



Brechas para el acceso de pacientes diabéticos con catarata al Centro Microcirugía Ocular

Gaps in access for diabetic patients with cataracts to the Ocular Microsurgery
Center

Iraisi Francisca Hormigó Puertas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7728-2208>

Caridad Chiang Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0001-9994-4201>

Yoriel Cuan Aguilar¹ <https://orcid.org/0000-0002-3617-7313>

Ariadna Corral Martín² <https://orcid.org/0000-0001-9439-8707>

Yalier Hernández Velázquez¹ <https://orcid.org/0000-0002-3202-239X>

María Isabel Ávalos García³ <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>

Mohammed Rawhi Salem AlBadawi¹ <https://orcid.org/0009-0009-2213-5137>

¹Instituto Cubano de Oftalmología “Ramón Pando Ferrer”. Centro de Microcirugía Ocular. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Centro de Información. La Habana, Cuba.

³Universidad Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: iraisi.hormigó@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El primer nivel de atención de salud es fundamental para garantizar el acceso universal a servicios de calidad. Este nivel incluye actividades de promoción, prevención,





diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se centra en satisfacer de manera integral las necesidades de salud de la población.

Objetivo: Identificar las brechas en el primer nivel de atención para el acceso de pacientes diabéticos con catarata al Centro Microcirugía Ocular.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológico con un enfoque gerencial. El trabajo de campo se ejecutó en los municipios La Lisa, Marianao y Playa, donde se exploraron las experiencias y expectativas de los médicos de familia y oftalmólogos del primer nivel de atención a pacientes. Se entrevistaron 9 prestadores médicos de familia y 6 oftalmólogos de primer nivel de atención.

Resultados: Brechas: atención superficial; autoridad incompleta; carga burocrática; carga mayor que capacidad; compactación; competencias insuficientes; continuidad interrumpida; prioridades no balanceadas; prestadores incomunicados; desbalance de cargas; ausencia de trabajo en equipo; atención no priorizada; flujos desorientados; convenciones obsoletas; decisiones pospuestas; programas incompletos; diagnósticos erróneos; el tiempo no alcanza; inseguridad de prestadores; exámenes incompletos; excesos de tareas; prestadores ausentes; programas verticalizados; indisciplinas de pacientes; falta de medios diagnósticos.

Conclusiones: Las brechas reflejan que el primer nivel de atención se enfrenta a múltiples desafíos en términos de organización administrativa, competencias y capacidades de coordinación, así como en la disponibilidad de tiempo, capacitación y recursos.

Palabras clave: acceso; brechas; cataratas; diabetes mellitus.

ABSTRACT

Introduction: The first level of health care is essential to ensure universal access to quality services. This level encompasses activities of promotion, prevention, diagnosis, and treatment of diseases, and focuses on addressing the health needs of the population in a comprehensive manner.

Objective: To identify the gaps in the first level of care for the access of diabetic patients with cataracts to the Micro Eye Surgery Center.





Methods: a qualitative phenomenological study was conducted with a managerial approach. Fieldwork was carried out in the municipalities of La Lisa, Marianao, and Playa where the experiences and expectations of family doctors and ophthalmologists at the first level of care for patients were explored.

Results: Gaps: superficial care; incomplete authority; bureaucratic burden; burden greater than capacity; compression; insufficient competencies; interrupted continuity; unbalanced priorities; disconnected providers; imbalance of workloads; absence of teamwork; unprioritized care; disoriented flows; obsolete conventions; postponed decisions; incomplete programs; erroneous diagnoses; time is insufficient; provider insecurity; incomplete exams; excessive tasks; absent providers; verticalized programs; patient indiscipline; lack of diagnostic means.

Conclusions: The gaps reflect that the first level of care faces multiple challenges in terms of administrative organization, skills and coordination capabilities, as well as the availability of time, training and resources.

Keywords: access; cataract; diabetes mellitus; gaps.

