

# Acceso para cirugía de catarata en diabetes. Un estudio cualitativo con enfoque gerencial

Access for cataract surgery in patients with diabetes.  
A qualitative study with a managerial approach

Iraisi Francisca Hormigó-Puertas<sup>1</sup>,  Carmen Arocha-Maríño<sup>2</sup>,  María Isabel Ávalos-García<sup>3</sup>,   
Antoine Castillo-Arocha<sup>4</sup>,  Katerine Hormigó-Tablada<sup>5</sup> 

DOI: 10.19136/hs.a22n3.5604

Artículo Original

• Fecha de recibido: 21 de marzo de 2023 • Fecha de aceptado: 7 de julio de 2023 • Fecha de publicación: 18 de septiembre de 2023

Autor de correspondencia

María Isabel Avalos-García. Dirección postal: Avenida Méndez S/N  
Colonia Tamulté de las Barrancas, Villahermosa, Tabasco, México.  
Correo electrónico: isaavalos67@hotmail.com

## Resumen

**Objetivo:** Explorar las brechas que existen para el acceso a la cirugía de catarata en personas con diabetes tipo 2.

**Materiales y métodos:** 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 46 pacientes en seis grupos de discusión, se obtuvo el criterio de nueve médicos de familia y seis oftalmólogos del nivel primario de salud, en dos grupos de discusión.

**Resultados:** Las experiencias de pacientes, médicos de familia y oftalmólogos, organizadas por categorías (diagnóstico, continuidad y comunicación, apoyo social y carga laboral) tienen en su contenido las brechas presentes en el proceso asistencial.

**Conclusión:** Las brechas identificadas en este estudio son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata.

**Palabras clave:** Brechas en el estado de salud; Diabetes mellitus; Extracción de catarata; Estudio de evaluación.

## Abstract

**Objective:** To explore the gaps that exist for access to cataract surgery in people with type 2 diabetes.

**Materials and methods:** A qualitative research of a phenomenological type with a managerial approach was carried out. Management tools and techniques by health processes and Lean-health methodology were used. The field work was carried out in the municipalities of La Lisa, Marianao and Playa where the experiences and expectations of 46 patients were explored in six discussion groups, the criteria of nine family doctors and six ophthalmologists from the primary health level were obtained, in two discussion groups.

**Results:** The experiences of patients, family doctors and ophthalmologists, organized by categories (diagnosis, continuity and communication, social support and workload) have in their content the gaps present in the care process.

**Conclusion:** The gaps identified in this study are sufficient to explain why many patients do not access cataract surgery in a timely manner.

**Keywords:** Gaps in health status; Mellitus diabetes; Cataract extraction; Evaluation study.

<sup>1</sup> Doctora en Medicina. Doctora En Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Investigador Titular. Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Doctora en Medicina. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>3</sup> Doctora en Ciencias de la Salud por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Investigadora en el Centro de Salud con Servicios Ampliados No. 1, Tabasco, México.

<sup>4</sup> Doctor en Medicina. Hospital clínico quirúrgico Joaquín Albarrán / Cirugía, La Habana, Cuba.

<sup>5</sup> Doctora en Medicina. Policlínico Carlos J Finlay / Medicina General Integral, La Maya, Santiago de Cuba.



## Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere especial manejo en el nivel primario de salud. Según la Federación Internacional de la Diabetes existen más de 537 millones de personas en el mundo afectadas por esta enfermedad y habrá un incremento a 783 millones para el año 2045.<sup>1</sup> Esta situación plantea un desafío para los sistemas y servicio salud<sup>2</sup> derivado de sus complicaciones, puesto que más de 93 millones de personas en la actualidad sufren algún tipo de daño ocular por esta causa.<sup>3</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, el verdadero impacto de la diabetes sobre la visión es mayor del que se calcula en la actualidad.<sup>4</sup> Este problema provoca enfermedades visuales que pueden llevar a la discapacidad, aunque las estadísticas ignoran la pérdida de visión cuando no llega a ser ceguera legal.<sup>5</sup> La catarata del diabético, como otras complicaciones oftalmológicas, requieren de un tratamiento quirúrgico.<sup>6</sup>

