

## Caracterización del desempeño del médico general integral en la atención al riesgo cardiovascular

*Characterization of the performance of the comprehensive general practitioner in cardiovascular risk care*

**Naifi Hierrezuelo Rojas<sup>1</sup> Alfredo Hernández Magdariaga<sup>2</sup> Elena SocarrásPlutín<sup>3</sup> Helena Téllez Mercader<sup>4</sup> Aida Reyes Contrera<sup>5</sup> Mario Cesar Moreno Villalón<sup>6</sup>**

*1 Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer y Salud Pública. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Ramón López Peña. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu](mailto:naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5782-4033>*

*2 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Camilo Torres Restrepo. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [persepone@gmail.com](mailto:persepone@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8975-3188>*

*3 Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Policlínico Graciliano Díaz Bartolo. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [elenasocarras@gmail.com](mailto:elenasocarras@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3143-7833>*

*4 Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Policlínico Carlos J Finlay. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [helenatellez@gmail.com](mailto:helenatellez@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1469-9537>*

*5 Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Policlínico Julián Grimau. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [aidareyes@infomed.sld.cu](mailto:aidareyes@infomed.sld.cu) ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5115-8859>*

*6 Especialista de Primer en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria. Profesor Asistente. Policlínico Camilo Torres Restrepo. Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba. E-mail: [mariocesar@gmail.com](mailto:mariocesar@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2228-8239>*

## RESUMEN

La atención médica integral al paciente con riesgo cardiovascular constituye una prioridad para el sistema de salud cubano. A pesar de décadas de mejora en la calidad y los resultados de la atención cardiovascular, siguen existiendo brechas significativas, lo que tiene como objetivo caracterizar el desempeño del médico general integral en la atención al riesgo cardiovascular. Se realizó un estudio descriptivo transversal en 27 especialistas de Medicina General Integral, que prestaban asistencia médica en los consultorios médicos de la familia del policlínico docente Ramón López Peña de Santiago de Cuba en el periodo correspondiente de enero a junio del 2024. Se utilizaron métodos empíricos que constituyeron fuente de recolección de la información primaria, como son: la observación científica, el análisis documental y la encuesta que permitió emitir una valoración del estado de la variable en estudio. La revisión documental halló las mayores afectaciones en cuatro de las cinco dimensiones, la dimensión asistencial, comunicativas, superación y científica-investigativa ( $\geq 69\%$ ). La dimensión más afectada en todos los instrumentos de evaluación fue la científica investigativa (3,5 %- 4,5 %). Existen dificultades en el desempeño profesional en la atención al riesgo cardiovascular en el área de salud, sobre todo en la revisión documental, con mayor afectación en las dimensiones superación y científica-investigativa.

**Palabras clave:** calidad, desempeño profesional; riesgo cardiovascular; atención primaria de salud; médico general; superación

## SUMMARY

Comprehensive medical care for patients at cardiovascular risk is a priority for the Cuban healthcare system. Despite decades of improvement in the quality and outcomes of cardiovascular care, significant gaps remain. The objective of this study is to characterize the performance of general practitioners in the management of cardiovascular risk. A cross-sectional descriptive study was conducted among 27 General Medicine specialists providing medical care in the family doctor's offices of the Ramón López Peña Teaching Polyclinic in Santiago

de Cuba from January to June 2024. Empirical methods were used as a source of primary data collection, such as scientific observation, documentary analysis, and a survey, which allowed for an assessment of the status of the variable under study. The document review found the greatest impacts in four of the five dimensions: care, communication, professional development, and scientific-research ( $\geq 69\%$ ). The most affected dimension across all assessment instruments was scientific-research (3.5%–4.5%). There are difficulties in professional performance in addressing cardiovascular risk in the health care field, particularly in the document review, with the greatest impact in the professional development and scientific-research dimensions.

**Keywords:** quality, professional performance; cardiovascular risk; primary health care; general practitioner; professional development

## INTRODUCCIÓN

La estimación del riesgo cardiovascular (RCV), es la forma más razonable y costo-efectiva de determinar las prioridades de prevención cardiovascular en personas asintomáticas y permite asignar los recursos en función de las necesidades, entendiendo como tales el riesgo de presentar un evento fatal o no fatal cardiovascular.<sup>1</sup> Es fundamental que los médicos puedan evaluar el RCV rápidamente y con suficiente precisión. Parece juicioso instrumentar estrategias de atención al paciente con hipertensión arterial cuyo enfoque sea el control del RCV, y así lo prueba la disminución de la mortalidad cardiovascular en los países donde se han implementado programas basados en el enfoque integral del riesgo en el paciente hipertenso.<sup>2</sup> En Cuba en el año 2021 se actualizó la guía de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la HTA,<sup>3</sup> donde se ha puesto especial énfasis en el RCV; y se propone un modelo que estratifica el riesgo en diferentes categorías basadas en la PA, los FRCV, el daño orgánico asintomático o lesión en órgano diana (LOD) y la presencia o no de DM2. El nivel de desarrollo alcanzado en la salud pública cubana, así como la voluntad política de incrementar la exigencia en los niveles de formación y superación de sus recursos, garantiza una vía importante para elevar la calidad de los servicios del sistema mediante el

mejoramiento del desempeño de la profesión. La calidad a la atención al riesgo cardiovascular parte, en primer orden, del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales.<sup>4</sup> Motivar a los profesionales y técnicos de la salud a mejorar su desempeño, no es solo importante, sino necesario, para poder disminuir las enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en Cuba y el mundo.