Recibido: 28/06/2025

Aprobado: 28/02/2026

INTRODUCCIÓN

El primer nivel de atención de salud es fundamental para asegurar el acceso universal a servicios de calidad. Incluyen actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Se centra en satisfacer la salud de la población de manera integral. En Cuba es la base del Sistema Nacional de Salud.⁽¹⁾

La diabetes mellitus requiere especial atención debido a su creciente incidencia, lo que la convierte en uno de los principales retos de la salud pública.⁽²⁾ Según lo publicado en *The Lancet*,⁽³⁾ el número



de adultos con diabetes en todo el mundo supera los 800 millones. Cuba no está exenta de esta situación con una prevalencia de 69,3 por 1000 habitantes.⁽⁴⁾

Estos pacientes requieren de atención médica multifactorial y multisectorial, lo que demanda sistemas de salud integrados que faciliten la prevención, detección y tratamiento de la oftalmopatía diabética.⁽⁵⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que alrededor de 2 200 millones de personas tienen discapacidad visual o ceguera. Al menos 1000 millones en el mundo tienen una deficiencia visual evitable.⁽⁶⁾ En Cuba, la catarata es la principal causa de ceguera reversible⁽⁷⁾ y la prevalencia entre pacientes con diabetes mellitus no operados, según grados de discapacidad visual es de 19,4 % para discapacidad moderada, 2,8 % para grave y 3,2 % para ceguera.⁽⁸⁾

En *The Lancet*⁽⁹⁾ se publica que, la atención sanitaria que reciben las personas es inadecuada, tanto en países de altos, medianos y bajos ingresos. Refiere que, las brechas están en la seguridad del paciente, prevención, integración, continuidad, diagnósticos incorrectos y la atención demasiado lenta.

En este estudio se propone identificar las brechas en el primer nivel de atención para el acceso de pacientes diabéticos con cataratas al Centro Microcirugía Ocular.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación de enfoque fenomenológico, para explorar y comprender las experiencias vividas que dificultan el acceso de los pacientes diabéticos a la cirugía de cataratas en el Centro de Microcirugía Ocular, desde las percepciones de los médicos de familia y los oftalmólogos de la atención primaria de salud de los municipios Playa, La Lisa y Marianao. El período de estudio abarcó desde enero de 2016 hasta diciembre de 2022.

Sujetos

Prestadores: Médicos de familias 9 y oftalmólogos de primer nivel de atención 6.





Procedimientos

Para trabajar con las experiencias y expectativas de los prestadores, el primer paso fue la negociación colaborativa con las autoridades de salud de los municipios participantes en el estudio. Se acordó utilizar entrevistas no estructuradas.

El criterio de inclusión, consistió en la permanencia ininterrumpida tanto de médicos como oftalmólogos por al menos 1 año en atención al paciente diabético. Un aspecto importante fue la identificación, mediante un código, de los prestadores que cumplieran con los criterios de inclusión.

Trabajo con los médicos de familia

Se entrevistaron a 3 médicos de familia de cada municipio, para un total de 9 participantes. Se les solicitó su opinión sobre el proceso de atención a la salud visual de la población diabética. El número de médicos seleccionados se determinó en función de la saturación de la información obtenida.

Trabajo con los oftalmólogos

Todo el procedimiento de trabajo fue igual con los prestadores (grabación de discursos previa autorización de los entrevistados, transcripción y síntesis de los discursos).

A los oftalmólogos se les solicitó su opinión respecto a la atención y al acceso de pacientes diabéticos con cataratas al Centro de Microcirugía Ocular.

Luego se consideró sintetizar los discursos de los prestadores. Resultaron como unidades de análisis un total de 23 discursos.

Triangulación de las fuentes

Los resultados del análisis se confrontaron entre los prestadores con la literatura consultada. A partir de todas las fuentes disponibles y trianguladas y tras varias sesiones de trabajo en equipo, fue posible sintetizar y visualizar las brechas.

Aspectos bioéticos

Se respetó la confidencialidad de los datos de los prestadores y la fidelidad de los resultados. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, descritos en correspondencia con la Declaración de Helsinki.⁽¹⁰⁾



RESULTADOS

Discursos de los médicos de familia

Tenemos muchos programas que atender, el diabético no es lo más importante, priorizamos el programa de atención materno infantil. (med.01)

Tenemos que atender mucha población, porque el médico del otro consultorio está rotando, o de misión, por lo que nunca llegas a conocer a la población. Lo que se hace es pura asistencia, nada de promoción porque no da tiempo. (med.02)

Cuando mandamos a los diabéticos a las demás especialidades nunca sabemos los resultados, no hay contrarreferencia. (med.03)

De las alteraciones más frecuentes en diabéticos, las que suelen manejar los médicos y los pacientes son las de riñón, pie diabético, del ojo la retinopatía. (med.03)

Algunos pacientes pueden presentar dificultades para adherirse a las indicaciones médicas. (med.04)

El oftalmólogo puede centrar el examen en la refracción para corregir la visión en ese momento, aunque los espejuelos recomendados pueden dejar de ser útiles si cambia el estado metabólico del paciente. (med.05)

En la actualidad, la asistencia médica enfrenta diversas dificultades, entre ellas una creciente burocracia que puede entorpecer el acceso y la calidad de la atención. (med.06)

De 8 horas de trabajo 4 son el consultorio, en el terreno una hora para adolescente embarazada y lactantes. Todo el resto del tiempo se hace papeles. (med.07)

Los pacientes han perdido la credibilidad de los consultorios, van por recetas y la dieta, ya que no puedes tratar un diabético descompensado, tiene que esperar al clínico para que le haga el tarjetón y a veces se pasan 2 meses y más para verlo. (med.08)

La dispensarización es rígida, siempre es la misma dentro del mismo grupo. (med.09)





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. (med.010)

En el programa de estudio de Medicina General Integral, las afecciones oftalmológicas en la diabetes no existen, solo hablan de la retinopatía, el contenido es superficial desde la carrera. (med.011)

Otros nos dicen que, si ya nosotros podemos dar varios tarjetones, por qué la renovación del tarjetón de las gotas de los ojos no las puede dar. (med.012)

Existen problemas en el cuadro básico de medicamentos. (med.013)

Discursos de los oftalmólogos

En el programa de estudio de oftalmología es muy superficial antes, se ha perdido la integralidad de la asistencia al paciente diabético. Cada uno ve un pedacito del paciente. (med.01)

No hay buena capacitación, debe existir mejor integración con la atención secundaria y terciaria. (med.02)

Los pacientes llegan cuando tienen mala visión, desde que hicieron la reorganización de los servicios, cada vez vienen menos hacerse el fondo de ojo. Algunos dicen que le queda muy lejos. (med.03)

Tenemos carencias de medios diagnósticos, gotas para dilatar, solo tenemos oftalmoscopio monocular. (med.04)

Es verdad que casi todos los diabéticos que llegan a consulta tienen catarata, pero no lo mandan a operar porque todavía ven, se espera que la visión caiga más. (med.05)

Todavía manejamos que tienen que tener más pérdida de la visión para la cirugía de catarata, pero otras veces es que el paciente no quiere porque cree que si se operan se quedan ciegos, otros no tienen quien los acompañe. (med.06)

Muchos venían a hacerse fondo de ojo porque para que le dieran la dieta, para ellos no es importante fondo de ojo. (med.07)

Hay pacientes que no vienen porque les queda muy lejos, entonces tienen que venir un día a sacar el turno, otro a la consulta y luego lo remiten. (med.09)



En los policlínicos no existe una consulta destinada para el diabético. No existe retroalimentación entre el oftalmólogo y médico de familia. (med.010)

Relación de brechas: atención superficial; autoridad incompleta; carga burocrática; carga mayor que capacidad; compactación; competencias insuficientes; continuidad interrumpida; prioridades no balanceadas; prestadores incomunicados; desbalance de cargas; ausencia de trabajo en equipo; atención no priorizada; flujos desorientados; convenciones obsoletas; decisiones pospuestas; programas incompletos; diagnósticos erróneos; el tiempo no alcanza; inseguridad de prestadores; exámenes incompletos; excesos de tareas; prestadores ausentes; programas verticalizados; indisciplinas de pacientes; falta de medios diagnósticos.

DISCUSIÓN

Las brechas identificadas en esta investigación son similares a las encontradas en un estudio⁽¹¹⁾ realizado en La Habana, que señala el inadecuado acceso a los servicios de salud, inestabilidad del personal e incumplimiento en la programación de las consultas médicas. Otra investigación con puntos en común es la de *Suárez L* y otros⁽¹²⁾ quienes manifiestan el deterioro de la infraestructura de los consultorios, la carencia de materiales de trabajo y la ausencia del médico de familia.

No se aprecian contradicciones respecto al estudio realizado por *Hormigó I.*⁽¹³⁾ Del mismo modo, los autores del presente estudio comparten los criterios de *Rodríguez B*⁽¹⁴⁾ sobre las dificultades en el control oftalmológico de los pacientes diabéticos en el primer nivel de atención de salud. Estas situaciones provocan que los pacientes con retinopatía diabética lleguen tarde a la cirugía. Este resultado es similar al obtenido en el estudio realizado.⁽¹⁵⁾ para identificar brechas en los pacientes diabéticos, en el que se observa que, en muchas ocasiones, el diagnóstico de la diabetes mellitus se realiza en el Centro de Microcirugía Ocular durante los exámenes auxiliares preoperatorios

Otra investigación⁽¹⁶⁾ sobre las barreras de acceso a los servicios de salud en países con diferentes sistemas de salud, señala la limitación al acceso de los usuarios a los servicios sanitarios debido a la inestabilidad y falta de permanencia de los prestadores en los establecimientos. Aunque motivado por razones diferentes, dentro de las brechas identificadas en el presente estudio también





se encontró la inestabilidad de los prestadores. Asimismo, las brechas en la atención oftalmológica a los diabéticos se describen en una publicación⁽¹⁷⁾ española en el que se hace referencia a la derivación de los pacientes para la consulta de optometría. En un estudio realizado⁽¹⁸⁾ sobre invisibilidad de los pacientes diabéticos tipo 2 para el acceso oportuno a la cirugía de catarata aporta elementos vivenciales reales para identificar brechas que causan invisibilidad del paciente y motivan un acceso no oportuno a la cirugía de catarata.

El estudio realizado por *Díaz A* y otros⁽¹⁹⁾ se centra en valorar la atención ofrecida a este grupo de pacientes en el área de salud. Se identifican deficiencias en la cantidad de profesionales capacitados en el tema y en el manejo de los pacientes. Se detectan otras brechas de índole material, organizativas y económicas. Con base en lo publicado por un estudio⁽²⁰⁾ cualitativo con enfoque gerencial sobre el acceso para la cirugía de catarata en diabetes, se concluye que lo expresado por los informantes es suficiente para demostrar la presencia de brechas en el proceso asistencial, resultados que coinciden con los hallazgos de la presente investigación.

Un estudio realizado⁽²¹⁾ en 13 centros de salud de Italia, en el que participan 3657 pacientes mayores de 55 años que se operaron de catarata, muestra que una gran cantidad de diabéticos conocidos presentan descontrol metabólico y altas tasas de edema macular y los diabéticos desconocidos representan del 2 al 4 % de los muchos millones de candidatos a catarata.

Al igual que un estudio⁽²²⁾ realizado en América Latina, muestra barreras que dificultan el acceso integral y equitativo a la atención médica y a los medicamentos, la ausencia de programas educativos e intervenciones personalizadas, acceso, diagnóstico, tratamiento farmacológico, seguimiento y control de la enfermedad. En Cuba, un estudio⁽²³⁾ relacionado con el tema hace referencia a que las brechas en el acceso están vinculadas a la no búsqueda de atención a pesar de percibir la necesidad.

Con relación a esto, investigadores cubanos⁽²⁴⁾ señalan que los reportes sobre discapacidad visual en los pacientes diabéticos se han limitado a áreas aisladas del país y que los datos relacionados con dicha discapacidad no forman parte de los sistemas de información estadística del MINSAP. La Encuesta Rápida de Ceguera Evitable⁽²⁵⁾ realizada en Cuba en 2016, revela barreras que les impiden realizar intervenciones quirúrgicas de catarata como: no siente necesidad, miedo, costo, el



proveedor le niega el tratamiento, no sabe que el tratamiento es posible, no tiene acceso al tratamiento, razón local.

En conclusión, las brechas identificadas reflejan que el primer nivel de atención de salud enfrenta desafíos significativos en términos de organización administrativa, competencias y capacidades de coordinación, así como en la disponibilidad de tiempo, capacitación y recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad [Internet]. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 [acceso: 25/01/2025]; 46(2):e2193. Disponible en:
<https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/>
2. Flores S, Acosta O, Hernández MI, Delgado S, Reyes H. Calidad de atención en diabetes tipo 2, avances y desafíos del 2012 al 2018-19 para el sistema de salud mexicano [Internet]. Salud pública Méx. 2020 [acceso: 14/01/2025]; 62(6):618-26. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342020000600618&lng=es
3. Zhou B. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants Zhou [Internet]. The Lancet. 2024; 404(10467):2077-93. DOI: [10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1)
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud [Internet]. 2023. [acceso: 04/02/2025]. Disponible en:
<https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/10/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2022-Ed-2023.pdf>
5. Hormigó I, Arocha C, Ruiz M, Hormigó K. Diabetes mellitus y salud visual como referentes esenciales en la práctica médica [Internet]. Rev Cuban de Med. 2022 [acceso: 4/02/2024]; 61(3):12. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232022000300022&lng=es
6. Serpa M, González Y, Chaswell Y, Leal B, Rodríguez S. La ceguera y la baja visión en Cuba y





en el mundo [Internet]. Rev Cubana Oftalmol. 2023 [acceso: 14/03/2025]; 36(1):[aprox. 5 pant.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762023000100015&lng=es)

[21762023000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762023000100015&lng=es)

7. Barroso R, Rodríguez BN, Río M, Padilla CM, Martínez JG, Fumero FY, et al. Discapacidad visual y ceguera por catarata en Cuba en 2016 [Internet]. Rev Cubana Oftalmol. 2022 [acceso: 14/03/2025]; 35(4):[aprox. 2 pant.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762022000400015&lng=es

8. Río M, Rodríguez BN, Padilla MC, Barroso R. Encuesta nacional de ceguera y discapacidad visual en el adulto mayor Cuba 2016. La Habana: Organización Panamericana de la Salud; 2017. 71 p.

9. 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 [Internet]. The Lancet Global Health Commission. 2018; 6(11):e1196-e1252. DOI: [10.1016/S2214-](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

[109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

10. World Medical Association. "World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants." [Internet]. JAMA. 2024; 333(1):71-4. DOI: [10.1001/jama.2024.21972](https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972)

11. 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 [Internet]. Rev Finlay. 2019 [acceso: 14/04/2025]; 9(2):82-96. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000200082

12. 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 [Internet]. Rev Méd Electrón. 2018 [acceso: 14/04/2025]; 40(6):1765-79. Disponible en:

<https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2716>

13. 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.





