Artículo original

Desempeño del especialista en Medicina General Integral en el riesgo cardiovascular: triangulación entre el saber y el hacer

Performance of the General Integral Medicine Specialist in Cardiovascular Risk: Triangulation Between Knowing and Doing

Naifi Hierrezuelo Rojas[1,2*] https://orcid.org/0000-0001-5782-4033

Rolando Bonal Ruiz[1,2] https://orcid.org/0000-0001-6528-1083

Alfredo Hernández Magdariaga[1,3] https://orcid.org/0000-0002-2660-4545

Suniel Jhonson Valenciano[1,4] https://orcid.org/0000-0002-2167-1095

María Dalia Mocaren Rodríguez[1,2] https://orcid.org/0009-0006-4992-2446

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

[2]Policlínico Ramón López Peña, Servicio de Asistencia Médica. Santiago de Cuba, Cuba.

[3]Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Servicio Asistencia Médica. Santiago de Cuba, Cuba.

[4]Unidad Municipal de Salud, Servicio Asistencia Médica. Santiago de Cuba, Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El control del riesgo cardiovascular es prioritario para alcanzar las metas de reducción de mortalidad prematura de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para 2026. El éxito de estas metas depende del desempeño del especialista en Medicina General Integral en la atención primaria.

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

Objetivo: Evaluar el desempeño profesional del especialista en Medicina Familiar en la gestión del riesgo cardiovascular desde el saber y el hacer.

Métodos: Investigación con enfoque mixto, fundamentada en la teoría de competencias de Urbina Laza. Se empleó la triangulación metodológica, mediante encuestas de autopercepción, guías de observación de la práctica clínica y revisión documental de historias clínicas bajo los estándares de la Iniciativa HEARTS.

Resultados: Se identificó una marcada discrepancia entre el "saber" y el "hacer". Aunque el 80 % de los especialistas reportó altos niveles de conocimiento teórico, la observación directa reveló una aplicación mecánica de la estratificación de riesgo, percibida más como un requisito burocrático que como una herramienta terapéutica. Predominó una atención reactiva centrada en el síntoma biológico, con omisión de los determinantes sociales. El modelo comunicacional prevalente fue paternalista y unidireccional, lo que limitó la toma de decisiones compartidas y la adherencia del paciente.

Conclusiones: Existe una fractura en la transferencia de competencias a la práctica real. El desempeño actual, fragmentado y centrado en el síntoma, dificulta alcanzar los objetivos de salud proyectados para 2026. Es imperativa una mediación pedagógica que integre la Calculadora HEARTS en el flujo de trabajo y fomente la entrevista motivacional para transformar el hábito asistencial.

Palabras clave: desempeño profesional; riesgo cardiovascular; Medicina General Integral.

ABSTRACT

Introduction: Controlling cardiovascular risk is a priority to achieve the goals of reducing premature mortality set by the Pan American Health Organization/World Health Organization for 2026. The success of these goals depends on the performance of the General Integral Medicine specialist in primary care.

Objective: Assess the professional performance of the Family Medicine specialist in managing cardiovascular risk from knowledge and practice.

Methods: Mixed-method research based on Urbina Laza's competency theory. Methodological triangulation was used through self-perception surveys, clinical practice observation guides, and documentary review of medical records following HEARTS Initiative standards.

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

Results: A clear gap was identified between "knowing" and "doing." Although 80% of specialists reported high levels of theoretical knowledge, direct observation revealed a mechanical application of risk stratification, seen more as a bureaucratic requirement than a therapeutic tool. Care was predominantly reactive and focused on the biological symptom, with social determinants being overlooked. The prevailing communication model was paternalistic and one-way, which limited shared decision-making and patient adherence.

Conclusions: There is a gap in transferring skills into real practice. The current performance, fragmented and focused on symptoms, makes it hard to reach the health goals projected for 2026. It's crucial to have educational support that integrates the HEARTS Calculator into the workflow and encourages motivational interviewing to change the care habits.

Keywords: professional performance; cardiovascular risk; Comprehensive General Medicine.