La atención primaria de salud (APS), como primer nivel de atención, constituye la puerta de entrada para los pacientes, por lo que ocupa un lugar privilegiado para la atención efectiva de esta problemática. Conocer al paciente y el entorno social, laboral y familiar, permite al especialista Medicina General Integral (MGI), realizar un seguimiento longitudinal, diagnóstico temprano y también utilizar, coordinar y racionalizar los recursos disponibles.<sup>5</sup> Así las cosas, la AP debe ser ofrecida por equipos que cuenten con competencias específicas, conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones para desempeñar el rol correspondiente de forma exitosa y alcanzar el mejor estado de salud de la población.<sup>6</sup>

Entre los obstáculos relacionados con los prestadores de servicios de salud que impiden un control eficaz al riesgo cardiovascular, se puede citar: dedicar tiempo insuficiente a la atención del paciente, como también a su educación; caer en la inercia terapéutica o mostrarse renuente a tratar a un paciente; y no cumplir las recomendaciones de las guías clínicas por desconocimiento, por no estar de acuerdo con ellas o por no tener ningún incentivo para aplicarlas.<sup>7</sup> A juicio de los autores del presente trabajo Asignar tiempo para la educación y la retroalimentación, e insertar estratégicamente la información de las guías en el flujo de la práctica clínica puede aumentar las posibilidades de que las guías se implementen realmente. Los esfuerzos de mejora de la calidad a nivel del sistema pueden conducir a mejoras medibles en el estado de salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Estos estudios también demuestran que el impacto en la salud de los cambios a nivel del sistema puede evaluarse rigurosamente.<sup>8,9</sup>

Por todo lo anterior, se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar el desempeño del médico general integral en la atención al riesgo cardiovascular.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 27 especialistas de Medicina General Integral (MGI), que prestaban asistencia médica en los consultorios médicos de la familia (CMF) del policlínico docente Ramón López Peña de Santiago de Cuba, en el periodo correspondiente de enero a junio del 2024 que aceptaron participar en la investigación, en un contexto natural donde se desarrolla de forma cotidiana el campo de acción. Como criterio de exclusión se definió aquel especialista de MGI que no estuvo de acuerdo en participar en la investigación. Los autores definieron como única variable: el desempeño profesional y las dimensiones e indicadores a evaluar fueron las siguientes: dimensión asistencial, dimensión comunicación, dimensión superación, dimensión científica-investigativa y dimensión bioética.

Se utilizaron métodos empíricos que constituyeron fuente de recolección de la información primaria, como son: la observación científica (OC), el análisis documental (AD) y la encuesta (E) que permitió emitir una valoración del estado de la variable en estudio.

Los instrumentos evaluativos fueron diseñados por los autores de la investigación y validados por expertos en el tema (clínicos, cardiólogos y metodólogos docentes)

**Para evaluar los datos obtenidos, se aplicó la siguiente escala de valoración:**  
**Dimensión asistencial, comunicación y bioética.**

1. Domina. (D) Si usted considera tiene pleno dominio de la habilidad que manifiesta el indicador)
2. Domina parcialmente (DP). Si usted considera tiene un dominio parcial de la habilidad que manifiesta el indicador
3. No domina (ND). Si usted considera no tiene dominio de la habilidad que manifiesta el indicador.

**Dimensiones superación y científica-investigativa**

- Siempre (S). Cuando realiza la actividad de manera regular
- A veces (AV). Cuando realiza la actividad de forma esporádica
- Nunca (N). Cuando no realiza la actividad

Se determinó la escala de valoración integral con los siguientes rangos que se muestra a continuación:

