Artículo de investigación

Brechas en el nivel primario de salud para la cirugía de catarata en diabéticos tipo 2

Gaps in the Primary Health Level for Cataract Surgery in Type 2 Diabetics Patients

Iraisi Francisca Hormigó Puertas[1*] https://orcid.org/0000-0002-7728-2208
Carmen Arocha Maríño[2] https://orcid.org/0000-0002-8659-4000
María Isabel Ávalos García[3] https://orcid.org/0000-0003-0115-4231
Caridad Chiang Rodríguez[1] https://orcid.org/0000-0001-9994-4201
Katerine Hormigó Tablada[4] https://orcid.org/0000-0001-5289-1640

[1]Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. La Habana, Cuba.
[2]Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
[3]Universidad Autónoma de Tabasco/División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México.
[4]Policlínico Carlos J. Finlay. La Maya, Santiago de Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: iraisi.hormigo@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La diabetes *mellitus* tipo 2 requiere especial manejo en el nivel primario de salud. A pesar de la fácil accesibilidad a los servicios primarios de salud, se enfrentan brechas como la implementación inadecuada de la medicina basada en la evidencia, las relacionadas con el trabajo en equipo, los sistemas de información deficientes y las impugnaciones de la ética, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados u otras causas que no generan valor para los pacientes dichas situaciones no son infrecuentes.

Objetivo: Indagar sobre las brechas en el nivel primario de salud para el acceso de diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

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 los pacientes, el criterio de médicos de familia y oftalmólogos.

Resultados: Las brechas identificadas son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata. Es evidente que tres categorías (diagnóstico, continuidad y comunicación) tienen el mayor peso, no solo por las brechas que acopian, sino por la capacidad para generar algunas correspondientes a otras categorías.

Conclusiones: Las brechas analizadas son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata. Es evidente que tres categorías (diagnóstico, continuidad y comunicación) tienen el mayor peso, no solo por las brechas que acopian, sino por la capacidad para generar algunas correspondientes a otras categorías.

Palabras clave: diabetes *mellitus*; oftalmólogos; catarata.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes *mellitus* requires special management at the primary health level. Despite the easy accessibility to primary health services, gaps are faced such as the inadequate implementation of evidence-based medicine, those related to teamwork, deficient information systems and ethics challenges, erroneous diagnoses, inadequate treatments or other causes that do not generate value for patients, such situations are not uncommon.

Objective: To inquire about the gaps in the primary health level, for the access of type 2 diabetics to cataract surgery

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 the patients, the criteria of family doctors and ophthalmologists were explored.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Results: The identified gaps are sufficient to explain why many patients do not access cataract surgery in a timely manner. It is evident that three categories (diagnosis, continuity and communication) have the greatest weight, not only because of the gaps they collect, but also because of the ability to generate some corresponding to other categories.

Keywords: diabetes *mellitus*; ophthalmologist; cataract.

Recibido: 01/07/2023

Aceptado: 09/10/2024

Introducción

La diabetes *mellitus* tipo 2 requiere especial manejo en el nivel primario de salud. A nivel mundial, más de 463 millones de personas se ven afectadas por esta enfermedad, un 10,5 % de la población adulta (20-79 años) tiene diabetes. Según la Federación Internacional de Diabetes, habrá un incremento a 700 millones para el año 2045. En las Américas, 62 millones de personas viven con diabetes,[1] por lo que la convierte en uno de los retos de la salud pública.[2] En Cuba, la prevalencia en el 2020 fue de 66,9 por 1000 habitantes.[3]

A pesar de la fácil accesibilidad a los servicios primarios de salud, se enfrentan brechas como: la implementación inadecuada de la medicina basada en la evidencia, las relacionadas con el trabajo en equipo, los sistemas de información deficientes, las impugnaciones de la ética, diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados que no generan valor para los pacientes.[4] La revista médica británica *Lancet Global* Health Comission informa que, en Estados Unidos se reportan muertes en enfermedades tratables, ocasionadas por la presencia de brechas en los procesos asistenciales.[5]