Recibido: 15/01/2026

Aceptado: 19/04/2026

Introducción

En el panorama epidemiológico global actual, las enfermedades cardiovasculares (ECV) persisten como el principal desafío para los sistemas de salud, al representar más del 30 % de la mortalidad mundial. Ante esta crisis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han redoblado sus esfuerzos mediante la iniciativa HEARTS, cuyo objetivo para este año es la estandarización del manejo del riesgo cardiovascular (RCV) en el nivel primario de atención para reducir en un 25 % la mortalidad prematura.[1,2]

En Cuba, el Programa Nacional de Atención Primaria de Salud sitúa al especialista en Medicina General Integral (MGI) como el eje transformador de la salud comunitaria. Sin embargo, a pesar de la existencia de protocolos nacionales robustos y del despliegue de la Estrategia de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles,[3] se identifica una contradicción fundamental: mientras el

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

sistema de salud cuenta con un capital humano altamente calificado y una cobertura total de la población, los indicadores de morbilidad y mortalidad por eventos coronarios y cerebrovasculares muestran una resistencia al descenso, lo que evidencia una brecha en la efectividad del desempeño profesional en el escenario del consultorio médico.

El desempeño profesional del médico de familia en Cuba ha transitado por etapas marcadas por el perfeccionamiento del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (PMEF). Con la creación del modelo del MGI por el Comandante Fidel Castro, el desempeño se centró en la cobertura y la dispensarización.[4] El manejo del riesgo cardiovascular se limitaba al control de factores aislados (hipertensión, diabetes), mediante el registro manual en fichas familiares. El médico era visto como un "guardián de la salud", con un enfoque predominantemente clínico-asistencial.

Luego comenzó una nueva etapa, caracterizada por la actualización de las Guías Clínicas y la introducción de los Lineamientos de la Política Económica y Social.[5] El desempeño comenzó a evaluarse mediante indicadores de proceso. Sin embargo, el manejo del riesgo cardiovascular continuaba siendo fragmentado, con una baja utilización de tablas de estratificación global de riesgo (como las de la OMS), lo que generó la contradicción entre el conocimiento teórico y la práctica asistencial que persiste hoy.

En el contexto actual, tras el impacto de la pandemia de COVID-19, el desempeño del MGI ha dado un salto hacia la salud digital. Las proyecciones de salud exigen un especialista capaz de lo siguiente:

- Utilizar algoritmos digitales de estratificación (Iniciativa HEARTS).
- Liderar equipos transdisciplinarios para la intervención comunitaria.
- Implementar la responsabilidad compartida, donde el desempeño se mide por el empoderamiento del paciente y no solo por la cifra de presión arterial.[5]

A partir de la sistematización de la obra de varios autores,[6,7,8] se identifica como regularidad para el desempeño profesional que es un proceso connotado por habilidades y conocimientos, que se expresan en la práctica médica, como limitación. Este es poco abordado en la atención al riesgo cardiovascular, razón por la cual la autora define el desempeño profesional del MGI en la atención al riesgo cardiovascular del siguiente modo: el conjunto de conocimiento, habilidades y acciones específicas encaminadas a la prevención, el diagnóstico precoz, y el

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

tratamiento ético y humanista al paciente con riesgo cardiovascular, a través del método clínico-epidemiológico y social, que debe realizarse desde el escenario laboral, en aras de lograr calidad en la atención, en respuesta a los requerimientos sociales.

El estudio de problemas asociados al desempeño y los métodos empleados para la introducción de mejoras representan una problemática de trascendental importancia en cualquiera de los contextos vinculados a la actividad profesional.[9,10] El objetivo de la presente investigación fue evaluar el desempeño profesional del especialista de Medicina Genetal Integral en la gestión del riesgo cardiovascular desde el saber y el hacer.

Métodos

Se realizó una investigación cuanti-cualitativa, cuyo universo de estudio estuvo constituido por los 27 especialistas en Medicina Familiar, pertenecientes al Policlínico Ramón López Peña del municipio Santiago de Cuba, en el período comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2024, en un contexto natural donde se desarrollaba de forma cotidiana el campo de acción. Esto permitió determinar el estado actual del desempeño profesional de los especialistas en Medicina Familiar en la gestión del riesgo cardiovascular.

Criterios de inclusión

Especialistas con al menos dos años de experiencia en la atención primaria, vinculados directamente al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, con ejercicio activo en consultorio durante el año 2024 y que formalizaron su participación mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Profesionales dedicados mayoritariamente a funciones administrativas (más del 80 % de su tiempo), con licencias prolongadas o misiones internacionales durante el periodo de estudio, con menos de seis meses de permanencia en su puesto actual o que participaran simultáneamente en programas de formación similares.

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

Criterios de eliminación

Se consideró la salida de aquellos que abandonaran voluntariamente la investigación, quienes incumplieran más del 30 % de las actividades de intervención o cuyos instrumentos de recolección presentaran datos incompletos.

Procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante el *software* SPSS v.29 o RStudio, siguiendo una lógica de triangulación metodológica:

A. Validación de los instrumentos. Para validar los instrumentos, estos se seleccionaron entre 11 expertos, con los siguientes criterios de inclusión:

- Formación académica: poseer el grado científico de Doctor en Ciencias en áreas de medicina, salud pública o educación médica.
- Especialidad: ser Especialista de II Grado en medicina familiar o cardiología, con un mínimo de 15 años de experiencia en el sector salud.
- Categoría docente/investigativa: poseer la categoría de Profesor Titular o Investigador Titular.
- Producción científica: haber publicado al menos tres artículos sobre riesgo cardiovascular o desempeño profesional en revistas indexadas (Scopus/WoS) en los últimos cinco años (2021-2026).
- Competencia: obtener un Coeficiente de Competencia (K) superior a 0,85 (determinado por el coeficiente de conocimiento y de argumentación) y se aplicó el Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de las encuestas (un valor > 0,80 se consideraría excelente).

B. Análisis descriptivo

- Variables cualitativas (dimensiones): se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Se presentaron tablas de distribución de frecuencias para mostrar el nivel de desempeño (Adecuado, Poco Adecuado, Inadecuado).

C. Triangulación de datos. Se realizó un análisis integrador, que comparó los resultados de la Guía de observación (lo que hace), la Auditoría de Historias Clínicas (lo que registra) y la Encuesta (lo que dice que sabe). Esto permitió identificar las brechas reales en el desempeño profesional del MGI.

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

Descripción de los instrumentos

Los instrumentos empleados se describen a continuación:

- Encuesta al especialista: exploró el nivel de conocimientos teóricos y la autopercepción de competencia en el manejo del riesgo.
- Guía de observación (consulta): evalúo habilidades clínicas y comunicativas en tiempo real durante la atención al paciente.
- Auditoría de historias clínicas: verificó el cumplimiento del protocolo clínico y legal.

En el cuadro se resume la triangulación metodológica

Cuadro - Triangulación metodológica

Categoría de análisis	**Instrumento 1 Encuesta (El saber declarado)**	**Instrumento 2 Observación (El hacer real)**	**Instrumento 3 Auditoría (El registro científico)**	**Objetivo de la triangulación**
Dimensión asistencial	Evalúa si el médico conoce las tablas de la OMS/OPS 2026	Verifica si el médico calcula el riesgo frente al paciente	Constata si el valor del riesgo quedó plasmado en la historia clínica	Detectar la brecha entre conocimiento y aplicación sistemática
Dimensión comunicacional	Mide la percepción del médico sobre su capacidad empática	Evalúa el uso real de técnicas de entrevista motivacional	Revisa si se registran acuerdos o "contratos" de cambio de estilo de vida	Validar la ética y la calidad de la comunicación percibida *vs*. la real
Dimensión científica-investigativa	Explora la frecuencia con que el médico dice investigar	Observa si utiliza bases de datos o evidencia para resolver casos	Analiza la calidad del ASIS y los reportes de incidencia en el consultorio	Contrastar el rigor científico con la práctica administrativa habitual
Dimensión superación	Identifica necesidades de aprendizaje sentidas por el médico	Constata la aplicación de nuevos fármacos o tecnologías	Verifica certificados y actualizaciones en el expediente de cuadros	Identificar la transferencia del aprendizaje al puesto de trabajo

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

Dimensión bioética	Identifica el manejo de la confidencialidad y autonomía del paciente	Constata la aplicación del consentimiento informado en decisiones terapéuticas	Verifica el consentimiento informado en decisiones terapéuticas	Validar la ética en la actuación medica

Consideraciones éticas

Los datos obtenidos se utilizaron con fines científicos, y siguieron los principios y las recomendaciones para los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes. La investigación contó con la aprobación del comité de ética y el consejo científico de la institución.

Resultados

Al analizar las dimensiones en la encuesta realizada, se pudo constatar que el 100 % de los especialistas reconocen que deben respetar la autonomía del paciente, el 95 % dice conocer el manejo del RCV y las tablas de la OMS/OPS, el 78 % percibe buena comunicación con el paciente, en tanto solo el 25 % ha participado en cursos de superación relacionados con el tema y el 4,5 % presenta algún artículo publicado o realiza trabajos investigativos del tema (fig. 1).