D y S, en el intervalo racional de  $100 \% \leq x \leq 90\%$

DP y AV, en el intervalo racional de  $89 \% \leq x \leq 70$

ND y N, en el intervalo racional de  $\leq 69\%$

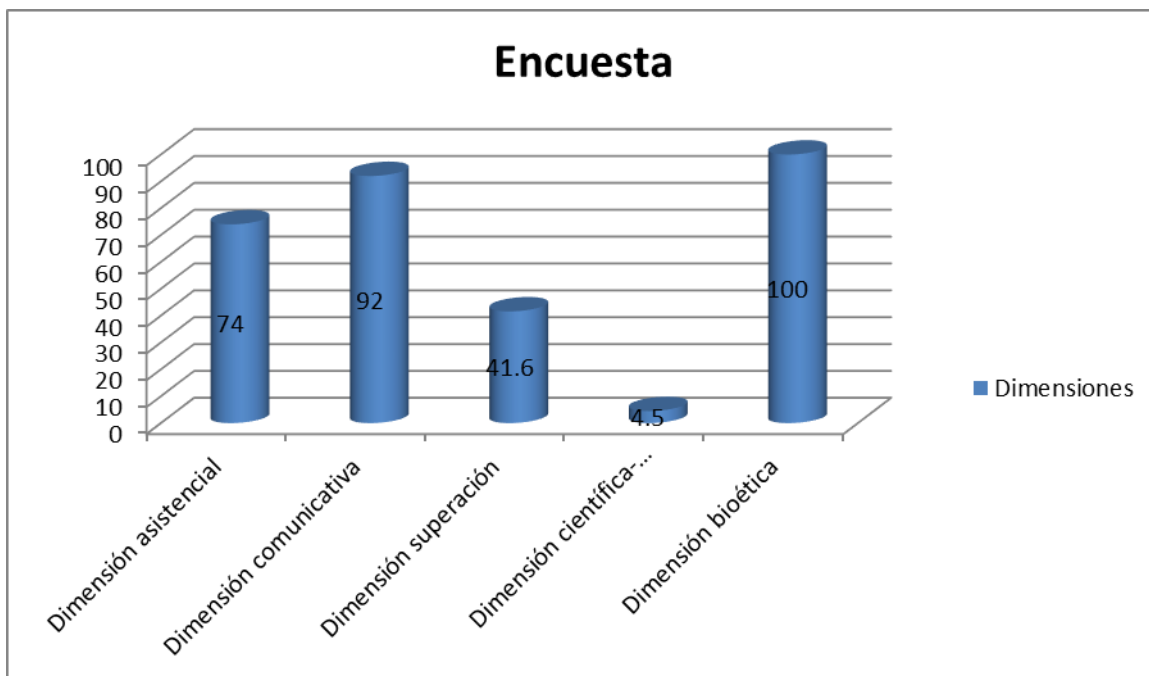
Después del análisis de cada instrumento y dimensiones evaluadas de la variable declarada, se procedió a realizar la triangulación metodológica para agrupar y comparar los datos obtenidos de las diferentes fuentes.

Se promedió los valores de los intervalos empleados lo que permitió asociar los resultados de las diferentes escalas para su posterior análisis, comparación y conclusiones. Para cuantificar los resultados cualitativos se asignó a cada una un intervalo determinado. El coeficiente de ponderación se asignó según criterios personales, aunque se siguió la lógica del procedimiento.

Una vez recolectada la información, se procesó de forma computarizada en una computadora personal Core i3, para lo que se creó una base de datos en el programa SSPS 11.5 para Windows que facilitó el análisis de la información. Se utilizaron aplicaciones de Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016. Para el análisis de los datos se empleó el número absoluto y el porcentaje como medidas de resumen. En la investigación realizada, los datos obtenidos se utilizaron con fines científicos, siguieron los principios y recomendaciones para los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Se solicitó el consentimiento informado a las pacientes. La investigación contó con la aprobación del comité de ética y consejo científico de la institución.