La literatura muestra estudios que presentan casos de brechas en el proceso de atención a los pacientes diabéticos por incumplimiento de aspectos normados, tanto a nivel internacional como de países. Dentro de estas brechas están las relacionadas con complicaciones oftalmológicas[6] y Cuba no escapa a esta situación.[7] Estudios realizados en Ecuador y Colombia muestran brechas de acceso, diagnóstico, tratamiento farmacológico, seguimiento y control de la enfermedad.[8] En el caso de Cuba, un estudio

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

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. El seguimiento deficiente y la baja adherencia terapéutica en los hipertensos fueron los principios que sustentaron el alto porcentaje de individuos con cifras de presión arterial no controladas.[9]

La autora de esta investigación ha constatado que numerosos pacientes que se intervienen en el Servicio de Microcirugía Ocular del Instituto Cubano de Oftalmología tienen catarata grado III o IV, más de cinco años de evolución de la diabetes *mellitus* tipo 2, y llegan a los servicios hospitalarios cuando la catarata dificulta definir la presencia de retinopatía diabética o edema macular. Esto compromete el resultado de la cirugía, con el riesgo de ceguera. Por tanto, esta experiencia vivencial, lo expuesto en la literatura nacional[10] e internacional[11] sobre los procesos de atención a pacientes diabéticos tipo 2 con catarata, la alta prevalencia de esta afección, según grados de discapacidad visual encontrada en el país en el año 2016[12] y la situación de la salud visual de los pacientes diabéticos que son atendidos en los servicios del Instituto[13] implican que hay brechas en los servicios primarios de salud que interfieren en el acceso oportuno de los pacientes diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata.

Por lo que, el objetivo de la investigación fue indagar sobre las brechas en el nivel primario de salud, para el acceso de diabéticos tipo 2 a la cirugía de catarata.

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.[14] Las experiencias, criterios y expectativas de pacientes diabéticos tipo 2 operados de catarata acerca de los procesos de atención médica constituyen el centro de todo el trabajo. El universo fueron los pacientes diabéticos tipo 2 con catarata procedentes de los municipios Playa, La Lisa y Marianao, de la provincia La Habana, del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. El período de estudio fue de enero de 2016 a diciembre de 2019.

Por tratarse de un estudio cualitativo, en los inicios se consideró tomar como muestra a los 97 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Para obtener la información de los

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

pacientes, se realizaron grupos de discusión en cuatro sesiones, con un promedio de ocho pacientes, para un total de 32 y con una duración aproximada de 40 a 45 minutos a fin de conocer cómo había sido su tránsito por los servicios primarios de salud. Las unidades de análisis fueron las categorías que emergieron de los discursos de los pacientes. Esto permitió indagar sobre brechas en el proceso de atención general y oftalmológica que pudieran haber interferido en el acceso la cirugía. Para asociar los contenidos de los discursos, se utilizaron técnicas de diagrama de afinidad.[15]

Se consideró explorar el criterio de médicos de familia y oftalmólogos de la atención primaria de salud de los municipios estudiados, por ser prestadores fundamentales en el proceso de atención integral. Se les realizaron entrevistas no estructuradas y se emplearon las categorías que habían emergido del trabajo con los pacientes. Mediante una triangulación se confrontaron los resultados del análisis entre pacientes y prestadores con respecto a los materiales disponibles en la base de datos informatizada, lo que sirvió para obtener las brechas.