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

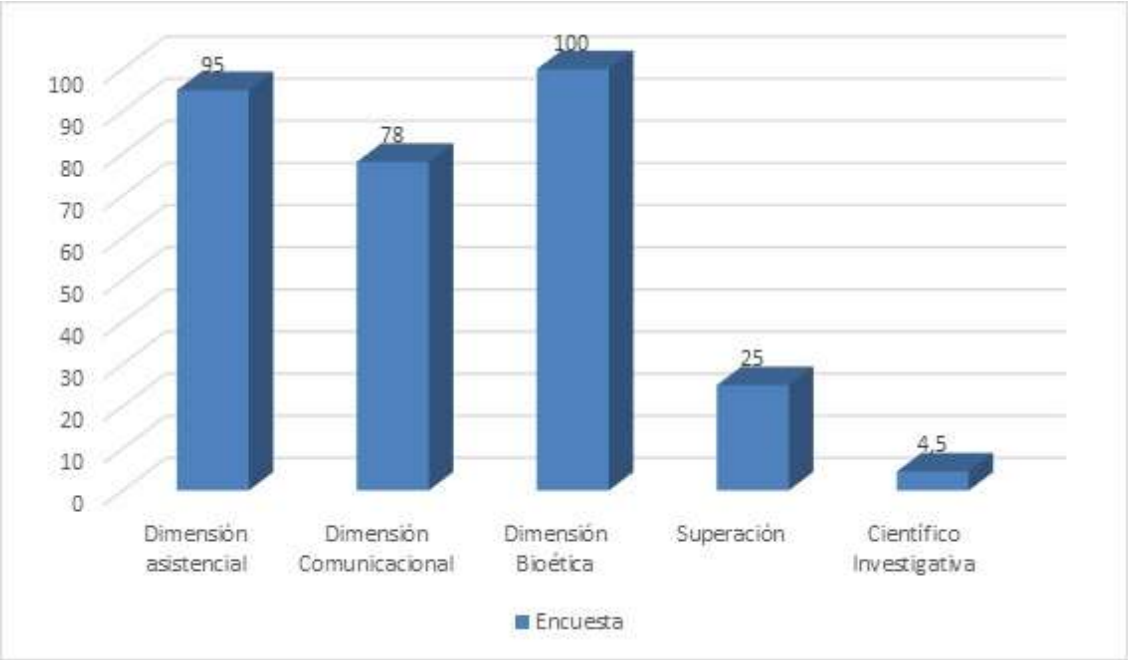
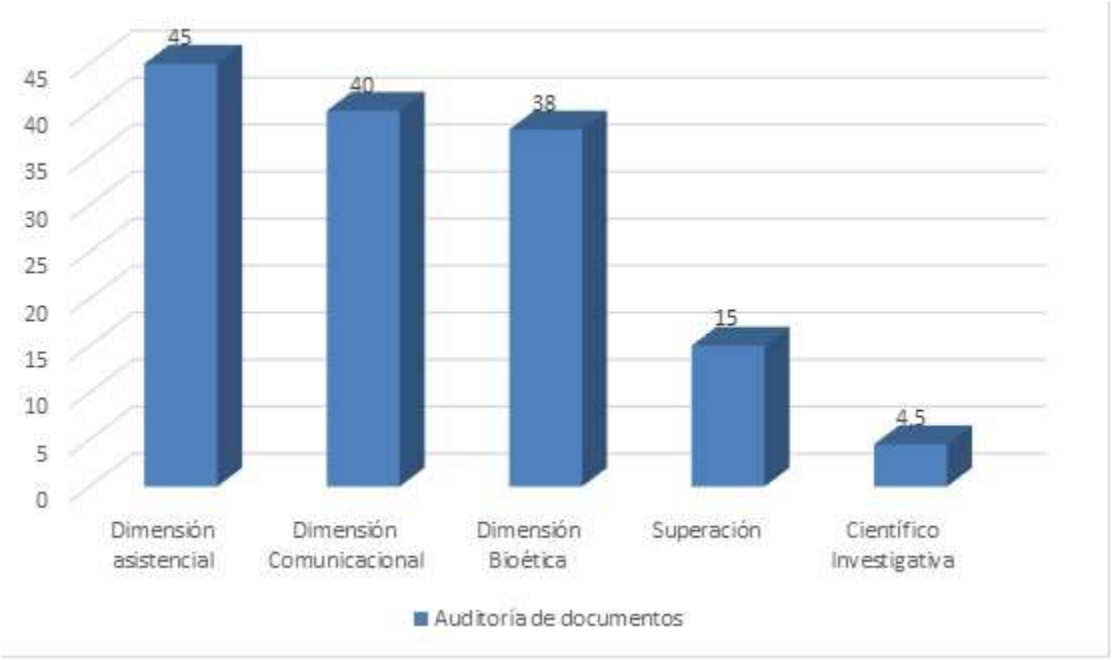


Fig. 1 - Resultado de las dimensiones al aplicar la encuesta.