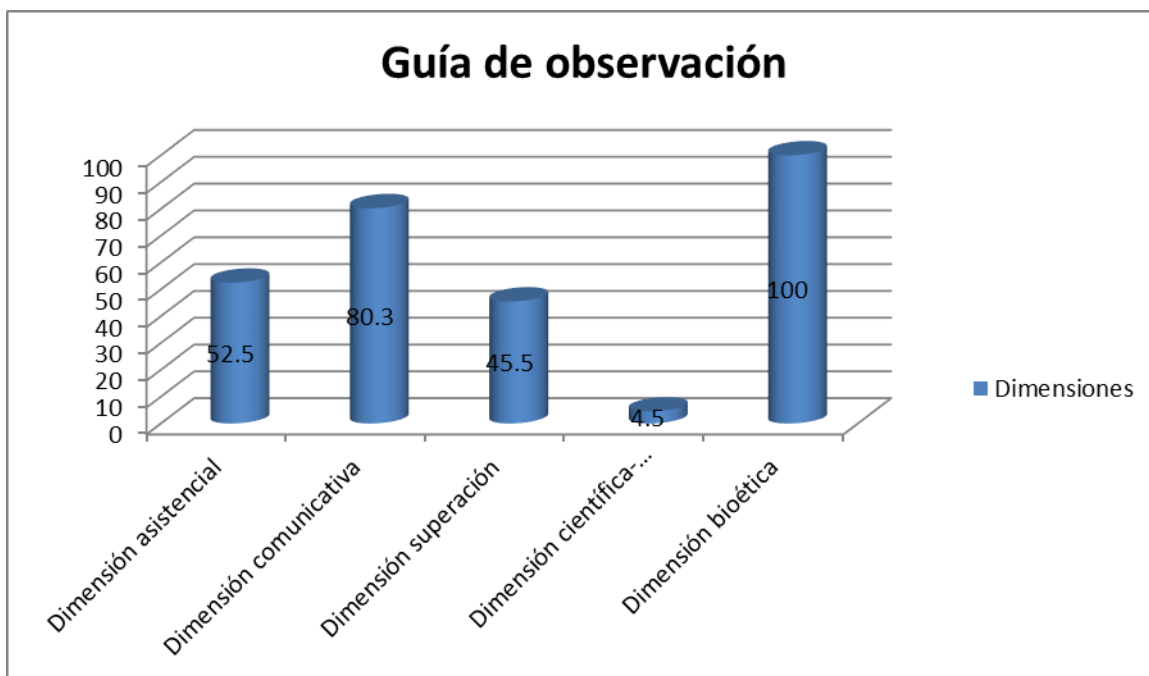
## **RESULTADOS**

Los indicadores muestran que los encuestados dominan poco la dimensión asistencial (74 %), en tanto dominan las dimensiones comunicativas y bioéticas 92 % y 100 % respectivamente, sin embargo, predominó la frecuencia de nunca en las dimensiones superación (41,6 %) y científica-investigativa (4,5 %). El análisis final de este instrumento mostró que la variable obtiene un valor de 62,4 % califica en la tabla de decisiones en no domina (Gráfico1).



**Gráfico 1.** resultado de las dimensiones de la encuesta. Policlínico Ramón López Peña, año 2024

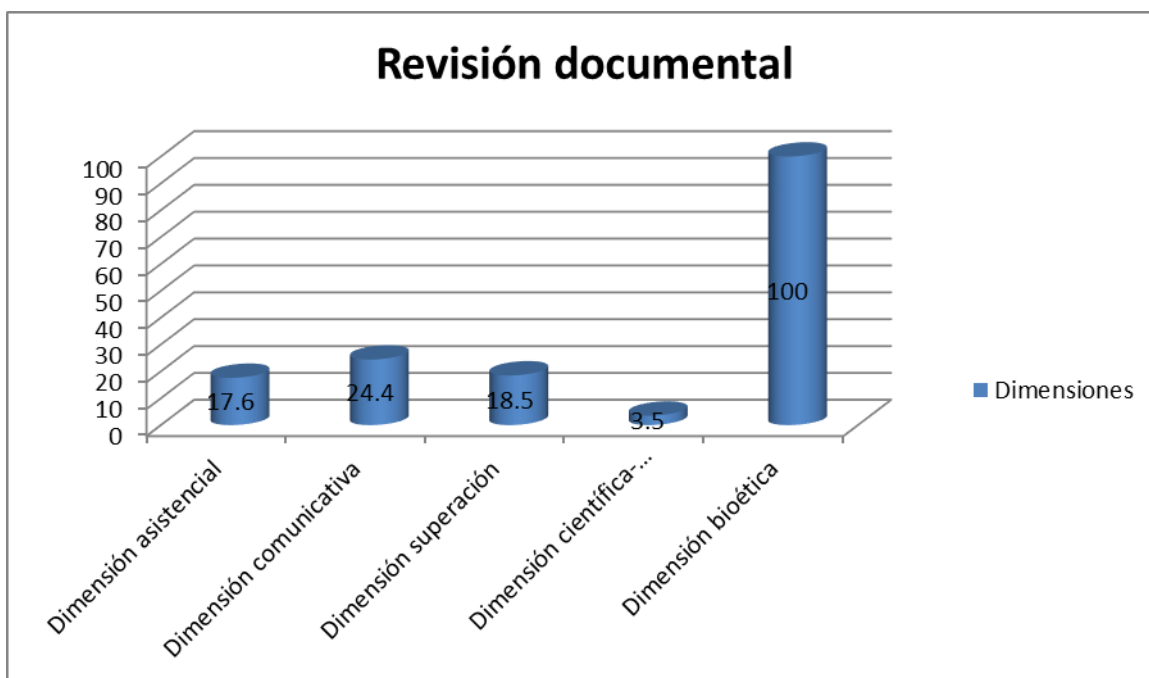
En la guía de observación los indicadores muestran que los médicos no dominan la dimensión asistencial ( $\geq 70\%$ ), en tanto dominan poco la dimensión comunicativa ( $89 \leq x \leq 70$ ) y dominan la bioética. ( $90 \leq x \leq 100$ ), sin embargo, predominó la frecuencia de nunca en las dimensiones superación, científica-investigativa. El análisis final de este instrumento mostró que la variable obtiene un valor de 56,4% califica en la tabla de decisiones en no domina (Gráfico 2).