14. Rodríguez B. Prevención de ceguera por retinopatía diabética en Cuba ¿Dónde estamos? [Internet]. Rev Cubana Oftalmol. 2015 [acceso: 14/04/2025]; 28(1):e371. Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/371>
15. Hormigó IF, Galindo K, Trujillo KM. Cirugía de catarata en paciente diabético. En Rio M, Fernández L, Hernández JR. Oftalmología. Diagnóstico y tratamiento. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017. 481 p.
16. 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 [Internet]. Soc Sci Med. 2014; 106:204-13. DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.01.054](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054)
17. Mendiluce L, Ordiñaga E, Fambuena I, Tobarra A. Opinión de los médicos de familia sobre las consultas de optometría del Servicio Navarro de Salud [Internet]. Atención Primaria. 2020; 52(9):669-71. DOI: [10.1016/j.aprim.2020.04.015](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.015)
18. Hormigó IF, Soler AB, Jorna AR, Rodríguez B, Pérez E, Lages JN. Invisibilidad de los pacientes diabéticos tipo 2 para el acceso oportuno a la cirugía de catarata. 2021-2022 [Internet]. INFODIR. 2024 [acceso: 14/05/2025]; 44:16. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1578/1836>
19. Díaz A, Fernández L, Rodríguez A, Seuc-Jo A, Álvarez N. Evaluación de la calidad del proceso de atención a los diabéticos tipo 2 [Internet]. Rev Finlay. 2020 [acceso: 14/05/2025]; 10(3):e748. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/748>
20. Hormigó IF, Arocha C, Ávalos MI, Castillo A, Hormigó K. Acceso a la cirugía de cataratas en diabetes. Un estudio cualitativo con enfoque gerencial [Internet]. Horiz sanitario. 2023 [acceso: 14/04/2025]; 22(3):537-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592023000300537&lng=es
21. Rossi T, Panozzo G, Mura GD, Giannarelli D, Ferrari D, Alessio G, et al. Diabetes y retinopatía diabética en pacientes que se someten a cirugía de catarata [Internet]. European Journal of Ophthalmology. 2020; 30(2):315-20. DOI: [10.1177/11206721241275143](https://doi.org/10.1177/11206721241275143)
22. Parra LA, Galeano L, Chacón M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y





el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance [Internet]. Rev Panam Salud Pública. 2023; 47: e26. DOI: [10.26633/RPSP.2023.26](https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26)

23. Rodríguez SA, Piña A, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana [Internet]. Rev Finlay. 2019 [acceso: 04/05/2025]; 9(4):e742. Disponible en:

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>

24. 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 [Internet]. Rev Cubana Oftalmol. 2021 [acceso: 14/05/2025]; 34(1):e1060. Disponible en:

<https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1060>

25. Rodríguez BN. Discapacidad visual en el adulto mayor diabético en Cuba [Tesis de doctorado] La Habana. Universidad Médica de la Habana; 2018.

Conflictos de interés

Los autores no refieren conflictos de interés.

Información financiera

Los autores declaran que no existió financiación para realizar esta investigación

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Iraisi F. Hormigó Puertas.*

Curación de datos: *Iraisi F. Hormigó Puertas, Caridad Chiang Rodríguez.*

Análisis formal: *Yoriel Cuan Aguilar.*

Investigación: *Iraisi F. Hormigó Puertas, Caridad Chiang Rodríguez.*

Metodología: *Iraisi F. Hormigó Puertas, Yoriel Cuan Aguilar.*

Administración del proyecto: *Iraisi F. Hormigó Puertas.*

Supervisión: *Yoriel Cuan Aguilar, Ana Rosa Jorna Calixto.*





Validación: *Ana Rosa Jorna Calixto, Ariadna Corral Martín.*

Redacción borrador original: *Yalier Hernández Velázquez, Caridad Chiang Rodríguez.*

Redacción, revisión y edición: *Iraisi F. Hormigó Puertas, Ariadna Corral Martín.*

Disponibilidad de datos

Los datos del estudio son confidenciales, por lo que su exposición pública o su divulgación no es permitida. La información se encuentra almacenada en el repositorio del ICO “Ramón Pando Ferrer”. Para acceder a dichos datos, se requiere la autorización del hospital mencionado.