

## Artículo original

**Invisibilidad de los pacientes diabéticos tipo 2 para el acceso oportuno a la cirugía de catarata. 2021-2022****Invisibility of type 2 diabetic patients for timely access to cataract surgery. 2021-2022**

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

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

Ana Rosa Jorna Calixto. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-4019-4706>.

Belkys Rodríguez Suárez. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0794-1191>

Eneida de la Caridad Pérez Candelaria. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5998-812X>.

Julianis Noemí Lages Ruiz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5380-4155>

Autor encargado de la correspondencia: Iraisi Francisca Hormigó Puertas. Correo electrónico: [iraisi.hormigo@gmail.com](mailto:iraisi.hormigo@gmail.com)

**RESUMEN**

**Introducción.** La visibilidad del paciente empieza por la capacidad de la entidad para conocerlo, comprenderlo, individualizarlo, superar sus expectativas y fidelizarlo. **Objetivo.** Indagar las brechas que hacen invisible a los pacientes diabéticos tipo 2 para el acceso oportuno a la cirugía de catarata. **Método.** 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 Centro de Microcirugía Ocular donde se exploraron las experiencias, expectativas de los pacientes y el criterio de oftalmólogos. **Resultados.** Brechas que causaron invisibilidad a los pacientes: competencias didácticas insuficientes; continuidad interrumpida; inseguridad económica; diagnósticos tardíos; sobrecarga asistencial; falta de apoyo familiar; déficit de insumos quirúrgicos; no intersectorialidad; diagnóstico erróneo; inestabilidad del material gastable; información insuficiente; déficit de recurso humano; pacientes desvalidos; servicios médicos incompletos; brechas en los servicios primarios; exámenes incompletos; obsolescencia equipos quirúrgicos y de climatización; servicios mal organizados; prestadores agobiados; aumento del costo social; prestadores desmotivados; desbalance ente carga-capacidad; factores disuasivos; excesos de pacientes; centros médicos no accesibles; inestabilidad de

medicamento; surtido insuficiente de medios diagnósticos. **Conclusiones.** Las categorías: diagnóstico, continuidad y aseguramiento quirúrgico son las de mayor peso, no solo en cuanto al volumen de brechas que acopian, sino también por su capacidad para generar otras categorías.

**Palabras claves:** invisibilidad del paciente; brechas; diabetes tipo 2.

## ABSTRACT

**Introduction.** The visibility of the patient begins with the entity's ability to know them, understand them, individualize them, exceed their expectations and build loyalty. **Objective.** Investigate the gaps that make type 2 diabetic patients invisible for timely access to cataract surgery. **Method.** A qualitative phenomenological research with a managerial approach was carried out. Process management tools and techniques in health and Lean-health methodology were used. The field work was carried out at the Ocular Microsurgery Center where the experiences, expectations of patients and the criteria of ophthalmologists were explored. **Results.** Gaps that caused invisibility for patients: insufficient didactic skills; interrupted continuity; economic insecurity; late diagnoses; care overload; lack of family support; shortage of surgical supplies; non-intersectorality; misdiagnosis; instability of expendable material; insufficient information; human resource deficit; helpless patients; incomplete medical services; gaps in primary services; incomplete exams; obsolescence of surgical and air conditioning equipment; poorly organized services; overwhelmed providers; increased social cost; unmotivated providers; imbalance between load-capacity; deterrent factors; excess of patients; medical centers not accessible; medication instability; insufficient assortment of diagnostic means. **Conclusions.** The categories: diagnosis, continuity and surgical insurance are the most important, not only in terms of the volume of gaps they contain, but also for their ability to generate other categories.

