma comunidad, que han sido operadas con éxito. (El relato de alguien contando cómo aumentó su productividad después de la cirugía para también alentar a las familias a aceptar y apoyar la cirugía).

Actualmente, SNC se dedica a la prestación de servicios de divulgación a través de diez equipos de tamizaje y 26 centros de visión en un radio de 250 km del hospital.

El aumento de los campamentos de tamizaje en la comunidad tuvo un impacto positivo en el número de pacientes que acudían espontáneamente a SNC. Ha habido un crecimiento paralelo en el número de operaciones realizadas como consecuencia de los campamentos de tamizaje y las que se realizan en pacientes que se presentan directamente en el hospital.

¿Qué se puede aprender de SNC?

Para que este modelo funcione en otro lugar, es necesario que haya una adecuada gestión de programas, una planificación con asignación efectiva de los recursos, y una revisión periódica de las estrategias. En el área atendida por SNC, los obstáculos relacionados con la concientización, el acceso y la asequibilidad son muy similares a los de otros países donde el acceso a los servicios es deficiente. Hemos demostrado que pueden superarse mediante la perseverancia y el uso de un enfoque estratégico.

Referencias

- 1 Aravind S, Haripriya A, Sumar Taranum BS. Cataract surgery and intraocular lens manufacturing in India. *Curr Opin Ophthalmol* 2008; 19:60-65.
- 2 National Program for Control of Blindness: State wise targets and achievements for various eye diseases during 2012-13. <http://npcb.nic.in/writereaddata/mainlinkfile/File292.pdf>. Visitado el 18 de enero de 2014.
- 3 Dandona L, Dandona R, Anand R, Srinivas M, Rajasekhar V. The outcome and number of cataract surgery in India: policy issue for blindness control. *Clin Exp Ophthalmol* 2003; 31: 23-31.
- 4 John N, Murthy GVS, Vashist P, Gupta SK. Work capacity and surgical output for cataract in the National Capital Region of Delhi and neighboring districts of North India. *Indian J Public Health* 2008; 52: 177-184.