La auditoría de historias clínicas revela que el 45 % tiene un manejo del RCV y utiliza las tablas para su estratificación, el 40 % plasma el consentimiento informado en decisiones terapéuticas, el 38 % registra acuerdos o "contratos" de cambio de estilo de vida, el 15 % presenta certificados y actualizaciones en cursos de superación relacionados con el tema, y el 4,5 % presenta algún artículo publicado o realiza trabajos investigativos sobre el tema (fig. 2).

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

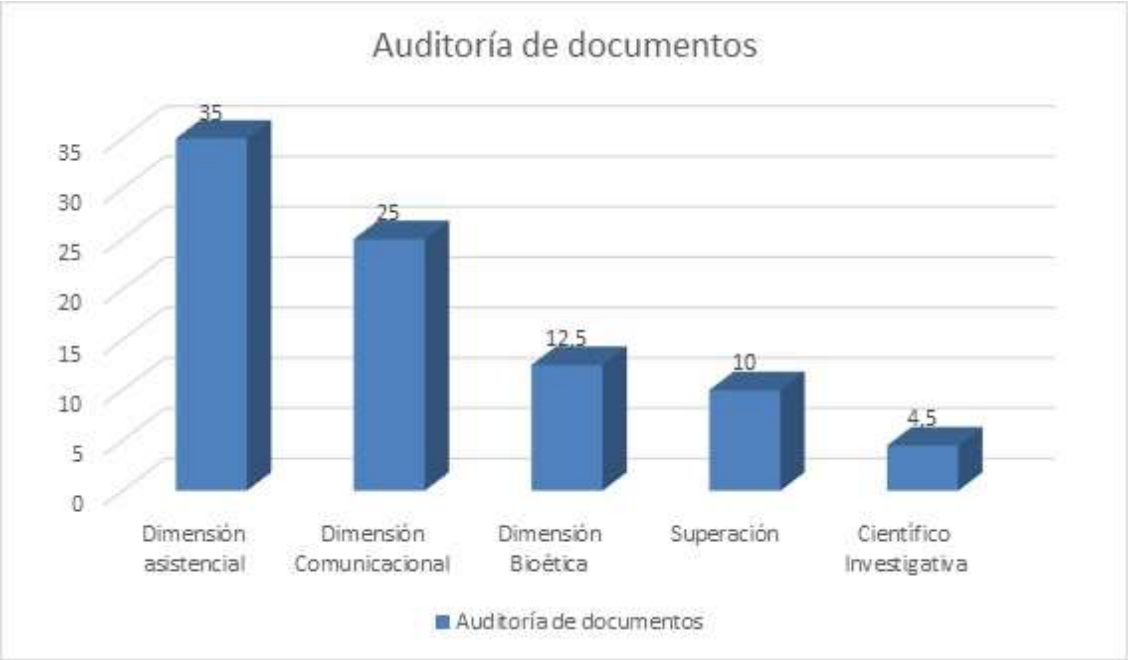


Fuente: Historias clínicas individuales.

Fig. 2 - Resultado de las dimensiones al aplicar la auditoría de historias clínicas.

La Guía de observación evidencia que el 35 % tiene un manejo del RCV y utiliza las tablas para su estratificación, el 25 % usa técnicas de entrevista motivacional, el 12,5 % emplea técnicas de entrevista motivacional, en el 10 % se constata la aplicación de nuevos fármacos o tecnologías y en el 4,5 % se identifica uso de bases de datos o evidencia para resolver casos (fig. 3).

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



Fuente: Guía de observación.

Fig. 3 - Resultado de las dimensiones al aplicar la guía de observación.

Al triangular las dimensiones (fig. 4), se observa una contradicción significativa: mientras que el 80 % de los especialistas declaran conocer el protocolo de manejo del riesgo cardiovascular, reconocen sobre su capacidad empática. La guía de observación evidencia un adecuado manejo del RCV en solo el 25 % de los especialistas y un alto grado de afectación de la comunicación (20 %), y la auditoría de historias clínicas revela que solo el 40 % registra estos datos. La dimensión superación científica estuvo afectada en los tres instrumentos, aunque en menor grado en la encuesta.