**Keywords:** patient invisibility; gaps; type 2 diabetes.

## Introducción

La visibilidad del paciente empieza por la capacidad de la entidad para conocerlo, comprenderlo, individualizarlo, superar sus expectativas y fidelizarlo. En épocas anteriores, el prestador diseñaba sus productos y servicios según su criterio, sería lo que mejor aceptaría el futuro usuario. En la actualidad esto no debe ocurrir así y el sector de la salud no es ajeno

a lo anterior, las personas que acceden a la atención sanitaria lo hacen por razones distintas al placer o al entretenimiento, e incluso les toca ser una parte activa de su tratamiento para recuperar su salud.<sup>(1)</sup>

Hacer visible al consumidor en el caso de los sistemas y servicios de salud, es necesario y tiene las mismas reglas que en otros sectores. La dificultad estriba en cómo lograrlo, cuando muchos suponen aún, que su papel en este proceso es pasivo y que como dijera Hipócrates: “ahora bien, es mucho más lógico que los enfermos sean incapaces de cumplir lo que se les ha prescrito, que el que los médicos prescriban lo que no debieran”.<sup>(2)</sup>

A pesar de que, los conceptos de Lean fueron desarrollados para perfeccionar la producción de automóviles, se descubrió que sus principios podían ser aplicados en las organizaciones sanitarias y se le conoce como Lean Health Care, Lean-sanidad o Lean Salud.<sup>(3)</sup> Es una metodología enfocada a identificar los puntos críticos del proceso de atención que no añaden valor para el paciente, estos son conocidos como brechas o mudas.<sup>(4)</sup> Además, las deficiencias en los servicios sanitarios por brechas como diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados u otras causas que no generan valor para los pacientes, provocan gastos adicionales de recursos y lleva a la invisibilidad del paciente. En el caso de Cuba un estudio relacionado con el tema hace referencia a que las brechas en el acceso estuvieron vinculadas a la no búsqueda de atención a pesar de percibir la necesidad.<sup>(5)</sup>

Además, los autores de la investigación, constataron que los pacientes que se intervienen son adultos mayores con catarata grado III o IV y tienen más de cinco años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, agravado por la demora en la cirugía (más de un año de espera), por el cese de la actividad quirúrgica durante la pandemia de COVID y la inestabilidad quirúrgica después de la misma. Esta afirmación se respalda en las estadísticas del Centro de Microcirugía Ocular (CMO), ya que el promedio de cirugía de catarata de los pacientes diabéticos en el Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”, entre años 2002 al 2022 fue de mil 366, sin embargo, el promedio en los años de estudio fue de 297. Es por ello que, con el objetivo de indagar las brechas que hacen invisible a los pacientes diabéticos tipo 2 para el acceso oportuno a la cirugía de catarata, se realizó la presente investigación.

### **Métodos**

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológica con enfoque gerencial, en la que se emplearon herramientas y técnicas procedentes de la gestión por procesos en salud y la metodología Lean- sanidad.<sup>(6)</sup> En el CMO del Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón

Pando Ferrer”, La Habana. Durante el período comprendido entre enero de 2021 a diciembre de 2022. Se comenzó con la búsqueda de literatura y documentos que resultaran esenciales para sustentar la investigación. Se creó una base de datos informatizada, lo que permitió la búsqueda a texto abierto bajo diferentes criterios.

Se obtuvo la autorización de la dirección del Instituto para acceder a la base de datos del CMO. A partir de lo cual se confeccionó un listado de todos los pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata (36), se revisó la historia clínica digital de cada uno y se confeccionó un listado con los datos generales de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Pacientes diabetes tipo 2 operados de catarata, entre enero de 2021 y diciembre de 2022, con más de un año de espera para la cirugía. Con cualquier técnica quirúrgica (facoemulsificación o Blumental modificada), que no accedieron de forma oportuna a la cirugía. Pertenecientes al municipio Playa, y que aceptaron participar en el estudio. Como criterio de exclusión: pacientes con limitaciones mentales, auditivas o de expresión oral, los imposibilitados en la locomoción y los que no aceptaron participar en el estudio.

La muestra quedó conformada por 21 pacientes. Las unidades de análisis fueron las categorías que emergieron de los discursos. Se acordó que se comenzaría con un grupo de discusión de siete pacientes y se convocarían tantos como fueran necesarios, hasta que los discursos fueran reiterativos y no aportaran nada nuevo.

Las experiencias, criterios, sentimientos y expectativas de pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata acerca de los procesos de atención médica a sus padecimientos constituyen el centro de la investigación. Se realizaron grupos de discusión para conocer cómo había sido el tránsito de los pacientes por el centro de microcirugía ocular. Para asociar los contenidos de los discursos se utilizaron técnicas de diagrama de afinidad<sup>(7)</sup> y emergieron las categorías, empleadas como unidades de análisis.

Se exploró los criterios de los oftalmólogos del CMO, por ser prestadores fundamentales en el proceso de atención de los pacientes. Se realizaron entrevistas no estructuradas, de manera que se aseguró coherencia para la confrontación y revelar las causas que podían influir de manera negativa en el acceso oportuno a la cirugía de catarata. Mediante triangulación se confrontaron los resultados del análisis entre pacientes y prestadores, con respecto a una selección de los materiales disponibles en la base de datos informatizada que estuvieran vinculados con las brechas que causan invisibilidad a los pacientes y sus conceptos afines.

Se obtuvo el consentimiento del comité de ética de investigación del Instituto para las investigaciones con seres humanos. A los pacientes y oftalmólogos que participaron en el estudio se les solicitó su aprobación para utilizar los resultados con fines científicos.

### Resultados

Para visualizar los hallazgos teóricos, metodológicos al diseño y el análisis de los resultados del estudio, se partió de las características que tienen los procesos de atención desarrollados en los sistemas de salud. Dentro de ellas la dispersión, debido a los lugares físicos por donde transitan las personas para ser atendidas y la variedad de profesionales, técnicos que intervienen con sus medios, instrumentos, procedimientos y puntos de vista diferentes.<sup>(8,9)</sup>

Las categorías emergieron con facilidad dado el nivel de redundancia que se aprecia en los discursos. Reflejan la estructura salubrista del estudio, sirvieron para la organización del proceso de trabajo y facilitaron la organización de los sucesivos discursos. Esto lo permite las investigaciones cualitativas.<sup>(10)</sup>

#### Categorías con contenidos y discursos asociados

**Apoyo social:** 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 y la familia en tener en cuenta y asegurar ese apoyo.

“Tengo tres infartos. Nunca he tenido problemas con ningún médico, pero después de la pandemia es otro sistema de salud, pocos médicos, medicamentos, los costó para llegar hasta la consulta. Cuando empecé a no ver me enviaron directo a la liga demoré, pero ya me operaron”.

**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 brechas que se originan a escala de instituciones o del sistema de salud.

“Los oftalmólogos de los policlínicos no tienen nada para atender, pero no solo ellos, muchos hospitales están así, yo fui a varios y nada, nadie da una explicación y cuando llego aquí no había lente, al fin ya me operé”.

**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.

“A veces para ver a un oftalmólogo hay que ir a siete casitas para encontrar un médico para que de una remisión para el oftalmólogo. La historia clínica no existe. El problema es que sin la remisión el oftalmólogo no lo acepta y después hay que esperar para cuando te den el turno”.

**Diagnóstico:** 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.

“ A mí nadie de los que me atendieron asoció la catarata con la diabetes. El oculista nunca viene y para operarme no había recursos”.

**Aseguramiento quirúrgico:** procesos, acciones, decisiones, recursos materiales y humanos, modo de trabajar que actúan como mecanismos de apoyo para la realización de las actividades estratégicas y operativas. Las brechas en aseguramiento comprometen el trabajo de la razón de ser de la organización, tanto en cantidad como en calidad.

“Para hacerme la dieta es que me mandan al oftalmólogo, me hago la glicemia, a veces las tirillas no me alcanzan y son caras. El oftalmólogo no me dijo nada, me remitió parar el instituto porque él no tiene como tratar mi problema. Aquí me remitieron para retina y ahí demore porque no había una inyección que había que ponerme, yo sabía que tenía catarata porque yo veía lo mismo que mi mamá, un punto negro, solo me mandaron los espejuelos porque no había lente para operarme”.

### **Discursos de los prestadores oftalmólogos del Centro Microcirugía Ocular**

El discurso de los prestadores permitió ampliar la visión del estudio, contrastar sus puntos de vista con los de los pacientes y encontrar respuestas que ayudaron a profundizar lo que estos quieren decir, hallar explicaciones y generar conocimientos. A continuación, ejemplos de estos discursos:

“Existen fallas en la administración y distribución de los recursos materiales, lo que imposibilita crear estrategias para garantizar la asistencia, es muy difícil trabajar y los pacientes son más exigentes”

“Existe lista de espera, debido a las carencias de insumos para la actividad, la quirúrgica”

“Deficiente actividad intersectorial, muchos hospitales sin realizar cirugía, entonces el centro se sobrecarga de pacientes”

“La población sin la información adecuada acerca de las causas de disminución de la visión y el momento oportuno para su solución desde la atención primaria”

“Los servicios de oftalmología en la atención primaria están deprimidos. Los médicos y pacientes arrastran que la catarata no está madura y pueden esperar, consideran que operar es cuando la visión le interfiera en la realización de sus actividades”

“En muchos casos, los pacientes no tienen apoyo del familiar para la cirugía”

### **Discusión**

El enfoque principal de los grupos de discusión fue que hablaran de su tránsito desde el diagnóstico de catarata hasta la cirugía en el CMO, la tónica generalizada fue la de expresar trabas, inconvenientes y desviaciones que retrasaban el momento en que debían acceder a la cirugía, lo que hace al paciente invisible en el proceso asistencial. La casi totalidad de los discursos muestran dificultades para transitar de forma natural por los procesos asociados a su atención oftalmológica. “Mire, existen problemas para hacer los análisis y los medicamentos de la diabetes, los oftalmólogos, aunque quieran, no tienen nada con que trabajar”.

### **Análisis de los discursos y categorización**

En general, los pacientes tienden a reflejar aquello que le es más significativo, por lo que el contenido del discurso tiene la carga específica del contexto, el objetivo del estudio, la situación concreta, el sistema de salud y la población participante, lo cual representa un valor añadido.<sup>(11)</sup> Si se hace una vinculación entre los discursos de los pacientes y los grupos tipificados del enfoque Lean-sanidad, resulta posible descubrir que todos los que aparecen hasta ahora, se insertan de forma perfecta en los grupos tipificados de brechas.<sup>(12)</sup> Lo demuestra que son brechas que hacen invisible al paciente.

En los discursos abordan las deficiencias como resultado de mecanismos mal concebidos o mal aplicados, en ningún momento culpan a sus prestadores, a los que también consideran afectados. La participación fue espontánea,<sup>(13,14)</sup> predominaron, las emociones y cierta sensación de agradecimiento pues al final pudieron operarse. A diferencia del estudio realizado sobre la calidad de los servicios de salud en el que se utilizaron encuestas de satisfacción, mostró resultados favorables. Sin embargo, al enfocar los discursos a partir de las experiencias aparecieron brechas que demuestran la invisibilidad del paciente.<sup>(15)</sup>

### **Análisis de brechas implícitas en discursos de pacientes desde las categorías**

En un mismo discurso hay brechas correspondientes a diferentes categorías lo que permite tener una idea de la concatenación de causas que atentaron contra el acceso oportuno a la cirugía de catarata de estos pacientes. Por otra parte, en varios discursos se asocian brechas de comunicación y diagnóstico. Importante también es la asociación en los discursos en cuanto al aseguramiento quirúrgico, diagnóstico y la comunicación entre ellos y los pacientes. No menos relevante, es el apoyo social que manifiestan los pacientes a consecuencia del quebrantamiento de la continuidad de la atención. Se muestra que cada categoría agrupa brechas que de una manera u otra tienen las mismas características, tributan a más de una categoría y causan invisibilidad del paciente.

Las brechas implícitas en los discursos de los pacientes representan invisibilidad no solo para ellos, sino también para la eficiencia del servicio. Además, los prestadores tienen sus propios problemas y estos se proyectan como limitaciones para responder de forma adecuada a las perspectivas de los pacientes y, sobre todo, para que los mismos logren un acceso oportuno a la cirugía de catarata. No se aprecian grandes contradicciones, a diferencia de lo encontrado por López<sup>(16)</sup> en su estudio.