**Gráfico 2.** resultado de las dimensiones de la guía de observación. Policlínico Ramón López Peña, año 2024

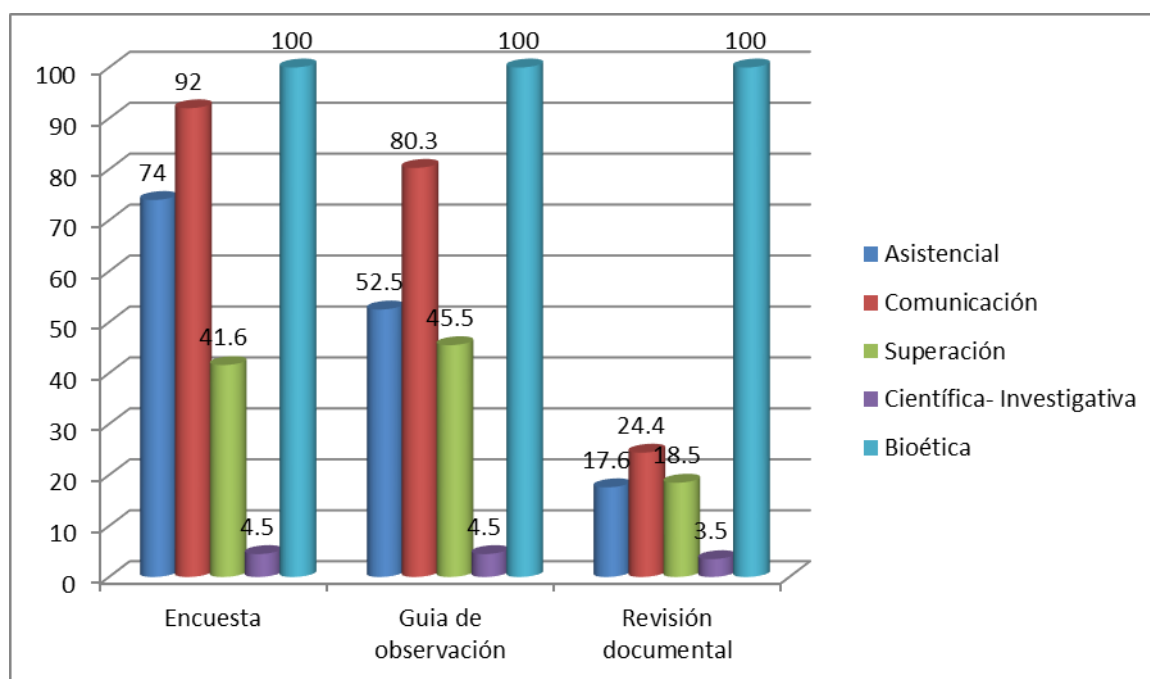
En relación a la revisión documental, los indicadores muestran que los médicos no dominan la dimensión asistencial (17,6 %), comunicativas (24,4 %), superación (18,5 %) y científica-investigativa 3,5 %), en tanto el 100 % de la casuística domina la dimensión bioética. El análisis final de este instrumento mostró que la variable obtiene un valor de 32,8% califica en la tabla de decisiones en no domina (Gráfico 3).





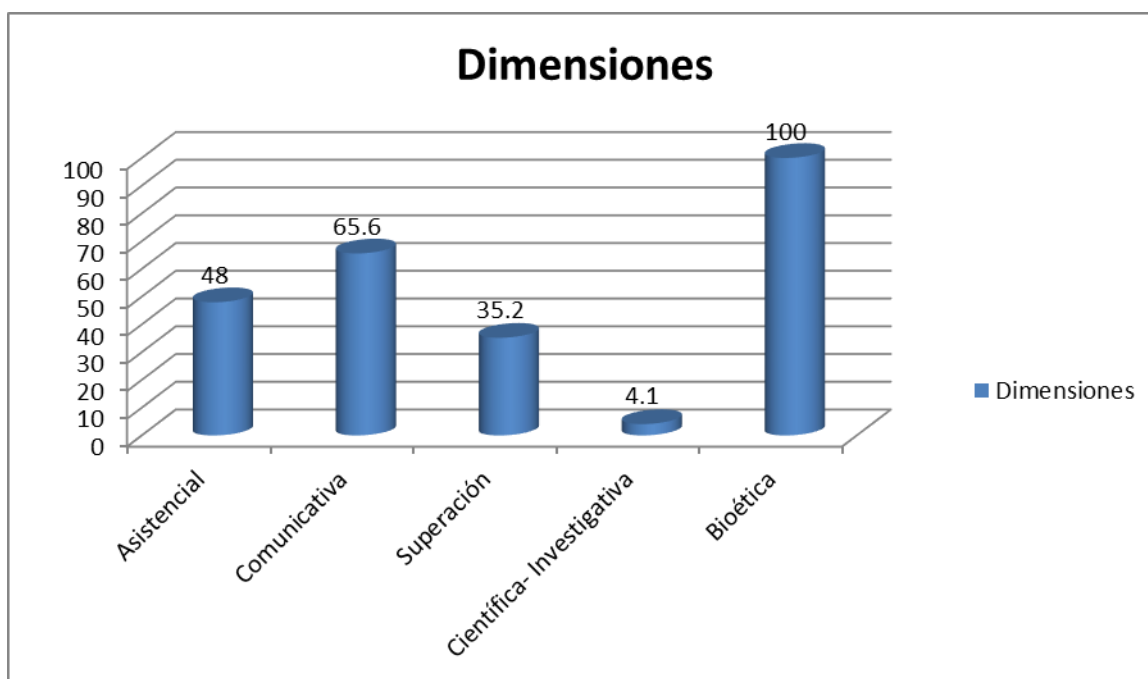
**Gráfico 3.** resultado de las dimensiones de la revisión documental. Policlínico Ramón López Peña, año 2024

El gráfico 4 muestra que la revisión documental halló las mayores afectaciones en cuatro de las cinco dimensiones, la dimensión asistencial, comunicativas, superación y científica-investigativa (3,5- 24,4 %).