Un estudio en Colombia publicado por Orduz y colaboradores sobre brechas en diabetes hace referencia a que los pacientes desde su diagnóstico en la atención primaria son evaluados y tratados a través de su evolución clínica por varios especialistas sin la debida continuidad, uniformidad y concordancia de criterios. El estudio revela que las brechas identificadas ocasionan confusión en la atención interdisciplinaria, efectos adversos, mal control, mayor morbilidad y mortalidad. Este fenómeno, llamado medicina fracturada es más contraproducente que beneficioso, rompe el esquema de atención ideal en diabetes y en muchos aspectos.<sup>7</sup>

Por otra parte, investigadores cubanos señalan que la discapacidad visual en personas con diabetes, se ha limitado a estudios en 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.<sup>8</sup> 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 con diabetes 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 %.<sup>9</sup>

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 pacientes sobre barreras que les impidieron operarse de catarata, lo que las condujo a la ceguera o a una disminución de la agudeza visual.<sup>9</sup>

Dichas situaciones son infrecuentes, la literatura muestra estudios sobre casos de brechas en el proceso de atención a los pacientes con diabetes por incumplimiento de aspectos normados, tanto a nivel internacional como de países. Dentro de estas están las relacionadas con complicaciones oftalmológicas. Cuba no escapa a esta situación.<sup>10</sup>

Para afrontar estos problemas en el campo de la gestión existe una metodología para la mejora de la calidad llamada Lean, que nace dentro de la industria automotriz y manufacturera, pero ha sido adaptada al ámbito de la salud. Esta corriente de pensamiento “identifica y elimina desperdicios” para “agregar valor” al paciente.<sup>11</sup> Sus principios fundamentales son: especificar el valor desde el punto de vista del cliente, identificar los pasos en el flujo de valor y eliminar los que no crean valor, hacer que fluyan sin problemas hacia el cliente, dejar que los clientes obtengan valor desde la siguiente actividad y comenzar el proceso hasta alcanzar la mejora.<sup>12</sup>

Por otro lado, las brechas en salud en este estudio se refieren a disparidades o diferencias en el acceso a la atención médica, las necesidades de atención y los servicios médicos que presentan diversas poblaciones, en este caso las personas con diabetes.<sup>13</sup> El enfoque Lean sanidad se orienta a la atención centrada en el paciente y plantea una manera innovadora de administrar los procesos teniendo el propósito de identificar oportunidades de mejora, reducir los tiempos, abatir los costos y elevar la calidad.

Para tal efecto, se realizó un estudio con el objetivo de explorar las brechas en los servicios primarios de salud para el acceso de personas con diabetes tipo 2 a la cirugía de catarata, a través de la metodología lean sanidad.

## Materiales y métodos

Se realizó una investigación cualitativa bajo el método fenomenológico<sup>14</sup> con enfoque gerencial en el Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. El enfoque gerencial se originó del empleo de herramientas y técnicas de la gestión por procesos en salud y la metodología Lean- sanidad.<sup>13</sup> Participaron 46 personas seleccionadas a través de muestreo de casos tipo o grupos homogéneos de los municipios de Playa, La Lisa y Marianao, de la provincia de La Habana. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 operados de catarata, entre enero de 2016 y diciembre de 2019, con cualquier técnica quirúrgica (facoemulsificación o tunelizada), que no accedieron de forma oportuna a la cirugía, al llegar al Instituto con más de cinco años de evolución de la diabetes mellitus y opacidad del cristalino de tres cruces o más y/o daño en el fondo de ojo y que aceptaron participar en el estudio.

Criterio de exclusión: pacientes con limitaciones mentales, auditivas o de expresión oral, los imposibilitados en la locomoción y no contar con quien pudiera acompañarlos en caso de requerirlo y los que no aceptaron participar en el estudio.

Para obtener la información sobre las experiencias, criterios, sentimientos y expectativas de pacientes con diabetes tipo 2 operados de catarata, se trabajó con seis grupos de discusión acerca de los procesos de atención médica recibidos, se realizaron dos rondas de 60 minutos en promedio. Se incluyó a nueve médicos familiares y seis oftalmólogos bajo muestra no probabilística y muestreo de casos tipo o grupos homogéneos, caracterizados por ser los proveedores de atención de los pacientes de los sectores mencionados que durante un año o más hubieran trabajado de manera ininterrumpida en un mismo consultorio, aceptando participar en dos grupos de discusión con duración de 50 minutos en promedio. Para este proceso se emplearon guías de entrevista por cada grupo (pacientes y médicos) con preguntas detonadoras o catalizadores previamente validados por prueba piloto, contenido teórico y juicio de expertos. En el trabajo con los grupos participaron un moderador que fue el investigador principal y dos observadores, previamente capacitados. El período de estudio fue de enero de 2017 a diciembre de 2020.