### **Interrelación conceptual y práctica entre los discursos de pacientes y oftalmólogos**

Esta interrelación resultó fundamental para que emergieran elementos que contribuyeron en la solución de la invisibilidad de los pacientes y el acceso oportuno a la cirugía de catarata. Se aplicaron para el discurso de los prestadores las mismas categorías empleadas en los discursos de los pacientes. Del análisis de las categorías entre los dos grupos de discursos se dedujo un nuevo conocimiento acerca de las causas de invisibilidad del paciente, lo que permitió contextualizar el problema, develar interacciones, comportamientos y puntos de vista de usuarios y prestadores sobre un mismo problema.

### **Triangulación entre discursos de los implicados directos y la base de datos informatizada**

En la confrontación de resultados se pudo apreciar, relación entre lo que los pacientes apreciaban como brechas que causan invisibilidad del paciente durante su tránsito por el sistema de salud y lo que los prestadores planteaban como limitaciones para hacer su trabajo. O sea, el punto de vista parecía distinto, pero el problema era el mismo.

Otro elemento interesante es que los pacientes llegaban a entender el comportamiento de los prestadores, pues muchos de los problemas que estos últimos tenían les resultaban

evidentes, por ejemplo, la no disponibilidad de los recursos. Al mismo tiempo, los prestadores mostraban un sentimiento claro de que no hacían todo lo que hacía falta para que el paciente alcanzara una atención oportuna y, en este caso, pudieran transitar hasta la cirugía de catarata.

Por otra parte, los hallazgos extraídos de la bibliografía corroboraron los resultados obtenidos hasta este momento de la investigación. En estudio realizado en La Habana sobre brechas, que hace referencia al inadecuado acceso a los servicios de salud, inestabilidad del personal e incumplimiento en la programación de las consultas médicas,<sup>(17)</sup> que hacen invisible a los pacientes muestra similares brechas a las encontradas en esta investigación.

De igual modo, los autores comparten los criterios de Rodríguez<sup>(18)</sup> sobre las dificultades en el control oftalmológico de los pacientes diabéticos en los servicios de atención primaria, debido a la no disponibilidad de retinólogo e insuficiencias en el nivel secundario de salud para respaldar la demanda. Hormigó<sup>(19)</sup> en la investigación sobre brechas en el nivel primario de salud para el acceso de pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata. Demostró que el acceso no oportuno de estos pacientes, está motivado por brechas que intervienen en el proceso, comienza con el diagnóstico; interrumpen la continuidad y en muchos casos redireccionan al paciente al sitio equivocado. Estas situaciones provocan invisibilidad.

Las brechas en la atención oftalmológica a los diabéticos aparecen referidas en una publicación, donde se hace referencia a la derivación de los pacientes con disminución de la visión para la consulta de optometría.<sup>(20)</sup> Donde se afirma: "según la percepción de los pacientes, los profesionales ofrecen en ocasiones información vaga y poco concreta, que obstaculiza tratar el problema y las reacciones que suscita en el paciente".

### **Relación de brechas que causan invisibilidad del paciente diabético tipo 2**

Competencias didácticas insuficientes; continuidad interrumpida; inseguridad económica; diagnósticos tardíos; ninguna información; no empoderamiento; sobrecarga asistencial; falta de apoyo familia; déficit de insumos quirúrgicos; no intersectorialidad; diagnóstico erróneo; inestabilidad del material gastable; información insuficiente; déficit de recurso humano; pacientes desvalidos; servicios médicos incompletos; atención médica superficial; brechas en los servicios primarios; exámenes incompletos; información errónea; obsolescencia equipos quirúrgicos y de climatización; servicios mal organizados; prestadores agobiados; aumento del costo social; prestadores desmotivados; desbalance ente carga-capacidad; factores disuasivos; excesos de pacientes; inestabilidad de detergentes y desinfectantes; centros

médicos no accesibles; inestabilidad de medicamento; surtido insuficiente de medios diagnósticos; desabastecimiento de papelería y material de apoyo.

Las brechas que causan invisibilidad de los pacientes se expresan en los discursos de los oftalmólogos, porque es capaz de detener el proceso quirúrgico y, por tanto, mientras más demore la cirugía, más tardan llegar los pacientes a la misma y por ende el pronóstico visual del paciente se ve comprometido, es la de mayor transversalidad, está implícita en casi la totalidad de los discursos de los prestadores, esto coincide con un estudio realizado por Hormigó<sup>(19)</sup> sobre brechas.

Las brechas que causan invisibilidad del paciente no generan provecho económico a las instituciones, de hecho, las acciones de los prestadores serán más o menos visibles según sea su impacto en el cumplimiento de la cirugía y de los objetivos de la institución, por otra parte, la presencia de brechas en el proceso asistencial que dependen de las funciones administrativas asignadas por las instituciones (llamar a los pacientes de la lista de espera), y que están dirigidas al mantenimiento de los indicadores de gestión, a la gestión del recurso humano u otras limitan el contacto directo con los pacientes, esto concuerda con el resultado del estudio publicado por Lopera.<sup>(21,22)</sup>

Una evidencia de estas brechas que causan invisibilidad del paciente es que, en ocasiones, la solución del problema de salud depende de otros niveles o profesionales. Esto provoca demoras, la detención de la solución y que los pacientes lleguen tarde a la intervención quirúrgica o no puedan llegar, por estar ya comprometida su salud visual. Los autores consideran que el primer acercamiento sistematizado en Cuba a estas brechas que causan invisibilidad del paciente fue la Encuesta Rápida de Ceguera Evitable realizada en el año 2016.<sup>(23)</sup>

Los problemas, el déficit de los aseguramientos se originan en el trabajo gerencial, sobre todo en términos de cómo se diseña la estructura carga-capacidad, de qué manera están definidas las prioridades, cuál es la extensión del alcance del control, la forma en que está concebida la relación entre autoridad, responsabilidad y efecto en el servicio y el enfoque integral de los sistemas.<sup>(24)</sup>

### **Brechas que causan invisibilidad del paciente para el acceso oportuno a la cirugía de catarata por categorías**

**Apoyo social:** aumento del costo social, pacientes desvalidos, inseguridad económica, prestadores desmotivados, factores disuasivos, falta de apoyo familiar

**Comunicación:** información insuficiente, información errónea, ninguna información, no empoderamiento

**Continuidad:** servicios mal organizados, centros médicos no accesibles, brechas en los servicios primarios, continuidad interrumpida, excesos de pacientes, desbalance ente carga-capacidad, no intersectorialidad, sobrecarga asistencial.

**Diagnóstico:** exámenes incompletos, insuficientes medios diagnósticos y competencias didácticas, diagnóstico erróneo, tardíos, atención médica superficial.

**Aseguramiento quirúrgico:** inestabilidad de detergentes, desinfectantes y medicamentos, desabastecimiento de papelería y material de apoyo, obsolescencia en equipos de climatización y quirúrgicos, inestabilidad del material gastable, déficit de insumos quirúrgicos, de recurso humano, prestadores agobiados, servicios médicos incompletos.

Las brechas, desde el punto de vista de las categorías, tres de ellas (diagnóstico, continuidad y aseguramiento quirúrgico) constituyen las que tienen mayor impacto, ya sea como brechas, o por su capacidad para generar otras derivadas de su propia presencia. Estas tres categorías expresan, en buena medida, un factor desencadenante de brechas a lo largo de todo el proceso estudiado y, por tanto, requieren una atención priorizada por parte de los encargados de resolverlas.<sup>(25,26)</sup>

## CONCLUSIONES

La exploración de las expectativas de los pacientes diabéticos tipo 2 durante su tránsito por los servicios de microcirugía ocular aporta elementos vivenciales reales para identificar brechas que causan invisibilidad del paciente y motivaron su acceso no oportuno a la cirugía de catarata. Los resultados del análisis de las brechas organizadas por categorías son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata. Queda constatado que el problema original es más bien un conjunto de problemas. Resulta evidente que tres categorías (diagnóstico, continuidad y aseguramiento quirúrgico) tienen el mayor peso, no solo en cuanto al volumen de brechas que acopian, sino también en su capacidad para generar algunas correspondientes a otras categorías.

## Referencias bibliográficas

1. Carnota O. La invisibilidad del paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2015 [acceso 18/052023]; 41(2):184-199. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200002&lng=es)
2. Tratados Hipocráticos. T I. Madrid: Biblioteca Clásica Gredos; 1990 [acceso

- 06/01/2023]:93 y siguientes. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulo/hipocrates-error.pdf>
3. Hormigó I, Arocha C, Avalos MI, Castillo A, Hormigó K. Acceso para cirugía de cataratas en diabetes. Un estudio cualitativo con enfoque gerencial. Horizonte Sanitario. 2023 [acceso 06/011/2023]; 22(3): 537-546. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n3.5604>
4. Hormigó I. Brechas en el nivel primario de salud para el acceso de pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata. 2016-2019 [Tesis doctoral] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2021.
5. Rodríguez SA, Piña A, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Revista Finlay. 2019 [acceso 30/03/2023]; 9(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>
6. Danet, A, Pérez JJ. "Metodologías Lean para la gestión y calidad sanitaria: resultados, barreras y factores de éxito: una revisión sistemática de revisión." *Personak eta Antolakunde Publikoak Kudeatzeko Euskal Aldizkaria*. Revista Vasca de Gestión de Personas y Organizaciones Públicas 23. 2022 [acceso 10/02/2024]: 74-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8716560>
7. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew Z. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev Med Chile. 2017 [acceso 30/03/2023]; 145:373-79. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317117828\\_La\\_investigacion\\_cualitativa\\_un\\_aporte\\_para\\_mejorar\\_los\\_servicios\\_de\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/317117828_La_investigacion_cualitativa_un_aporte_para_mejorar_los_servicios_de_salud)
9. Cohen N, Gómez G. Metodología de la investigación ¿para qué? - La producción de los datos y los diseños. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; 2019 [acceso 10/02/2024]. Disponible en: [https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia\\_paraque.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_paraque.pdf)
10. Hormigó I. Una mirada cualitativa en investigación oftalmológica. Revista Cubana de Oftalmología. 2024 [acceso 10/02/2024]; 37(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1842>
11. Peters S, Bussières A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermandere M, et al. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. Journal of Primary Care & Community Health. 2020 [acceso 30/01/2024]; 11(1):1-9. DOI doi:[10.1177/2150132720916263](https://doi.org/10.1177/2150132720916263)

12. Hormigó I, Arocha C, Carnota O, Hormigó K. Enfoque gerencial en relación a las brechas para el acceso oportuno a la cirugía de catarata de diabéticos tipo 2. 2016-2019. 2022 [acceso 30/03/2023]; 3. Disponible en: <https://convencionalidad.sld.cu/index.php/convencionalidad22/2022/paper/viewFile/313/457>
13. Tafur S, Reyes JA, Ayala RE. Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar el cumplimiento de las funciones de la atención primaria en contexto peruano. Cuidado y Salud Pública. 2022 [acceso 30/03/2023]; 2(2):69-74. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/>
14. Hapa K., Amarbayan M, Wittevrongel, K. Patient-reported outcome measures used to improve youth mental health services: a systematic review. J Patient Rep Outcomes. 2023 [acceso 30/01/2024]; 7:14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00556-0>
15. Ariza C, Figueroa J, Gómez K, Ortiz L, Ferro B. Más allá del desconocimiento y la invisibilidad: hacia una deconstrucción del estigma en la representación social de la lepra en la formación médica. Maguaré. 2023 [acceso 30/03/2023]; 37(2). DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v37n2.110649>
16. López C, Ávalos M. Diabetes Mellitus tipo 2. Barreras y perspectivas en el control del paciente. Rev Horizonte Sanitario. 2013 [acceso 25/03/2023]; 12(2):63-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845144003.pdf>
17. 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 [acceso 12/01/2023]; 9(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638>
18. Rodríguez B. Prevención de ceguera por retinopatía diabética en Cuba ¿Dónde estamos? Rev Cubana Oftalmol. 2015 [acceso 12/01/2023]; 28(1):119-28. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762015000100013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762015000100013&script=sci_arttext)
19. Hormigó I. Brechas en el nivel primario de salud para el acceso de pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata. 2016-2019 [Tesis de doctorado] La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública; 2021.
20. Mendiluce L, Ordiñaga E, Fambuena I, Tobarra A. Asociación Española de Optometristas Unidos. Opinión de los médicos de familia sobre las consultas de optometría del Servicio Navarro de Salud. Atención Primaria. 2020 [acceso 25/01/2024]; 52(9): 669-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7713082/>

21. Lopera AM. Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad del cuidado de enfermería en servicios de hospitalización. Invest. educ. enferm. 2018 [acceso 25/01/2024]; 36(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-5307201800300010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-5307201800300010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. Ávalos MI. Evaluación de la calidad de la atención médica, en unidades de atención primaria de Tabasco, México [Tesis doctorado]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
23. 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.
24. Soler AB. Gestión de la planificación de actividades del Ministerio de Salud Pública. Impacto en el trabajo gerencial. [Tesis doctoral] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2023.
25. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 [acceso 25/01/2024]; 46(2): e2193. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/>
26. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. Lancet Glob Health. 2021 [acceso 25/01/2024]; 9(4):489–551. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30488-5

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización: Iraisi Francisca Hormigó Puertas.*

*Curación de datos: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro,*

*Análisis formal: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro,*

*Adquisición de fondos: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro,*

*Investigación: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro, Belkys Rodríguez Suarez*

*Metodología:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro, Eneida de la C. Pérez Candelaria.

*Administración del proyecto:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas.

*Recursos:* Eneida de la C. Pérez Candelaria.

*Software:* Ana Rosa. Jorna Calixto.

*Supervisión:* Eneida de la C. Pérez Candelaria.

*Validación:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro, Julianis Lages Ruiz.

*Visualización:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro

*Redacción-borrador original:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas.

*Redacción-revisión y edición:* Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Aida Barbarita Soler Porro

#### DATOS DE LOS AUTORES:

Iraisi Francisca Hormigó Puertas. Doctora en Ciencias de la Salud, Máster segmento anterior Profesora e investigador titular Facultad Victorias de Girón, Doctora en Medicina, Especialista de Primer MGI y Oftalmología. 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](mailto:iraisi.hormigo@gmail.com)

Aida Barbarita Soler Porro. Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Educación Médica, Profesora Titular Facultad Manuel Fajardo, Doctora en Medicina, 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](mailto:aidasoler@infomed.sld.cu)

Ana Rosa Jorna Calixto. Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora e Investigadora Titular. Especialista de Primer MGI. Segundo Grado en Organización y Administración en Salud Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-4019-4706>. E-mail: [fveljorn@infomed.sld.cu](mailto:fveljorn@infomed.sld.cu)

Belkys Rodríguez Suárez. Máster segmento anterior, Doctora en Medicina, Especialista de Primer y Segundo Grado en Oftalmología. Profesora e investigador auxiliar. Facultad Victoria de Girón. Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer. La Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0794-1191> E-mail: [belkys.rdquez@infomed.sld.cu](mailto:belkys.rdquez@infomed.sld.cu)

Eneida de la Caridad Pérez Candelaria. Máster segmento anterior, Especialista de Primer y Segundo Grado en Oftalmología. Profesora e investigador auxiliar. Facultad Victorias de Girón. Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer. La Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5998-812X>. E-mail: [eneida.perez@infomed.sld.cu](mailto:eneida.perez@infomed.sld.cu)

Julianis Noemí Lages Ruiz. Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora auxiliar. Investigador agregado. Facultad Victorias de Girón. Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. La Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5380-4155> E-mail: [julianisl@infomed.sld.cu](mailto:julianisl@infomed.sld.cu)

EN EDICIÓN