**Gráfico 4.** resultado de las dimensiones por instrumento aplicado. Policlínico Ramón López Peña, año 2024

En el gráfico5 se muestra los resultados obtenidos en la triangulación metodológica de los instrumentos utilizados. La dimensión más afectada fue la científica investigativa (3,5 %- 4.5 %). La dimensión bioética no se afectó.



**Gráfico 5.** dimensiones en la triangulación de los resultados. Policlínico Ramón López Peña, año 2024

## DISCUSIÓN

El monitoreo y la evaluación son elementos fundamentales de toda iniciativa que busque mejorar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. El desempeño profesional es un indicador de proceso útil para valorar si los programas están alcanzando los objetivos necesarios y están difundiendo las mejores prácticas clínicas y de gestión.<sup>10</sup> La triangulación es considerada como un procedimiento que consiste en recoger y analizar datos, desde distintos ángulos, a fin de contrastarlos e interpretarlos. Esta técnica, constituye una de la más empleada para el procesamiento de los datos en las investigaciones cualitativas. Sus resultados contribuyen a elevar la objetividad del análisis y a ganar una

relativa mayor credibilidad de los hechos.<sup>11</sup> A juicio de estos autores la contraposición de varios datos y métodos que están centrados en un mismo problema, pueden ayudar a la toma de decisiones e identificar las potencialidades y debilidades del proceso. Del estudio se deriva que desde todos los instrumentos la variable presenta alto grado de afectación que se traduce en un pobre desempeño del MGI en la atención al riesgo cardiovascular. Llama la atención el bajo nivel científico- investigativo en los médicos del nivel primario de atención. La dimensión bioética fue la única que no se afectó en la triangulación de los resultados. En cuanto a la demostración del desempeño profesional, los valores éticos y humanistas, recogidos en la investigación de Del Valle, <sup>(11)</sup> los médicos refirieron que es muy importante realizar el consentimiento informado, comunicar los diferentes tratamientos a pacientes y acompañantes, informar cómo deben operar con un tratamiento u otro, atender a todo paciente independientemente a sus creencias religiosas, raza o afiliaciones políticas y evitar siempre las iatrogenias. La dimensión asistencial estuvo afectada en cerca del 50 % de la casuística. Esto evidencia la necesidad de profundizar durante la formación de los profesionales en los elementos de la atención al riesgo cardiovascular. Estos resultados difieren de lo hallado por Gupta et al.,<sup>12</sup> en el que la mayoría de los médicos (74 %) realizaron anualmente la evaluación del riesgo CV en pacientes elegibles. Estas divergencias pueden deberse que no es hasta el año 2017 en la Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial <sup>12,13</sup> donde se hace énfasis por primera vez en la evaluación del RCG. Una revisión sistemática realizada por Ju et al.,<sup>14</sup> no fue posible diferenciar si los médicos de familia utilizaban una evaluación de riesgo absoluto o un enfoque de factores de riesgo individuales, y si las perspectivas eran diferentes en la prevención primaria y secundaria, ya que no se especificaron en la mayoría de los estudios. No se incluyeron investigaciones cubanas en los resultados. Otra revisión realizada por Lee et al.,<sup>9</sup> demostró, que la intensificación de la atención al riesgo cardiovascular, implicó un enfoque basado en el equipo que incluyó aportes adicionales de los proveedores de atención médica, como transferir tareas a farmacéuticos, dietistas o enfermeras; consejería telefónica; recordatorios basados en teléfonos

inteligentes; o visitas domiciliarias. Una investigación reciente realizada por Hierrezuelo, et al.,<sup>15</sup> concluyó que existían dificultades tanto en el desempeño como en la competencia profesional en la ejecución del programa de hipertensión arterial, evaluando inadecuada la estratificación del riesgo cardiovascular. De manera similar, en Salamanca, España, García, et al.,<sup>16</sup> en estudio realizado en dos centros de salud y 14 médicos de familia encontró deficiencias en las historias clínicas donde, no se alcanzaban estándares adecuados en el examen físico correcto y el plan terapéutico adecuado. La dimensión comunicativa, fue una de las menos afectadas, a pesar de alcanzar la evaluación de no domina, pues, aunque en la encuesta refirieron dominarla, a en la documentación verificable alcanzaron estándares no deseados. Los autores del presente trabajo consideran que el desempeño profesional también se expresa en el comportamiento del especialista en relación con sus conocimientos profesionales (en la comunicación, entrevista clínica y en la relación médico paciente). El especialista realiza la actividad práctica en el contacto directo con la población, por lo que se convierte en objeto de conocimiento y valoración en dependencia de las necesidades e intereses a generalizar a través de la comunicación en la relación médico-paciente, con el individuo y su familia en contexto. Las dimensiones de mayor afectación resultaron la de superación y científica investigativa. De manera similar, las principales limitaciones y/o necesidades de aprendizaje que refirieron los especialistas en Medicina General Integral para afrontar la función de tutoría y los residentes de la misma especialidad en el estudio de Prieto et al.,<sup>17</sup> estuvieron relacionadas con estas dos dimensiones. A juicio de estos autores este resultado se debe, en parte, a que los procesos de investigación suelen estar separados de las problemáticas reales en el contexto clínico donde se desempeña el especialista en MGI. El éxito de esta dimensión se definirá por proyectos que den lugar a cambios en la prestación de atención con impactos demostrables en la calidad y los resultados de la atención al riesgo cardiovascular. El Sistema Nacional de Salud cubano tiene como estrategia principal la atención primaria de salud para dar solución a las necesidades de la sociedad. Dentro de la perspectiva actual, requiere que se planifiquen y ejecuten investigaciones científicas por el