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

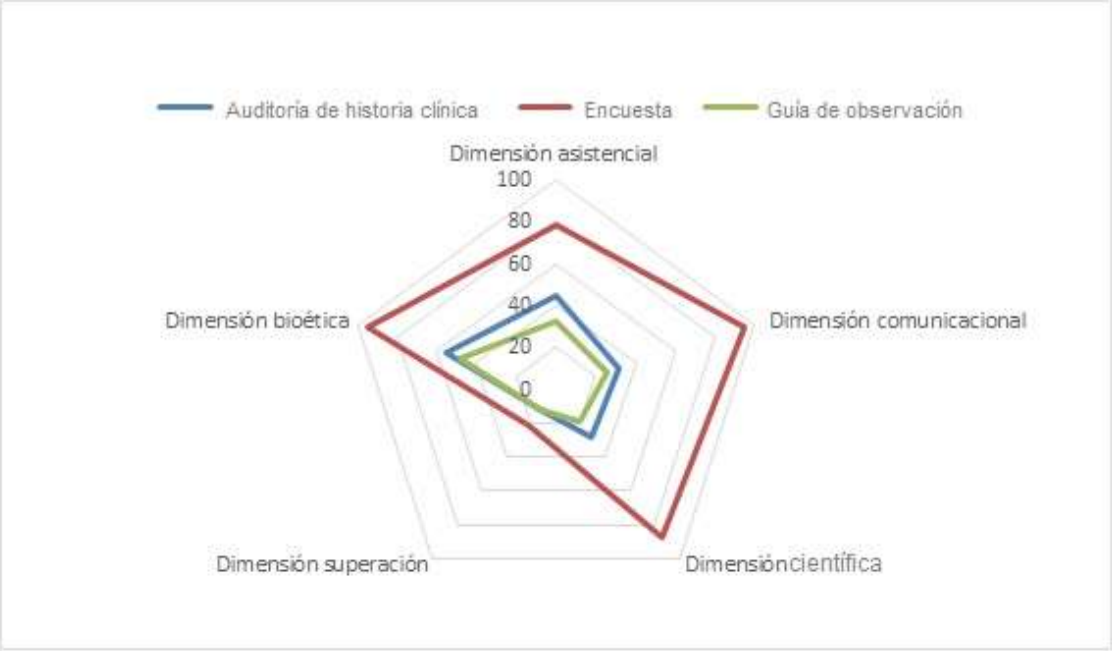


Fig 4 - Resultado de la triangulación de las dimensiones.

Discusión

La discusión de la presente investigación trasciende el análisis descriptivo para adentrarse en la interpretación dialéctica del desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral. El eje central de este análisis es la triangulación metodológica, proceso que permitió contrastar la autopercepción de competencia del profesional con la evidencia objetiva de su práctica clínica y el rigor de sus registros médicos.

Este abordaje holístico revela una disonancia entre el conocimiento declarativo y el procedimental, lo que evidencia que el manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria actual se encuentra en una etapa de transición. Mientras los especialistas demuestran una actualización teórica alineada con los estándares internacionales, la praxis cotidiana muestra brechas en la estratificación científica y la responsabilidad compartida, lo que sugiere la persistencia de modelos de atención tradicionales frente a las exigencias de una medicina predictiva y tecnológica.

El hallazgo más significativo derivado de la triangulación de datos es la marcada discrepancia entre los diferentes instrumentos. Este resultado demuestra que el

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

problema no es la falta de información (Saber), sino una debilidad en la transferencia de esa competencia a la práctica clínica (Hacer y Registrar).

Esta brecha identifica un desempeño profesional orientado hacia la atención reactiva del síntoma (control aislado de la tensión arterial) en lugar de una medicina proactiva basada en el riesgo.[11] A juicio de estos autores, esta desconexión se explica porque el especialista ha interiorizado la estratificación como un requisito burocrático y no como la herramienta rectora de su conducta terapéutica.

Autores contemporáneos como *Flood* y otros[12] sostienen que la persistencia de una práctica fragmentada, donde se trata la hipertensión o la diabetes como entidades aisladas, impide alcanzar la reducción de la mortalidad prematura proyectada por la OPS/OMS. Los resultados de la Guía de observación refuerzan esta tesis, al mostrar que el MGI tiende a omitir la integración de factores de riesgo no biológicos (determinantes sociales) durante el cálculo del riesgo clínico.

En consecuencia, este estudio coincide con la teoría de la competencia profesional de *Urbina*,[13] al evidenciar que la posesión del conocimiento no garantiza su aplicación en contextos reales, si no existe una mediación pedagógica que transforme el hábito asistencial. Estos autores son del criterio de que este hallazgo de la "brecha Saber-Hacer" es una evidencia empírica de su teoría, lo que otorga validez externa a la investigación.

En el contexto actual, donde la práctica fragmentada constituye el principal obstáculo para reducir la mortalidad prematura,[14] la integración de la Calculadora HEARTS[15] no debe entenderse como un trámite administrativo, sino como la mediación pedagógica necesaria para normalizar la proactividad.