Se respetó la confidencialidad de los datos y la fidelidad de los resultados. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía descrita, en correspondencia con la Declaración de Helsinki.[16]

Resultados

Como resultados de las indagaciones realizadas, se recogen criterios emitidos por los pacientes, médicos de familia y oftalmólogos referidos a:

- *Discursos de los pacientes:* La tónica generalizada fue que expresaron trabas, inconvenientes y desviaciones que retrasan el momento en que debían acceder a la cirugía de catarata. En los discursos demostraron la necesidad de ser comprendidos para poder gestionar su enfermedad, recibir atención sistematizada y que tengan acceso asegurado a sus medicamentos, numerosas dificultades para transitar de forma natural por los procesos asociados a su atención médica y oftalmológica durante su recorrido por la atención primaria. Se evidenció que estos pacientes requieren generar un compromiso activo con su enfermedad, pero esto depende, en

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

buena medida, de cómo el servicio de salud lo tome en cuenta, se ignora lo que piensan, sienten, quieren y esperan.

- *Categorías emergidas y sus contenidos asociados:* A partir de los resultados obtenidos, emergieron las categorías con facilidad, dado el alto nivel de redundancia que se aprecia en los discursos. Reflejan la estructura salubrista del estudio; sirvieron de línea conductora para la organización del proceso de trabajo y facilitaron la organización de los sucesivos discursos: apoyo social, carga laboral, comunicación, continuidad, diagnóstico e incertidumbre
- *Discursos de los médicos de familia y oftalmólogos:* los criterios emitidos por los médicos de familia y oftalmólogos, de forma general, evidenciaron que tienen sus propios problemas y estos se proyectan como limitaciones para responder de forma adecuada a las perspectivas de los pacientes, sobre todo, para que estos logren un acceso oportuno a la cirugía de catarata. No se aprecian grandes contradicciones, a diferencia de lo encontrado en los discursos de los pacientes, pero visto desde otro punto de vista y en otro contexto, en el cual los médicos de familia están entrenados en el manejo de las personas diabéticas, aunque carecen del conocimiento de las complicaciones oftalmológicas en estos pacientes, tienen una sobrecarga laboral, priorizan otros programas, el manejo de las enfermedades crónicas quedan en un los programas no priorizados y los pacientes lo conocen, por lo que exigen su derecho de ser bien atendidos. Por otro lado, los oftalmólogos no conocen la población diabética, falta actualización en los criterios recientes sobre la cirugía de catarata en el diabético y carecen de medios diagnóstico.

A partir de la información, de los sucesivos análisis y la triangulación, se identificaron las siguientes brechas: Atención superficial, autoridad incompleta, baja prioridad, carga burocrática, carga mayor que capacidad, compactación, competencias insuficientes, continuidad interrumpida, inseguridad generada, ningún diagnóstico, ninguna información, no empoderamiento, no hay trabajo en equipo, no hay prioridad conocida, pacientes no escuchados, convenciones obsoletas, decisiones pospuestas, desbalance de cargas, diagnósticos erróneos, el tiempo no alcanza, escasez de medicamentos, exámenes incompletos, excesos de tareas, prescripciones erróneas, presiones contradictorias,

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

prestadores ausentes, prestadores incomunicados, prestadores no enterados, prevalencia de mitos, factores disuasivos, falta de medios, flujos desorientados, horarios incompatibles, indisciplinas de pacientes, información errónea, información insuficiente, programas verticalizados, remisiones equivocadas, servicios mal organizados, pasos que son despilfarros, prioridades no balanceadas, programas incompletos e inseguridad de prestadores.

Discusión

Aunque el enfoque principal de los grupos de discusión fue que hablaran de su tránsito desde que la diabetes les fue diagnosticada hasta su llegada al servicio de microcirugía ocular del Instituto. En general, los pacientes tienden a reflejar lo 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.[4,17] Algunas situaciones les resultan incomprensibles, pues no cuentan con la posibilidad de entenderlas desde su posición.