profesional de salud en su puesto de trabajo, a partir de los problemas de salud predominantes en su comunidad y el principal de ellos son las enfermedades cardiovasculares. Por tal motivo se necesitan recursos humanos con un nivel de calificación científico-técnico, que incorporen los planteamientos de la atención primaria y sean capaces de traducirlos en la práctica diaria, a través de la superación profesional como vía para lograr estándares superiores de competencia y desempeño profesionales.<sup>18</sup> Entre las principales dificultades para la implementación de la Iniciativa HEARTS en Cuba destacaron la necesidad de capacitar sistemáticamente a los profesionales en el riesgo cardiovascular, con la alternativa de actividades presenciales o semipresenciales en los propios centros de salud.<sup>19</sup> Una experiencia interesante es la del Consorcio de Innovación en la Mejora de la Calidad Cardiovascular y la Atención que busca mejorar rápidamente la atención cardiovascular mediante (1) el desarrollo, la implementación y la evaluación de proyectos multicéntricos de mejora de la calidad utilizando diseños de atención innovadores; (2) servir como un recurso para los socios de mejora de la calidad e innovación en la atención; y (3) establecer una presencia dentro de las estructuras existentes de mejora de la calidad e innovación en la atención.<sup>20</sup> Los resultados del presente estudio demuestran que la atención al riesgo cardiovascular sigue siendo ineficiente y no responde adecuadamente a las preferencias y necesidades de los pacientes. En consecuencia, existe la necesidad de nuevos enfoques como la atención centrada en el paciente, para brindar atención cardiovascular de alta calidad. La atención centrada en el paciente implica brindar una atención respetuosa adaptando las decisiones de manejo a las creencias, preferencias y valores de los pacientes. Un enfoque de atención colaborativa puede mejorar la participación del paciente, fomentar la toma de decisiones compartida que se alinee con los valores y objetivos del paciente, promover una atención cardiovascular más personalizada y eficaz y, potencialmente, mejorar los resultados de los pacientes. La limitación de esta investigación fue que en las bibliografías consultadas se encontraron pocos estudios en Cuba que evaluaran el desempeño del médico general integral a la atención al riesgo cardiovascular.

## CONCLUSIONES

Existen dificultades en el desempeño profesional en la atención al riesgo cardiovascular en el área de salud, sobre todo en la revisión documental, con mayor afectación en las dimensiones superación y científica- investigativa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez B, Zambrana JL. Estratificación del riesgo cardiovascular. En: Gómez B, Zambrana JL, Alcaide F. MANUAL de riesgo cardiovascular. Guadalquivir. 1ª ed. [en línea] 2021 [citado 12 jul 2024]; 4: 21-28. Disponible en: [http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/3422/4/ManualDeRiesgoCardiovascular\\_2021.pdf](http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/3422/4/ManualDeRiesgoCardiovascular_2021.pdf)
2. Rozo J, Echeverría R. Riesgo cardiovascular e Hipertensión arterial. ¿Qué escala de riesgo utilizar? En: Moreno J, Aristizabal D, Mendoza F. Hipertensión arterial en la práctica clínica. 1ra ed. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Editorial Dsitriubuna. Bogotá. Colombia. [en línea] 2022 [citado 12 jul 2024]; 10. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=qtavEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT166&dq=Principales+escalas+de+estratificaci%C3%B3n+de+riesgo&ots=pg71tROsMi&sig=dpnT7ZJkw7ECfsklG6dus3uV8M#v=onepage&q=Principales%20escalas%20de%20estratificaci%C3%B3n%20de%20riesgo&f=false>
3. Pérez MD, Valdés Y, Pérez L, López C, Jimenez A, Orduñez P, et al. Hipertensión arterial en el adulto. Guía de actuación para la atención primaria de salud. La Habana, Cuba. [en línea] 2021 [citado 12 jul 2024]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/hipertension/files/2022/02/GU%C3%8DADEACTUACI%C3%93N-FINAL-6.12.21.pdf>
4. Díaz A, Rodríguez A, Balcindes S. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. Rev Finlay. [en línea] 2018 [citado 12 jul 2024]; 8(2): 122-139. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342018000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342018000200007&lng=es)