Posterior a eso, se realizó la transcripción textual de lo expresado por los informantes, se realizó el proceso de codificación, saturación, análisis, triangulación de la información, obteniéndose una primera versión de causas que podían influir de forma negativa en el tránsito de los pacientes con catarata en los servicios primarios de salud. Al tomar en cuenta el enfoque metodológico Lean – sanidad se definieron dichas causas como acciones, decisiones, o movimientos que no generan valor para el paciente, por lo que a los efectos de esta investigación se reconocen como brechas.

Mediante trabajo en equipo orientado a consenso, se emplearon técnicas de diagrama de afinidad<sup>15</sup> y a partir de las asociaciones de los contenidos de las expresiones textuales quedaron conformados seis tipos de categorías.<sup>16</sup> Se realizó una revisión de cada una con el fin de verificar si las ideas agrupadas obedecían a los criterios de asociación definidos con anterioridad.

Para efectos de garantizar la validez y rigor científico del estudio participaron expertos que aprobaron el diseño establecido. Se analizaron las categorías, se supervisó el proceso de reducción o saturación y la triangulación de la información recolectada de los pacientes con respecto a la opinión del médico de familia y especialistas para determinar la experiencia de cada uno. Esto produjo un balance en la información, proceso indispensable para poder conseguir representatividad del fenómeno para derivar en las conclusiones del estudio.

## Resultados

Los resultados manifiestan la estructura gerencial y salubrista del estudio, lo que sirvió de línea conductora para la organización del proceso de trabajo y facilitó la organización y análisis de las sucesivas experiencias. Las categorías de análisis consideradas fueron:

**Apoyo social:** Diferentes formas o momentos en que el paciente requiere ayuda física, psicológica, económica o técnica por limitaciones relacionadas con su movilidad, medicación, comprensión del entorno, traslados, exámenes, tratamientos o necesidades personales, de forma que pueda realizarlas de la manera más segura posible. Incluye el papel del sistema en tener en cuenta y asegurar ese apoyo.

**Carga laboral:** Conjunto de operaciones, acciones, decisiones, movimientos, empleo de recursos, demoras, llenado de documentos, reuniones o contradicciones entre órdenes que, por su carácter no clínico o por brechas organizativas, reducen y complican la capacidad del prestador para realizar un trabajo asistencial a la altura de las necesidades de sus pacientes.

**Comunicación:** Relaciones de intercambio físico, gestual o simbólico entre el prestador y el paciente, en el que debe manifestarse la capacidad de ambas partes para escuchar o ser escuchado, entenderse y ser entendido. Incluye las fallas que se originan a escala de instituciones o del sistema de salud.

**Continuidad:** Secuencia durante la cual el paciente recibe los servicios de atención a su salud desde los diferentes proveedores, lugares, momentos y espacios, sin que se produzcan brechas, redundancias, interrupciones, desabastecimientos, descoordinaciones, conflictos en horarios, zigzagueos o retrocesos.

**Diagnóstico:** Todos los procesos, acciones, medios, evidencias, decisiones, competencias de los prestadores e informaciones que se relacionan con determinar la causa de los problemas de salud del paciente, la oportunidad y la exactitud de hacerlo, las prescripciones asociadas y las consecuencias positivas o negativas que se derivan de su certeza.

**Incertidumbre:** Mitos, miedos, valores, actitudes, inseguridad o frustraciones que se conforman en el paciente y que le provocan reacciones negativas con respecto a su padecimiento, a la forma de incorporarlo a su vida y de responder a las orientaciones de sus prestadores. Se originan en problemas de personalidad, comunicación, tendencias, valores culturales o religiosos, experiencias negativas, fallas en el sistema de salud o conocimientos erróneos o insuficientes.

El estudio realizado muestra que cada categoría agrupa brechas que de una manera u otra tienen las mismas características o raíces. A continuación, se interpretan los resultados derivados de los relatos de los pacientes y médicos por cada categoría:

### **Brechas: Apoyo social**

En este rubro los pacientes expresan su vulnerabilidad física y la necesidad de ser apoyados por sus médicos. En lo que se refiere a los médicos de familia manifiestan dificultades de tiempo debido a las labores asistenciales derivadas de otros programas prioritarios y cargas burocráticas de tipo administrativo, que limitan en cierta medida el apoyo a los pacientes. Por otra parte, los oftalmólogos destacan la conducta tardía de los pacientes en solicitar ese apoyo, mencionan también la falta de acompañamiento de la familia y factores relacionados con la organización de los servicios con especial énfasis en la retroalimentación inter-niveles.