En última instancia, tal como sugieren *Ruiz* y otros[16] e *Hierrezuelo* y otros[17] el éxito en el manejo del riesgo cardiovascular dependerá de la capacidad del especialista para trascender el dato biológico e incorporar los determinantes sociales mediante una entrevista motivacional que transforme la consulta en una verdadera intervención de salud compartida.

Además, estos autores afirman que esta debilidad refuerza la necesidad de integrar el uso de la Calculadora Hearts directamente en el flujo de trabajo del consultorio para normalizar la estratificación como un estándar de excelencia obligatoria. El uso de esta herramienta no es opcional, sino un estándar de calidad para mitigar la subjetividad del especialista.

Un hallazgo determinante en la triangulación fue la divergencia entre la autopercepción de empatía del especialista y la aplicación real de técnicas de comunicación asertiva. Mientras que la encuesta reflejó un alto compromiso ético-

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

comunicacional, la Guía de observación evidenció que las consultas aún se rigen por un modelo médico-hegemónico y paternalista. En estos casos, la comunicación es unidireccional y se limita a la impartición de instrucciones, sin explorar las barreras del paciente para el cambio de estilos de vida.

Esta desconexión, que prioriza la "comunicación de instrucción" sobre la "negociación", se traduce en una aplicación mecánica de protocolos que, según *Salazar*,[18] anula la autonomía del paciente y diluye la responsabilidad compartida.

Esta brecha es crítica para el manejo del riesgo cardiovascular, ya que la evidencia actual demuestra que la adherencia terapéutica depende menos del fármaco y más de la responsabilidad compartida. Autores como *Andrade* y otros[19] sostienen que, sin una entrevista motivacional efectiva, el especialista fracasa en la dimensión comunicacional, al convertir la consulta en un acto administrativo y no en una intervención de salud transformadora.

Desde la perspectiva bioética, se observó una aplicación mecánica del consentimiento informado. La triangulación reveló que, aunque el médico "informa", rara vez involucra al paciente en la toma de decisiones compartidas. Al no negociar las metas de salud, el especialista asume toda la carga del control clínico, lo que libera al paciente de su rol como gestor de su propio riesgo.

Los autores del presente estudio consideran que se debe transitar de la "comunicación de instrucción" a la "comunicación de negociación", donde el MGI actúe como un facilitador del cambio, para lo que debe utilizar herramientas de comunicación empática.

Una investigación reciente realizada por *Hierrezuelo* y otros [20] concluyó que existían dificultades tanto en el desempeño como en la competencia profesional en la ejecución del programa de hipertensión arterial, con una evaluación inadecuada de la estratificación del riesgo cardiovascular, uno de los pilares en la gestión del riesgo cardiovascular.

El estudio tiene como principales limitaciones que el número de bibliografías consultadas para comparar los resultados fue muy escasa, pues la literatura consultada solo aborda de forma aislada la identificación de factores de riesgo cardiovascular o la estratificación de estos, solo determina el desempeño del especialista de Medicina General Integral en la gestión del riesgo cardiovascular y no se propone una estrategia para su transformación, lo que se recomienda para investigaciones futuras.

Se concluye que existe una fractura en la transferencia de competencias a la práctica real. El desempeño actual, fragmentado y centrado en el síntoma, dificulta

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

alcanzar los objetivos de salud proyectados para 2026. Es imperativa una mediación pedagógica que integre la Calculadora HEARTS en el flujo de trabajo y fomente la entrevista motivacional para transformar el hábito asistencial.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. HEARTS. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva: WHO; 2020 [acceso 12/07/2025]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/aef55845-a638-45d0-b816-70dd5bf8885a/content

2. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas: Guía de implementación para el manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025 [acceso 12/07/2025]. Disponible en: www.paho.org

3. Ministerio de Salud Pública. Guía para la implementación del Programa de control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [acceso 12/07/2025]. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/fcme/files/2024/05/guia_implementacion_programa_hipertension_arterial-1.pdf

4. Díaz CJA, Interian MMT, Díaz CM. Evolución de la enseñanza de la Medicina en Cuba, sus retos. EDUMECENTRO. 2024 [acceso 12/07/2025];16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742024000100076&lng=es

5. Álvarez Sintes R. Fundamentos de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [acceso 12/07/2025]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/fundamentos_medicina_general_integral/fundamentos_med_gral_integral_parte_vi_cap17.pdf

6. Delgado Rifa E, Martínez Rubio EN, Alonso Hernández E. Estrategia de superación del médico de familia para promover el autocuidado en pacientes con fractura de cadera. Didáct Educ. 2022 [acceso 12/07/2024];13(3):270-98. Disponible en: https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1421