5. Janssen M, Sagasser MH, Fluit CRMG, Assendelft WJJ, De Graaf J, Scherpbier ND. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. BMC FamPract. [en línea] 2020 [citado 12 jul 2024]; 179:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01234-6>
6. Jiménez G, Spinazze P, Matchar D, KohChoonHuat G, Van-der-Kleij RMJJ, Chavannes NH, et al. Digital health competencies for primary health care professionals: J Med Inform. [en línea] 2020 [citado 12 jul 2024]; 143. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104260>
7. Patel P, Ordúñez P, DiPette D. ImprovedBloodPressure Control to Reduce Cardiovascular DiseaseMorbidity and Mortality: TheStandardizedHypertensionTreatment and Prevention Project. J ClinHypertens (Greenwich) [en línea] 2016 [citado 12 jul 2024]; 18(12): 1284-1294. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476955/>
8. Lee ES, Vedanthan R, Jeemon P, et al. Mejora de la calidad en la atención de enfermedades cardiovasculares. En: Prabhakaran D, Anand S, Gaziano TA, et al., editores. Trastornos cardiovasculares, respiratorios y relacionados. 3ª edición. Washington (DC): Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. [en línea] 2017 [citado 12 jul 2024]; 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525162>
9. Mora-Rojas RB, Villalobos-Bolívar GE, Mosquera-Hurtado IY. Competencias del profesional de la salud en la Atención Primaria de Salud. Rev Cub Med Gen Integr. [en línea] 2024 [citado 12 jul 2024]; 40: e2952. Disponible en: <https://revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2952#:~:text=Resultados%3A%20Las%20competencias%20que%20deben%20caracterizar%20a%20los,en%20pol%C3%ADtica%20en%20salud%20y%20la%20atenci%C3%B3n%20integral>
10. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión. Washington: OPS. [en línea] 2018 [citado 12 jul 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34910?locale-attribute=es>
11. Del Valle Llufrío P. Modelo de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en gastroenterología. [en línea]. Universidad de

Ciencias Médicas de la Habana: La Habana. [en línea] 2023 [citado 12 jul 2024]. Disponible en:

<file:///C:/Users/Dr/Downloads/Tesis%20Competencias%20profesionales%20especificas%20Gastroenterologia%20Final%20Dr.%20Pedro%20Del%20Valle-1.pdf>

12. Gupta M, Singh N, Tsigoulis M, Kajil M, Hirjikaka S, Quan A, Teoh H, Verma S. Percepciones de los médicos de atención primaria canadienses hacia la evaluación del riesgo cardiovascular y el manejo de lípidos. Can J Cardiol. [en línea] 2012 [citado 12 jul 2024]; 28(1): 14-19. Disponible en: [https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(11\)01288-8/abstract](https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X(11)01288-8/abstract)

13. Pérez MD, León JL, Dueñas A, et al. Guía cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev Cub Med. [en línea] 2017 [citado 12 jul 2024]; 56(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232017000400001)

14. Ju I, Banks E, Calabria B, Ju A, Agostino J, Korda RJ, et al. General practitioners â perspectives on the prevention of cardiovascular disease: systematicreview and thematicsynthesis of qualitativestudies. BMJ Open. [en línea] 2018 [citado 12 jul 2024]; 8: e021137. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6224770/pdf/bmjopen-2017-021137.pdf>

15. Hierrezuelo N, Torres C, García E, Cruz J, Limia AJ, Selva A. Calidad del proceso en la ejecución del programa de Hipertensión Arterial. Rev Haban Cien. [en línea] 2023 [citado 12 jul 2024]; 22(1). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4389>

16. García L, Santos I, Gómez MA. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. Rev Esp Salud Pública. [en línea] 2008 [citado 12 jul 2024]; 82(1): 57-68. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272008000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272008000100005)

17. Prieto-Peña AI, González-Sánchez A, Díaz-Díaz AA, Ordóñez-Smith Y, Juara-Espinosa M, Morales-Querol Md. Diagnóstico de la evaluación del desempeño profesional pedagógico del tutor de Medicina General Integral. RevMéd Electrón.



[en línea] 2024 [citado 12 jul 2024]; 46(0). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5240>

18. López Espinosa GJ, Valcárcel Izquierdo N, Lemus Lago ER, Yera Alós IB, González Ramírez EE, Quintana Mugica R. Estrategia de superación profesional para la atención médica integral a la salud del trabajador. EDUMECENTRO. [en línea] 2021 [20 jun 2022]; 13(3): [aprox. 20 p.]. Disponible en: [https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1811/pdf\\_595](https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1811/pdf_595)

19. Valdés González Y, Morejón Giraldoni A, Pérez Perea L, Jiménez Chiquet A, López Lima C, Campbell N, et al. La Iniciativa HEARTS en Cuba: experiencias tras 5 años de implementación. Rev. Panam Salud Publica. [en línea] 2023 [citado 20 jun 2024]; (46). Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2022.v46/e176/>

20. Goldfarb MJ, Abshire M, Bozkurt B, Code J, Di Palo KE, Durante A. Patient-Centered Adult Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. [en línea] 2024 [citado 20 jun 2024]; 149(20). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001233>