### **Brechas: Carga laboral**

A nivel de las expresiones de los pacientes se pueden ver fallas en el diseño del servicio, la demora del cuidado, la falta de resolutivez y el trabajo colateral extenuante que ellos observan en sus médicos. Por su parte los médicos de familia y oftalmólogos manifiestan sobre carga de trabajo en ambos niveles de atención y falta de medicamentos para resolver las necesidades y problemas de los pacientes.

### **Brechas: Comunicación**

Las brechas en comunicación aparecen con mucha fuerza en lo dicho por los pacientes acerca de la falta de explicación, de orientación y de escucha activa por quienes los atienden. En ese orden de ideas los médicos argumentan que por el tiempo limitado no hacen fomento a la salud, tienen poco tiempo para examinar a los pacientes y recalcan la escasa corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su salud.

### **Brechas: Continuidad.**

En esta categoría se observa como los pacientes expresan la necesidad de que los procesos de atención fluyan de tal manera que el seguimiento a su padecimiento sea oportuno, pero sobre todo que se cuente con los insumos y la capacidad para resolver sus problemas y necesidades. Los médicos en ambos niveles de atención reconocen la falta de continuidad, la carencia de medicamentos, la interrupción del seguimiento o retroalimentación entre ellos en beneficio del paciente. Los oftalmólogos reconocen las necesidades de los pacientes, pero también los recursos escasos en otros servicios como el de óptica.

### **Brechas: Diagnóstico.**

Los pacientes en esta categoría revelan los efectos de las fallas del diagnóstico médico, pero no identifican sus causas. Los médicos ponen sobre la mesa lo relacionado con los contenidos curriculares en la formación profesional, la capacitación continuada, la escasez de recursos de toda índole y la falta de integralidad asistencial, tan contundente esto último que expresaron lo siguiente: "...cada uno ve un pedacito del paciente".

### **Brechas: Incertidumbre.**

Es en esta parte donde se refleja el temor de los pacientes, la inseguridad por no saber que tienen, como debería abordarse su padecimiento, el sufrimiento por dejar de ver es lo que más expresan. Los médicos de familia manifiestan incertidumbre al no saber lo que sucede a los pacientes que canalizan con el especialista, los pierden en ese lapso. Por otro lado, reconocen la falta de atención oportuna por los trámites burocráticos sin poder hacer nada. Los oftalmólogos por su parte reconocen que manejan criterios para cirugía extremos "de más pérdida de la visión" y por el lado de los pacientes que algunos aún tienen la creencia que pueden quedar ciegos si se operan.

## **Discusión**

Las cataratas siguen siendo el principal motivo de ceguera y afectan a más de 18 millones de personas en el mundo.<sup>17</sup> Este padecimiento se considera una de las primeras causas de discapacidad visual en pacientes con diabetes.<sup>18</sup> Precisamente por ese hecho, es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento que garantice la cirugía correctiva en este tipo de pacientes que pueden presentar mayores complicaciones por su condición mórbida.

Los resultados de este estudio permiten tener una idea clara de las brechas que a través de la experiencia de los informantes limitaron el acceso oportuno a la cirugía de catarata en el nivel primario.

En la categoría apoyo social se concentran brechas que impiden que los pacientes se sientan seguros física y psicológicamente con la atención recibida por el médico de familia y el especialista, hecho significativo sobre todo en personas con discapacidad visual. Las expresiones tanto de los pacientes como de los médicos denotan el insuficiente apoyo, las maneras en que la organización sanitaria no provee los servicios o los limita para resolver los problemas y necesidades de sus clientes. Aquí sale también a relucir el escaso acompañamiento familiar que es básico en pacientes con algún tipo de minusvalía. Estudios muestran que el apoyo social y familiar puede llegar a reducir el estrés y mejorar la calidad de vida en pacientes con diabetes.<sup>19,20,21</sup> La presencia