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

7. Añorga J. La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. Varona. 2014 [acceso 12/07/2025];(58). Disponible en: http://revistas.ucpejv.edu.cu/compendioVar/private/No58/RVNo58_A02.html
8. Pupo Ávila NL, Alemañy Pérez E, Oramas González R, Hechavarría Toledo S. Desempeño profesional del especialista en Medicina General Integral en Promoción de Salud. Rev cuba med gen integr. 2025 [acceso 12/07/2025];41:e_1895. Disponible en: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1895

9. Mejías Sánchez Y, Borges Oquendo LC, Valcárcel Izquierdo N, Fernández Vidal A. Propuesta de modificaciones a la tecnología para la determinación de problemas y potencialidades. REMS. 2023 [acceso 12/07/2025];37(2):e3673. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412023000200009&lng=es
10. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J, Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cub Sal Pub. 2020 [acceso 12/07/2025];46(2). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/
11. Cure V. Análisis de Brechas de Desempeño. SCRIBD; 2025 [acceso 12/07/2025]. Disponible en: https://fr.scribd.com/document/544815863/Analisis-de-Brechas-de-Desempeno-1

12. Flood D, Edwards EW, Giovannini D, Ridley E, Rosende A, Herman WH, *et al*. HEARTS como herramienta para integrar el manejo de la hipertensión y la diabetes en los entornos de atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2022 Nov 19;46:e213. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.213

13. Urbina Laza O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [acceso 12/07/2025];36(2):165-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200011&lng=es

14. Jamison DT, Summers LH, Chang AY, Karlsson O, Mao W, Norheim OF, *et al*. Salud global 2050: el camino para reducir a la mitad la muerte prematura. Salud Publica Mex. 2025;67:301-22. DOI: https://doi.org/10.21149/16963

15.Orduñez P, Tajer C, Gaziano T, Rodríguez YA, Rosende A, Jaffe MG. La aplicación HEARTS: una herramienta clínica para el manejo del riesgo cardiovascular y la hipertensión en la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e46. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.46

16.Ruiz A, Sabio VP, Cámera L, Serra M, Ledesma R. Determinantes sociales en enfermedades cardiovasculares. Medicina (B. Aires). 2023 [acceso

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

12/07/2025];83(1):46-8. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000100046&lng=es

17. Hierrezuelo N, Del Rio G, Hernández A, Bonal R, Ávila M. Determinantes sociales de salud y mortalidad por enfermedad cardiovascular en adultos mayores. Rev Cub Sal Públ. 2023 [acceso 12/07/2025];49(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662023000300008&lng=es

18. Salazar O. La autonomía como capacidad de autodeterminación. la consolidación de un nuevo paradigma en la jurisprudencia del tribunal constitucional. TRC. 2024 [acceso 12/07/2025];54:163-87. Disponible en: file:///C:/Users/HASSOUBI%20INFO/Downloads/DialnetLaAutonomiaComoCapacidadDeAutodeterminacionLaConso-9826349.pdf

19. Andrade B, Ramos JA, Arias D. Efectividad de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica cardiovascular. Rev Cubana Inv Bioméd. 2024 [acceso 12/07/2025];43. Disponible en: https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2280

20. Hierrezuelo N, Bonal R, Reyes ML, Mejías VL, Cordovi M, Navarro M. Competencia clínica de médicos de familia en la estratificación del riesgo cardiovascular. REMS [acceso 12/07/2025];39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412025000100004&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Curación de datos: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Análisis formal: Naifi Hierrezuelo Rojas.

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

Investigación: Naifi Hierrezuelo Rojas, Rolando Bonal Ruiz y Mirtha Lidia Reyes López.

Metodología: Naifi Hierrezuelo Rojas y Rolando Bonal Ruiz.

Administración de proyecto: Alfredo Hernández Magdariaga.

Recursos: Naifi Hierrezuelo Rojas y Suniel Jhonson Valenciano.

Software: Naifi Hierrezuelo Rojas y Alfredo Hernández Magdariaga.

Supervisión: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Validación: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Visualización: Naifi Hierrezuelo Rojas.

Redacción-borrador original: Naifi Hierrezuelo Rojas, Rolando Bonal Ruiz, Alfredo Hernández Magdariaga Suniel Jhonson Valenciano y María Dalia Mocaren Rodríguez.

Redacción-revisión y edición: Naifi Hierrezuelo Rojas, Rolando Bonal Ruiz, Alfredo Hernández Magdariaga, Suniel Jhonson Valenciano y María Dalia Mocaren Rodríguez.

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