Es posible reconocer las brechas a partir de los discursos de los pacientes, si se parte de la definición clásica de ese concepto, o sea, la diferencia entre lo que sucede y lo que debiera suceder. La limitante está en que las brechas resultan en alguna medida inexplicables. Este es el caso de criterios, que según cuentan los pacientes les han dicho los prestadores, pero que no se corresponden con la práctica aceptada de modo general en el campo de la oftalmología. Si se hace una vinculación entre los discursos de los pacientes y los grupos tipificados de brechas, resulta posible descubrir que todos los que aparecen hasta ahora, se insertan de forma perfecta en algunos de estos, lo que habla de una consistencia inicial en cuanto a lo que se encuentra.[18]

Otro asunto de interés es el estilo de los discursos. Abordan las deficiencias como resultado de mecanismos mal concebidos o mal aplicados, sin que en ningún momento culparan a sus prestadores, a los cuales también consideran afectados. La participación fue espontánea y muy activa. De forma contraria a cómo aparecen en otros estudios, las expresiones fueron mucho menos agresivas en lo general y predominaron, por una parte, las emociones y, por

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

la otra, cierta sensación de que al final pudieron operarse y eso les generaba agradecimiento.[19,20]

Un estudio realizado en la Clínica de Oftalmología de Cali S. A., sobre la calidad de los servicios de salud en el que se utilizaron encuestas de satisfacción, mostró resultados muy favorables. Ante estos hallazgos, los investigadores decidieron repetir el estudio, pero aplicaron métodos cualitativos de recogida de datos que les permitieran percibir de los pacientes sus sentimientos, puntos de vistas, temores y aspiraciones. Al enfocar las experiencias aparecieron brechas que nunca se hubieran revelado mediante encuestas que, para situaciones de este tipo, no resultan apropiadas.[21]

Otra característica particular de los discursos de los pacientes consistió en un nivel apreciable de redundancia, lo que facilitó identificar regularidades y, en consecuencia, hacer emerger las categorías. El trabajo con categorías surgidas de los propios discursos permitió organizar el análisis de los sucesivos productos de la investigación a partir de una estructura que sirvió de línea conductora durante todo el proceso, lo que es una práctica generalizada en este tipo de investigación,[22] sobre todo en las correspondientes a sistemas y servicios de salud.

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 carga laboral o 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 un control satisfactorio de su padecimiento y, en este caso, pudieran transitar hasta la atención secundaria en un plazo mínimo. Por supuesto, ambas miradas eran incompletas, pues los pacientes no pueden llegar a conocer el alcance total de los problemas que tienen los prestadores, quienes pierden la oportunidad de comprender a los pacientes en toda la extensión de lo que esto significa. Coincide este resultado con el realizado en La Habana sobre las brechas, que hace referencia al inadecuado acceso a los servicios de salud, inestabilidad del personal e incumplimiento en la programación de las consultas médicas.[23]

Otra investigación que tiene puntos comunes con esta es la de Suárez, quien manifiesta que el deterioro de la infraestructura de los consultorios, la carencia de materiales de trabajo y la ausencia del médico de familia han provocado insatisfacción de los prestadores.[24] La

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

diferencia está dada porque la primera se basa en la experiencia de los pacientes en su tránsito por los servicios primarios de salud y la segunda, en la satisfacción de prestadores. De igual modo, se comparten los criterios de Rodríguez[25] sobre las dificultades en el control oftalmológico de los pacientes diabéticos en los servicios de atención primaria, debido a la no disponibilidad de retinólogos e insuficiencias en el nivel secundario de salud para respaldar la demanda. Estas situaciones, que provocan que los pacientes con retinopatía diabética lleguen tarde a la intervención quirúrgica o no puedan ser intervenidos por estar comprometida su salud visual, tienen similitud con los resultados encontrados en el estudio realizado en los municipios La Lisa, Marianao y Playa para encontrar las brechas en los pacientes diabéticos.

Otro trabajo, sobre barreras para el acceso a los servicios de salud en países con diferentes sistemas de salud, hace referencia a la limitación al acceso de los usuarios a los servicios sanitarios por inestabilidad y falta de permanencia de los prestadores en los establecimientos.[26] Aunque motivado por razones diferentes, dentro de las brechas identificadas para el acceso oportuno de los pacientes diabéticos a la cirugía de catarata, se encuentra también la inestabilidad de los prestadores.