Tabla 1. Categoría apoyo social

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“Me mandaron al centro. Empecé a ver mal hace como diez años. Me dijeron que era un problema de glaucoma. En otro me plantearon que no era glaucoma sino catarata. “Lloraba porque me iba a quedar ciega”.</p> <p>Al fin logré operarme. Tengo 72 años. Yo no podía hacer nada en la casa no me podía valerme ni coser, además me decían que no tenías esperanza sin embargo me operé y de verdad que me cambió la vida”</p> <p>“Los médicos de familia atienden a los diabéticos porque están dispensarizados y lo que le dan es dieta, pero nada más”.</p>	<p>“Tenemos muchos programas que atender, el diabético no es lo más importante de todo lo que nos piden, entonces priorizamos el PAMI”.</p> <p>“La asistencia médica se ve en decadencia, hay mucha burocracia te piden muchos papeles y nos hemos olvidado del paciente”.</p> <p>“Otros nos preguntan que, si ya nosotros podemos dar varios tarjetones porque la renovación del tarjetón de las gotas de los ojos no las puede dar el oftalmólogo, es tan difícil llegar a ellos”.</p>	<p>“Los pacientes llegan cuando tienen mala visión. Desde de que hicieron la reorganización de los servicios cada vez vienen menos pacientes a hacerse fondo de ojo, algunos dicen que le quedan muy lejos desde donde viven”.</p> <p>“ No existe una retroalimentación entre oftalmólogo y médico de familia”.</p> <p>“Hay pacientes que no tienen quien los acompañe”.</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

Tabla 2. Categoría carga laboral

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“Los médicos de familia son muy impotentes, le han quitado muchas cosas que podían ser resueltas ahí mismo”</p> <p>“ Los turnos del oftalmólogo son muy largos. Escasean los medicamentos para los diabéticos. Los médicos de familia están muy cargados de trabajo”.</p> <p>“No todos los consultorios tienen lo que deben tener. Los médicos tienden a llenar más papeles que atender a los pacientes”.</p> <p>“Priorizar más al diabético, ir a su casa. Un solo oculista que va una vez a la semana provoca grandes demoras”.</p> <p>“A veces el médico de familia es nulo para tantas personas y especialidades. El consultorio está siempre lleno de personas. ¿Por qué un solo médico para atender a miles de pacientes?”</p> <p>“ Mucho trabajo colateral sobre el médico de familia. Jamás el médico de familia ha ido a ver a mi mamá.</p>	<p>“Tenemos que atender mucha población porque si el médico del otro consultorio está en su rotación, o se va de misión, uno tiene que asumir esa población y nunca llega a conocer a la población”</p> <p>“La dispensarización es rígida siempre es la misma dentro del mismo grupo, por ejemplo, el grupo tres que es el enfermo siempre se ve cada tres meses esté bien o más enfermo”.</p> <p>“Los programas en teoría están bien diseñados, pero no funcionan bien, se convierten en un tedio tal que dificultan el buen funcionamiento al final es un caos”.</p>	<p>“Existen problemas en el cuadro básico de medicamentos”.</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

Tabla 3. Categoría comunicación

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“Tengo 83 años. Diabética, hipertensa. Me quejaba de falta de visión desde hacía más de diez años, pero no me hicieron caso”</p> <p>“Tengo 78 años y más de 30 de diabética. Nunca me hicieron chequeo de la vista. No he recibido orientación de los problemas de los ojos. No pude operarme hasta el 2015”.</p> <p>“Nunca me habían explicado que el diabético podía tener problemas con la vista. A mi esposa le diagnosticaron catarata y a mí no. A ella le dijeron que por ahora no había nada que hacer”.</p> <p>“A mí nadie de los que me atendió asoció la catarata con la diabetes. El oculista nunca viene al policlínico”.</p>	<p>“ Lo que hacemos es solo lo asistencial, nada de promoción porque no nos da tiempo”.</p> <p>“De las alteraciones de los diabéticos las que uno maneja es riñón, pie diabético, del ojo retinopatía, pero no porque uno lo examina”.</p> <p>“Los pacientes son irresponsables, mentirosos, engañan a los médicos, no hacen dieta, no hacen lo que les toca.</p>	<p>“Muchos vienen hacerse FO porque si no le dan la dieta, es decir que para ellos no es importante FO sino solo por la dieta.</p> <p>“...no existe una retroalimentación entre oftalmólogo y médico de familia”.</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

Tabla 4. Categoría continuidad

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“No funciona nada en seguimiento. Nunca ha pasado nadie del policlínico para ver como estoy. Si viene el oculista y una va sin remisión no la atienden”.</p> <p>“Los médicos de familia no tienen nada con que trabajar. En el policlínico no le dan la atención que requieren los diabéticos. No hay seguimiento posterior”.</p> <p>“Poca atención a pacientes diabéticos en los consultorios. Nunca fui evaluada por el oftalmólogo del área”.</p> <p>“El recorrido médico de familia, policlínico se toma cuatro meses y por el camino se queda ciego”.</p>	<p>“Cuando mandamos a los diabéticos a las demás especialidades nunca sabemos los resultados, no hay contra referencia”.</p> <p>“Cuando usted le da la remisión al oftalmólogo ellos dicen que solo le hacen refracción y después no le sirven los espejuelos”.</p> <p>“Yo no sé con la carencia de recurso que tenemos cada vez piden más, además cada jefe de programa pide por su lado como si el de él fuera el más importante y nosotros en el medio entonces las enfermedades crónicas quedan en un segundo plano”.</p>	<p>“Solo tenemos oftalmoscopio monocular, carencias de gotas para dilatar y el flujograma de los pacientes no es bueno.</p> <p>“Es verdad que casi todos los diabéticos que llegan a consulta tienen catarata de diferente intensidad, pero uno no lo manda a operar porque todavía ven, se espera que la visión caiga más”.</p> <p>-“Hay pacientes que no vienen porque les queda muy lejos, entonces tienen que venir un día sacar el turno, otro a la consulta y luego lo remiten, tienen que alquilar un bicitaxi para que lo lleve hasta allí o un carro y es muchos gastos, para que después no encontrar los espejuelos, porque el servicio de óptica es un problema cuando no hay cristales, es que no hay armadura”.</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

Tabla 5. Categoría diagnóstico

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“Siempre padecí de la vista. Fui al médico de familia y me dijeron que era Glaucoma. Nunca me remitieron al oftalmólogo. Después me dijeron que era catarata pero que uno de los ojos ya no tenía solución. Al final me operaron ahora en el Instituto los dos ojos y veo bien”.</p> <p>“Soy diabética de muchos años con problemas de la vista y el MF no me remitió nunca al oculista, tuve que resolver por un amigo. En el centro me decían que tenía solo problemas de retina”.</p> <p>“Soy diabética desde los 35 años, ahora tengo 62. Me trato en el centro y allí me diagnosticaron glaucoma porque no veía, pero esto fue un error. Entonces fui a otro policlínico y era catarata”.</p>	<p>“En el programa de estudio de MGI las afecciones oftalmológicas en la diabetes, no existen, solo hablan algo de la retinopatía, pero es superficial desde la carrera”.</p>	<p>“En el programa de estudio de oftalmología la diabetes es muy superficial. Con anterioridad en los exámenes estatales de oftalmología había un clínico”.</p> <p>No hay buena capacitación, debe existir mejor integración con la atención secundaria y terciaria”.</p> <p>“Hay hospitales de atención secundaria que es lo mismo que una de atención primaria, es decir que no tienen medios para tomar ninguna conducta quirúrgica o de tratamiento con láser”.</p> <p>“Se ha perdido la integralidad de la asistencia al paciente diabético cada uno ve el pedacito del paciente”.</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

Tabla 6. Categoría incertidumbre

Pacientes	Médicos de familia	Oftalmólogos
<p>“Tenía muchos problemas antes de operarme, no veía los colores ni podía leer. Mi sufrimiento era grande mientras no me operé”.</p> <p>“Más de 40 años con diabetes. Me trato en el hospital anti-diabético. Nunca me hablaron de catarata, solo me hacían refracciones y nuevos espejuelos. Me mandaron unas góticas. No veía nada. Me decían concéntrate y yo le decía estoy concentrada pero no veo. Me dijeron que el problema era de la retina. En otro hospital que fui me mandaron a prepararme para una operación de catarata pues casi no veía y el día de la operación, cuando fui me dijeron que no la necesitaba. Casi quedo ciega Ya estoy operada”.</p>	<p>“Cuando mandamos a los diabéticos a las demás especialidades nunca sabemos los resultados, no hay contra referencia</p> <p>“Los pacientes han perdido la credibilidad de los consultorios, solo van por recetas, dieta, ya que no puedes tratar ni a un diabético descompensado, tiene que esperar al clínico para que le haga el tarjetón y a veces se pasan dos meses para verlo y más, todo ese tiempo sin tratamiento, porque si no viene el día que le toca a su consultorio por cualquier eventualidad hay que esperar cuando nos toca de nuevo”.</p>	<p>“Es verdad que todavía manejamos criterios de más pérdida de la visión para la cirugía de catarata”</p> <p>“...los pacientes todavía tienen criterios que si se operan se quedan ciegos”</p>