Las brechas en la atención oftalmológica a los diabéticos aparecen referidas en una publicación española. En ella se hace referencia a la derivación de los pacientes con disminución de la visión para la consulta de optometría.[27] El tema de brechas en diagnóstico se analiza en un trabajo publicado en Barcelona en el que 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".[28] Muchas de estas situaciones están implícitas en los discursos de los pacientes, mientras que los proveedores las expresaron de manera directa. El uso ineficiente de las capacidades y habilidades de las personas lleva a que se altera la comunicación entre prestadores y pacientes; se incapacita a las personas para su empoderamiento, se incrementa la carga laboral y se evidencia la ineficiencia de los servicios. Por resultados similares, en Estados Unidos se adoptó el *Chronic Care Model*, basado en el modelo de atención a crónicos, que trata de introducir un programa de calidad para mejorar la atención ambulatoria en seis áreas.[29]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Con respecto a un trabajo publicado en Bélgica, muchos pacientes reciben servicios subóptimos, atención inadecuada, insegura y costosa, debido a que la subutilización de la investigación por parte de los profesionales de la salud es un problema común en el ámbito de la atención primaria.[30] Otro estudio hace referencia a que los pacientes reciben información insuficiente, equivocada o desorientadora; la estructura y los procesos del servicio no son coherentes con sus necesidades, temores y urgencias, conocen que tienen una prioridad baja en el servicio y eso les promueve inseguridad, ciertos procedimientos les cargan de tareas, algunas de las cuales debiera proveerlas el propio servicio, tienen que ser muy persistentes para no resignarse a abandonar la batalla, esto coincide con los resultados de esta investigación y otra investigación donde se habla sobre brechas para el acceso a la cirugía de catarata.[12]

En conclusión, las brechas analizadas son suficientes para explicar por qué muchos pacientes no acceden de manera oportuna a la cirugía de catarata. Es evidente que tres categorías (diagnóstico, continuidad y comunicación) tienen el mayor peso, no solo por las brechas que acopian, sino por la capacidad para generar algunas correspondientes a otras categorías.

Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. 9ed. 2019 [acceso 30/03/2022]. Disponible en: www.diabetesatlas.org

2. Zimmet Z, Magliano J, Herman H, Shaw E. Diabetes: a 21st century challenge. Lancet Diab Endocrinol. 2014;2(1):56-64. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70112-8

3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud; 2020 [acceso 10/06/2023]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/publicada-edicion-47-del-anuario-estadistico-de-salud-con-informacion-actualizada-hasta-el-ano-2021/pdf

4. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. HealthAff. 2000;20(6):64-78. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

5. 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. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

6. Ávalos MI, López C, Morales MH, Priego HR, Garrido SM, Cargill NR. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. Atención Primaria. 2017;49(1):21-7. DOI: https://orcid.org/10.1016/j.aprim.2016.02.012

7. Valdés E, Camps MC. Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. Revista Cuba Med Gen Integr. 2013 [acceso 25/06/2023];29(2):121-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200003&lng=es

8. Londoño E. Brechas en la atención y control de la Hipertensión Arterial en tres países de América Latina. Unit of General Epidemiology and Disease Control. Institute of Tropical Medicine, Antwerp-Belgium. 2016 [acceso 26/06/2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-regional-sobre-implementacion-proyecto-reduccion-riesgo-cardiovascular-santiago-mayo-2017-9290&alias=40405-red-latinoamerican-a-investigacion-enfermedades-cronicas-es

9. 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 30/06/2023];9(4). Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742

10. 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 [acceso 10/07/2023];34(1). Disponible en: https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1060

11. Hernández N, Mendoza MF, Rocha MR, Silva MB, Fabela LF, Fosado RE. Estudio de la discapacidad visual por diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor. Acta Universitaria. 2020;30:e2191. DOI: http://doi.org/10.15174. au.2020.2191