Fuente: Grupos de discusión de pacientes, médicos familiares y médicos oftalmólogos.

de complicaciones que limitan la capacidad visual hace todavía más necesario el acompañamiento de un familiar en los procesos de atención médica.

La categoría carga laboral tiene que ver con el balance entre carga y capacidad por parte de los médicos de familia y oftalmólogos que se relaciona con el servicio a los pacientes. En este contexto tanto pacientes como médicos coinciden con la brecha de atención presentada, debido a la elevada carga de pacientes por atender que demerita en alguna medida los procesos de atención oportuna. Resultados similares se

observaron en una investigación en 252 médicos de atención primaria de donde se observó que la falta de tiempo para tratar pacientes complejos (diabetes) era un factor que impedía lograr un buen control.<sup>22</sup>

Es bien sabido que las personas con enfermedades crónicas demandan de mayor tiempo para recibir la atención médica y afrontan mayores dificultades, siendo frecuente que las necesidades de una gestión clínica eficaz, apoyo psicológico e información no se cumplan como debieran.<sup>23</sup>

La comunicación como una categoría explorada en este trabajo fue insuficiente, esta se refiere a la relación entre entender y ser entendido, entre escuchar y ser escuchado como elementos 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 mínimo, se trata de identificar la homogeneidad de intereses que va más allá de preparar recetas y ordenar tratamientos. Las brechas en comunicación aparecen con mucha fuerza en lo expresado, aunque no se dijo de forma específica. Más aún cuando se sabe que la buena comunicación en el contexto clínico es una responsabilidad del médico, pero además debe ser una responsabilidad de las organizaciones de salud. Desarrollar una comunicación adecuada, eficaz y humanizada, contribuye al logro de la misión de los sistemas sanitarios, para el bienestar de las personas enfermas <sup>24</sup>.

La categoría continuidad analizada se manifestó en la expresión típica del enfoque por procesos y tuvo que ver con el hecho de que el flujo de acciones, tareas, decisiones y abastecimientos que van desde las entradas hasta las salidas, se interrumpieron en algún momento. Esas fallas se identificaron en este estudio como baches, desperdicios, rupturas o brechas. En sistemas y servicios de salud la continuidad es una condición básica para su buen funcionamiento. Por tanto, las brechas asociadas a esta categoría influyen y perjudican la operación de las demás. Estos datos coinciden con lo publicado en un estudio donde la vinculación entre los niveles de atención fue una brecha en el proceso de atención (referencias y contra referencias).<sup>25</sup>

Con base en la literatura mundial revisada, brindar servicios integrales para dar continuidad a la atención del paciente, desde la atención primaria hasta la terciaria es determinante en la calidad de cualquier prestación sanitaria. Elementos indispensables tales como el componente clínico diagnóstico, capacidad instalada, información, procesos de atención y costos. Incluyendo el enfoque en la planificación de servicios y la gestión de la información a la medida del paciente mejoraron los resultados y la satisfacción.<sup>26,27,28</sup>

## Conclusiones

Es un reto para los sistemas de salud en el mundo afrontar las repercusiones a la salud de una pandemia silenciosa como lo es la diabetes y es un desafío urgente para la salud pública mejorar los procesos de atención.

Con base a lo anterior, podemos concluir que lo expresado por los informantes es suficiente para demostrar la presencia de brechas en el proceso asistencial, por lo que los pacientes con diabetes tipo 2 no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata.

La investigación aporta información valiosa sobre las vivencias de los informantes clave (pacientes, médicos familiares y oftalmólogos), coincidiendo en puntos críticos a través de la triangulación.

De esta manera se logró visibilizar las áreas de oportunidad de mejora, percibidas como brechas en este estudio y que con la combinación de técnicas con enfoque gerencial se pudo lograr.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

La investigación se apega a los principios éticos, fue aprobada por el comité investigación del Hospital y se firmó la carta de consentimiento informado por parte de pacientes y médicos.

## Contribución de los autores

Conceptualización: I.F.H.P.; Curación de datos: A.C.A., K.H.T.; Análisis formal: C.A.M., M.I.A.G.; Investigación: I.F.H.P.; Metodología: I.F.H.P., C.A.M., A.C.A.; Supervisión: C.A.M., M.I.A.G.; Validación: C.A.M., M.I.A.G.; Visualización: K.H.T., A.C.A.; Redacción – Borrador original: I.F.H.P., M.I.A.G.; Redacción: revisión y edición: M.I.A.G., C.A.M.

## Referencias

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: <https://www.diabetesatlas.org>
2. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(4): 489–551. Disponible en: [10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)
3. 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 2023]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/material/103/diabetes-y-salud-ocular-guia-para-profesionales-de-la-salud>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Ginebra: 2016[citado jun 2023]. 86 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>

5. 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 Mar 2022]; 30: e2191. Disponible en: <http://doi.org/10.15174. au. 2020. 2191>.
6. 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. Disponible en: [10.1177/1120672120910375](https://doi.org/10.1177/1120672120910375)
7. Orduz López, A., Urquijo Quintero, H. y González, Y. (2017) "Las brechas entre la diabetes, el paciente y el equipo de atención. Estrategia para disminuirlas", *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 4(1), págs. 28–33. Disponible en: [10.53853/encr.4.1.105](https://doi.org/10.53853/encr.4.1.105)
8. 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
9. Ríos Torres M, Rodríguez Rodríguez BN, Padilla González CM, Barroso LR. Encuesta Nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor, 2016. La Habana: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
10. 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 junio 2023]; 9(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638>
11. Womack, J. P., Byrne, A. P., Fiume, O. J., Kaplan, G. S., & Toussaint, J. *Going Lean in Healthcare*. IHI Innovation Series White Paper Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 3 (2005): 42-48.
12. Lean Enterprise Institute. *Principles of Lean*. Lean Enterprise Institute, 2015. (28 January 2023, date last accessed) Disponible en: <https://www.lean.org/lexicon-terms/lean-thinking-and-practice/>
13. Riley WJ. Health disparities: gaps in access, quality and affordability of medical care. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2012;1 23:167–72; discussion 172-4.
14. Camargo Mendoza, J. P. (2020). *Uso de la fenomenología en la investigación en el área de la salud*. Disponible en: <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/50>
15. Miro; c. *Affinity Diagram Template*. 2021 [citado junio 2023]; [aprox 9 p.]. Disponible en: <https://miro.com/templates/affinity-diagram/>
16. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage Publications, Inc.1998. United States, London, New Delhi.
17. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-1053. DOI:10.2337/diacare.27.5.1047
18. Kelkar A, Kelkar J, Mehta H, Amoaku W. Cataract surgery in diabetes mellitus: A systematic review. *Indian J Ophthalmol*. 2018;66(10):1401-1410. DOI:10.4103/ijo.IJO\_1158\_17
19. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, et al. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. *Qual Health Res*. 2018;28(12):1871-1882. DOI:10.1177/1049732318784906
20. Spencer-Bonilla G, Ponce OJ, Rodriguez-Gutierrez R, et al. A systematic review and meta-analysis of trials of social network interventions in type 2 diabetes. *BMJ Open*. 2017;7(8):e016506. Published 2017 Aug 21. DOI:10.1136/bmjopen-2017-016506
21. Ellwardt L, van Tilburg T, Aartsen M, Wittek R, Steverink N. Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. *PLoS One*. 2015;10(3):e0116731. Published 2015 Mar 3. DOI:10.1371/journal.pone.0116731
22. LeBlanc ES, Rosales AG, Kachroo S, Mukherjee J, Funk KL, Schneider JL, Nichols GA. Provider beliefs about diabetes treatment have little impact on glycemic control of their patients with diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015 Feb 24;3(1):e000062. DOI: 10.1136/bmjdre-2014-000062
23. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*. 2001; 20(6): 64-78. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64
24. Pires CM, Cavaco AM. Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2014;60(2):156-172. DOI:10.1590/1806-9282.60.02.014

25. 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 Ene 2023 44(2): 61-8. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1534/1366>
26. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(5):561-570. DOI:10.1093/intqhc/mzu071
27. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(2):141-146. DOI:10.1093/intqhc/mzi016.
28. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health Commission.* 2018; 6: 1196-252. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