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

12. Río M, Rodríguez BN, Padilla MC, Barroso R. Encuesta nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor Cuba 2016. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer 2017 [acceso 10/07/2023]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972201

13. Hormigó IF, León P, Galindo K, Rodríguez B, Gutiérrez M. Cirugía de catarata senil en diabéticos tipo 2. Rev. cubana Oftalmol. 2020 [acceso 10/07/2023];33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762020000300003&lng=es

14. Waterfield KC, Shah GH, Kimsey L, Mase W, Yin J. Public health employees' perceptions about the impact of emerging public health trends on their day-to-day work: effects of organizational climate and culture. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):1703. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18041703

15. Miro Miro. Affinity Diagram Template. 2021 [acceso 18/07/2023]. Disponible en: https://miro.com/templates/affinity-diagram/

16. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA; 2024. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972

17. 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;44(2):61-8. DOI: https://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i2.1534/

18. Hormigó I, Arocha C, Hormigó K. Enfoque gerencial en relación a las brechas para el acceso a la cirugía de catarata de diabéticos tipo 2. Jornada Ensap. 2023 [acceso 18/12/2023] Disponible en: https://eventosensap.sld.cu/index.php/ensap23/2023/paper/viewPaper/8

19. Giraldo A, Vélez C. La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. Enferm. glob. 2014;34:232-41. DOI: https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.181571

20. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WG, van der Eijk I. Patient evaluations and WHO performance measures in 12 European countries. Bulletin of the World Health Organization. 2004 [acceso 19/07/2023];82(2):106-14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15042232/

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

21. Osorio M. Calidad del servicio al cliente percibido por los pacientes en la clínica de oftalmología de Cali [tesis]. Colombia: Universidad Libre; 2016 [acceso 18/12/2023] Disponible en: https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9764/Osorio_Quintero_2016.pdf?sequence=1

22. 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 19/07/2023]. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf

23. 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 20/07/2023];9(2).Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638

24. Suárez L, Rodríguez SL, Martínez J. Satisfacción de los prestadores que laboran en los consultorios médicos en el municipio Colón en el período 2015-2016. Rev Med. Electrón. 2018 [acceso 20/07/2023];40(6):1765-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000601765&lng=es&nrm=iso

25. Rodríguez B, Rodríguez V, Ramos M, Velázquez Y, Alemañi E, González RE, *et al*. Estrategia nacional para la prevención de ceguera por retinopatía diabética. Rev Cubana Oftalmol. 2015 [acceso 25/07/2023];28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421762015000100001&lng=es

26. García I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Da Silva MR, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. SocSciMed. 2014;106(1):204-13. DOI: http://orcid.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054

27. Mendiluce L, Ordiñaga E, FambuenaI Tobarra A. Opinión de los médicos de familia sobre las consultas de optometría del Servicio Navarro de Salud. Atención Primaria, 2020;52(9):669. DOI: http://orcid.org/10.1016/j.aprim.2020.04.015

28. Bolaños E, Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Atención

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Primaria. 2003 [acceso 25/07/2023];32(4):195-200 Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703792518

29. Renders CM, Valk JD, Griffin SJ, Wagner EH, Assendelft WJ. Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient, and Community Settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002 [acceso 25/07/2023];(CD001481). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045779/pdf/CD001481.pdf

30. 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 25/07/2023];11(1):1-9. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150132720916263

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Curación de datos: María Isabel Ávalos García.

Análisis formal: Caridad Chiang Rodríguez.

Investigación: Katerine Hormigó Tablada.

Metodología: Katerine Hormigó Tablada.

Administración del proyecto: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Recursos: Caridad Chiang Rodríguez, Katerine Hormigó Tablada.

Supervisión: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Validación: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Visualización: Caridad Chiang Rodríguez, Katerine Hormigó Tablada.

Redacción-borrador original: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Redacción-revisión y edición: Iraisi Francisca Hormigó Puertas, Carmen Arocha Maríño.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES