

## **CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA AL INFARTO DEL MIOCARDIO. GUANTANAMO, 2001.**

*Dr. Reinaldo Elías Sierra<sup>1</sup>, Dra. Caridad Bernardo Fernández<sup>2</sup>, Dr. José Alfredo Estevan Soto<sup>3</sup>.*

### **RESUMEN**

Se reflexiona acerca de la calidad del proceso atencional al paciente con infarto del miocardio en el municipio de Guantánamo (Policlínica Docente Comunitaria "Omar Ranedo Pubillones", Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto") durante el primer semestre del 2001. Se precisan criterios de estructura, proceso y resultados de la atención evaluada. Se establece que la calidad de la atención objeto de estudio durante el 2001 en las mencionadas instituciones no es satisfactoria. Las deficiencias se relacionan con imprecisiones en los componentes de estructura y proceso, las que impactan significativamente en los resultados de la calidad. Se identifican insuficiencias en la organización y control de la actividad y en la competencia profesional del médico general integral respecto a los aspectos relacionados con la atención al paciente isquémico. Se declaran las variables influyentes en la calidad de esta atención, entre las que, fundamentalmente, se destacan las características del profesional. Se establecen otras consideraciones en relación con el problema científico que se aborda.

**Palabras clave:** CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD;  
INFARTO DEL MIOCARDIO.

---

<sup>1</sup> *Especialista de II Grado en Cardiología. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar de Medicina Interna.*

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Cardiología Profesora Auxiliar de Medicina Interna. Jefa de Servicio de Cardiología Hospital "Dr. A. Neto"*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Medicina Intensiva y Emergencias.*

## INTRODUCCION

En Cuba, la cardiopatía isquémica constituye la primera causa de mortalidad y la tercera en importancia entre aquellas que determinan los años potenciales de vida perdidos.<sup>1</sup> El infarto agudo del miocardio (IMA) se registra en una de cada cuatro muertes que ocurren en el país, determina entre el 25 y el 40 % del total de muertes, se advierte en el 80% de todos los casos de fallecidos por enfermedades cardíacas, y su incidencia se eleva en forma progresiva a partir de los 45 años de edad.<sup>2</sup>

Entre los principales problemas a vigilar, de acuerdo con las orientaciones del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSA), se incluye la calidad de la atención médica.<sup>3-6</sup> Para esta investigación se declaran como problema las insuficiencias que se manifiestan en los resultados de la atención al paciente con IMA en Guantánamo, y su objetivo se centró en caracterizar las variables determinantes de la calidad del proceso atencional al paciente con IMA en Guantánamo (Policlínica Docente Comunitaria "Omar Ranedo Pubillones" y Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto") durante el año 2001.

## METODO

Se realizó un estudio explicativo en el nivel primario (Policlínica Docente Comunitaria "Omar Ranedo Pubillones") y en el nivel secundario de atención a la salud (Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto"), correspondientes al municipio de Guantánamo, durante el año 2001. Se entrevistaron médicos generales integrales y del nivel secundario de atención a la salud a fin de obtener la información necesaria para el estudio.

Se evaluaron criterios de estructura, proceso y resultados del proceso atencional al IMA, en *adecuados* [cuando el resultado del indicador fue igual o superior al estándar establecido para el criterio definido en cada situación ( $\geq 85.0\%$ )] o *no adecuados* [cuando el resultado del indicador fue inferior al estándar establecido para el criterio definido en cada situación ( $< 85.0\%$ )] y se determinaron las desviaciones existentes en los indicadores evaluados en relación con los estándares preestablecidos; para establecer la media del valor observado correspondiente a cada desviación identificada se consideró la siguiente relación:

$$\text{Valor observado para desviación en "X" indicador (\%)} = \frac{\text{No. de actores que identificaron desviación en "X" indicador}}{\text{Total de actores}} \times 100$$

Luego, las desviaciones identificadas se clasificaron de la siguiente manera, de acuerdo con las sugerencias de Jiménez y sus colaboradores<sup>7</sup>:

I. Problemas de organización:

(a) Funcionabilidad de la estructura y organización:

- En la atención primaria de salud (APS).
- En la atención secundaria de salud (ASS).

(b) Establecimiento y ejecución del proceso atencional al paciente isquémico.

- En la APS.
- En la ASS.

(c) Problemas de comunicación:

- Médico general integral (MGI) – paciente.
- MGI – cardiólogo.
- Cardiólogo – paciente.

(d) Insatisfacción con la calidad de la atención médica al paciente isquémico:

- De la población.
- Del MGI .
- Del cardiólogo.

(e) Problemas del liderazgo del profesional:

- Del MGI .
- Del cardiólogo

(f) Insuficientes estrategias de control del proceso y de los resultados.

- En la APS.
- En la ASS.

II. Problemas de preparación profesional del MGI :

- De capacitación, según sus demandas.
- De competencia profesional según evaluación.

Para identificar y clasificar las desviaciones citadas anteriormente nos fundamentamos en los siguientes criterios:

- Problemas de organización:

(a) *Insuficiente funcionabilidad de la estructura y organización:* se consideró esta desviación cuando se precisaron insuficiencias en los recursos materiales y humanos para cumplir con calidad la atención de los pacientes isquémicos, además de incluir en esta desviación aquellas referentes a inadecuadas formas de organización de la actividad, sistema de información y control.

(b) *Establecimiento y ejecución del proceso de atención al paciente isquémico:* se consideró esta desviación cuando se precisaron deficiencias en el establecimiento de las relaciones entre los recursos disponibles y la población, es decir, la atención realizada, las acciones terapéuticas, la atención en el nivel primario y secundario, etc.

(c) *Problemas de comunicación:*

*Entre MGI - paciente:* cuando se advirtieron deficiencias en la comunicación entre ambos; se evaluó a partir de los siguientes indicadores: información al paciente acerca del día de la visita, si lo citaron para ésta, visita del MGI al paciente, explicación a éste del tratamiento y posibilidad para aclaración de dudas.

*Entre el MGI y el cardiólogo:* cuando se advirtieron deficiencias en la comunicación entre ambos; se evaluó a partir de los siguientes indicadores: posibilidad de interconsulta entre ambos, apoyo del cardiólogo al MGI, la interrelación de ambos, la proporción de MGI que establecen relación satisfactoria o realizan interconsultas con el cardiólogo.

*Entre el cardiólogo y el paciente:* cuando se advirtieron deficiencias en la comunicación entre ambos; se evaluó a partir de los siguientes indicadores: información al paciente acerca del día de la consulta, si lo citaron para ésta, explicación a éste acerca del tratamiento y la posibilidad para aclaración de dudas.

(d) *Insatisfacción con la calidad de la atención médica al paciente isquémico:*

- *De la población:* se consideró esta desviación cuando se identificaron imprecisiones en los indicadores que evaluaron satisfacción de la población.

- *De los profesionales:* se consideró esta desviación cuando se identificaron imprecisiones en los indicadores que evaluaron satisfacción de los profesionales.

(e) *Problemas del liderazgo profesional:*

- *Del MGI*: cuando se advirtieron imprecisiones en los siguientes indicadores: percepción por el paciente de su interés por su atención, orientación al paciente sobre su problema de salud (explicación del tratamiento, aclaración de dudas).
  - *Del cardiólogo*: cuando se advirtieron imprecisiones en los siguientes indicadores: supervisión de las actividades de cardiología, apoyo del cardiólogo, calidad de su atención médica, capacitación que ofrece, opinión del médico general y la población sobre el claustro de cardiólogos y su profesionalidad.
- (f) *Estrategia de control del proceso y sus resultados*: cuando se precisaron desviaciones en los siguientes indicadores: registro del conocimiento de la población sobre cardiopatía isquémica, imprecisiones en el diagnóstico de la situación de salud, en el registro de pacientes a los que se les realiza pesquisaje, de los determinantes de la enfermedad, control de las actividades de promoción de salud, prevención de la cardiopatía isquémica o en la evaluación de los resultados de la educación sanitaria, así como de otros indicadores, como el registro de isquémicos consultados, registro de pacientes según riesgo o del tratamiento que se les aplica.

*Problemas de preparación profesional del MGI:*

- *De la capacitación, según demandas*: cuando se precisó desviación en la capacitación (cursos recibidos sobre cardiopatía isquémica y en su autopreparación respecto al tema).
- *De competencia profesional según evaluación*: cuando se observaron imprecisiones en la evaluación de la competencia profesional del MGI .

Finalmente, se cumplió el segundo objetivo al establecer la calidad de la atención médica al paciente isquémico precisando el valor medio observado para cada componente de calidad (estructura-proceso-resultado), los que se clasificaron en *adecuado* o *inadecuado*, de acuerdo con los criterios preestablecidos. Para establecer el valor promedio correspondiente a cada componente se procedió de la siguiente manera:

- a- Se identificó el número de actores que no identificó desviaciones en el indicador evaluado, según el componente de que se tratara (estructura, proceso, resultado, satisfacción de la población, satisfacción profesional, continuidad).
- b- Se estableció la proporción de actores que no identificó desviación en el indicador en cuestión de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$\text{Calidad componente "j"} = \frac{\text{No. de actores que no identificó desviación para indicador "X" de "j" componente}}{\text{Total de actores}} \times 100$$

Luego, las variables estudiadas fueron reagrupadas en las siguientes categorías: (E) Variables de estructura, (P) Variables de proceso, (CP) Características del profesional (se refiere a su competencia, desempeño, motivaciones y expectativas profesionales), (Co) Continuidad, (SP) Satisfacción de la población, (SPr) Satisfacción profesional.

Posteriormente, éstas fueron procesadas mediante un análisis estructural, con la finalidad de establecer su relación de influencia y dependencia sobre la calidad de la atención médica al paciente con IMA; para ello, el autor consideró la opinión de cada uno de los profesionales participantes en el estudio y se precisó la influencia de cada variable al evaluar los siguientes criterios:

- Indicador (operacionalización):

a) Grado de influencia:

Previa explicación al evaluador, el autor solicitó a éstos que refirieran en una escala de valores de 0 - 100% su criterio acerca de la influencia de cada variable en la calidad de la atención al paciente con IMA; luego, se estableció el porcentaje promedio que correspondió a cada variable en particular.

También, previa explicación de los propósitos del estudio, el autor solicitó a cada profesional que ofreciera, en una escala de valores (alta-mediana-baja), su criterio acerca de la dependencia de cada variable (E-P-CP-Co-SP-SPr) respecto a factores individuales, económicos o sociales; posteriormente, se clasificó el grado de dependencia de cada variable en particular, al considerar los criterios generales de los evaluadores, de manera que se establecieron las siguientes categorías:

b) Grado de dependencia (operacionalización):

b -1 Alta: cuando entre el 85 y el 100 % de los individuos entrevistados consideraron altamente dependiente el indicador evaluado.

b -2 Mediana: cuando entre el 70 y el 84.9 % de los individuos entrevistados consideraron medianamente dependiente al indicador evaluado.

b -3 Baja: cuando menos del 69.9 % de los individuos entrevistados consideraron que el indicador evaluado tenía una baja dependencia.

Posteriormente, para aplicar el análisis estructural a las variables, se recogieron

independientemente los criterios respectivos y se estableció una jerarquización u ordenamiento de acuerdo con las relaciones de influencia y dependencia; luego, se ubicaron los valores de influencia y dependencia en un sistema de coordenadas, y se confeccionó un diagrama (Ver Gráfico) en el que se representa espacialmente la posición de las variables analizadas, a partir del análisis de sus interacciones con la calidad de la atención al paciente con enfermedad isquémica del corazón; se establecieron cuatro cuadrantes dentro del diagrama, a partir de un punto medio seleccionado por consenso (autor, tutor y expertos), para el cual el valor para la influencia fue el 50.0% y para la dependencia fue el límite entre la categoría de "mediana y alta dependencia"; a partir de este análisis las variables se clasificaron de la siguiente manera (ver Gráfico):

- (a) Variables "claves" en la calidad de la atención médica al paciente con IMA: se incluyeron en esta categoría aquellas a las que se les confirió una elevada influencia ( $> 50\%$ ) en el problema de la salud evaluado y se le atribuyó que el control de su impacto negativo tenía baja o mediana dependencia de factores intra o extrasectoriales, por lo que resultaron ser "variables determinantes" del resultado del proceso evaluado.
- (b) Variables de "relevo" en la calidad de la atención médica al paciente con IMA: se incluyeron en esta categoría a aquellas a las que se les confirió una elevada influencia ( $> 50\%$ ) en el problema de salud evaluado, pero que se consideró que el control de su impacto negativo tenía alta dependencia de factores intra o extrasectoriales, de manera que se podrían comportar como muy inestables, y cualquier acción sobre ellas podría repercutir significativamente sobre el resultado, lo que modificando positiva o negativamente el comportamiento de la calidad de la atención médica caracterizada.
- (c) Variables "resultantes" en la calidad de la atención médica al paciente con IMA: se incluyeron en esta categoría a aquellas a las que se les confirió una baja influencia ( $< 50\%$ ) en el problema de salud evaluado y ello se atribuyó a que el control de su impacto negativo tenía una alta dependencia de factores intra y extrasectoriales, por lo que se consideraron como variables resultantes por ser influenciadas por otros factores determinantes.
- (d) Variables "casi nulas" en la calidad de la atención médica al paciente con IMA: se incluyeron en esta categoría a aquellas a las que se confirió una baja influencia ( $< 50\%$ ), en el problema de salud evaluado y ello se atribuyó a que el control de su impacto negativo tenía una baja o mediana dependencia de factores intra y extrasectoriales; por eso, resultaron ser muy poco influyentes y muy poco dependientes, de manera que representaron variables sin una estrecha relación con los componentes del problema evaluado y no repercutirían considerablemente al momento de establecer estrategias para elevar la calidad.

Finalmente, como parte del tercer objetivo y mediante la aplicación del método de enfoque lógico, se declaró el árbol problema y, sobre su base, el árbol objetivo, en relación con la calidad de la atención médica al paciente isquémico, como fundamento para futuras intervenciones.

## **RESULTADOS**

Las desviaciones en los criterios de calidad evaluados se identifican en la Tabla. Aquellas encontradas en el componente de estructura y proceso, que conllevaron a la insatisfacción de los resultados, y por tanto, que la calidad de la atención médica al paciente isquémico se evaluara como “inadecuada” resultan esenciales para que los objetivos del programa evaluado se cumplieran en esta etapa con el impacto deseado, por lo que pudiera establecerse que el programa no ha resultado del todo eficiente. La estructura deberá perfeccionarse para facilitar el funcionamiento y la ejecución con calidad del proceso.

En el Gráfico se jerarquiza el impacto de las variables estudiadas, agrupadas éstas como criterios de estructura, proceso, características del profesional, continuidad y satisfacción de la población o del profesional. Se manifestó que la variable de mayor influencia y baja dependencia fue la de “las características del profesional”, por lo que ésta se consideró como la “variable clave o determinante” de la calidad de la atención.

Otra variable que se incluyó entre las “claves” fue la “satisfacción profesional”, porque resultó muy influyente y medianamente dependiente. La estructura, el proceso y la continuidad se clasificaron como “variables de relevo”, pues mostraron elevada influencia y alta dependencia, en tanto que como “variable resultante” se ubicó la satisfacción de la población, por ser poco influyente y altamente dependiente; no se identificó ninguna variable como poco influyente y con baja o mediana dependencia (variable nula); estas reflexiones reflejan la importancia de perfeccionar o mejorar en lo posible las características del profesional en relación con su competencia y desempeño profesional como estrategia de intervención para elevar la calidad de la atención al paciente isquémico.

Una vez establecidos los análisis comentados hasta el momento y mediante el método de enfoque lógico establecimos el árbol de problema y de objetivo para fundamentar las alternativas de solución con vistas a futuras intervenciones, con lo cual cumplió el tercer objetivo de esta investigación.



## DISCUSION

El marco conceptual formalizado sobre "calidad de los servicios" ha estimulado a los responsables de decisiones y a los líderes internacionales que monitorizan los servicios de salud a medir y mejorar la calidad de dichos servicios<sup>4,8</sup>; durante el proceso de integrar este concepto se han emprendido diferentes investigaciones cuyos objetivos se enmarcan desde la utilización de los servicios<sup>9,10</sup> y satisfacción de la población<sup>11</sup> hasta la utilización de políticas terapéuticas.<sup>12,13</sup>

La calidad en la salud pública depende de la medida en que operen los elementos fundamentales de la administración: planificación, organización, dirección y control, del grado en que se aplique la coordinación en cada una de las cuatro funciones y de la importancia que se otorgue a la información e investigación como base del desarrollo de todo el sistema.<sup>14,15</sup> La calidad caracteriza la manera de realizar un trabajo o de prestar un servicio, cumpliendo requisitos preestablecidos<sup>16</sup> que incluyen: la ausencia de deficiencias en el proceso de planeamiento, dirección, realización y en sus resultados, la aplicación de los avances científico-técnicos, el empleo racional de los recursos humanos y materiales, la realización del servicio o proceso en el tiempo mínimo y con el menor costo posible y la obtención de la confianza y plena satisfacción de la población.

En las especialidades de salud pública debe incluirse la integración de las funciones asistenciales, docentes e investigativas y la interrelación de la atención primaria y secundaria<sup>15</sup>, con el fortalecimiento y consolidación incremental de la APS como prioridad a las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades, dada su influencia en los resultados de la atención integral a la salud en general.

La falta de cumplimiento de algunos de estos requisitos crea deficiencias permanentes en la calidad de los servicios y genera una actitud conformista en el colectivo de trabajadores, que llega a considerar que los defectos en el resultado del trabajo son ligeros y naturales, lo cuál deriva en un costo social y económico que se traduce en el aumento de la morbilidad e invalidez.

Elevar la calidad de la atención médica se constituye en una las directivas específicas del MINSAP para incrementar la salud de la población cubana<sup>3</sup>; no existe un acuerdo sobre el concepto de calidad de la atención, pues existen disímiles concepciones que la relacionan con el desarrollo científico-técnico y la experiencia acumulada, con la efectividad, eficiencia y equidad, entre otros, en relación con la esfera de los servicios, y dentro de ellos, los de salud, la evaluación del control de la calidad ha experimentado diversas transformaciones.

Internacionalmente se acepta que la evaluación es el espejo de la planificación<sup>17</sup>, por cuanto resulta un aspecto esencial que debe formar parte de cualquier programa de salud desde la fase de planificación. A través de los años se han establecido

numerosos criterios acerca de su finalidad; para algunos consiste en determinar la utilidad o el mérito del programa planificado, averiguar si se ejecuta realmente del modo prescrito y descubrir si se obtienen, efectivamente, los resultados requeridos y el rendimiento previsto<sup>18</sup>; para otros, consiste en determinar si los programas de un plan se corresponden con los objetivos fijados.<sup>19,20</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

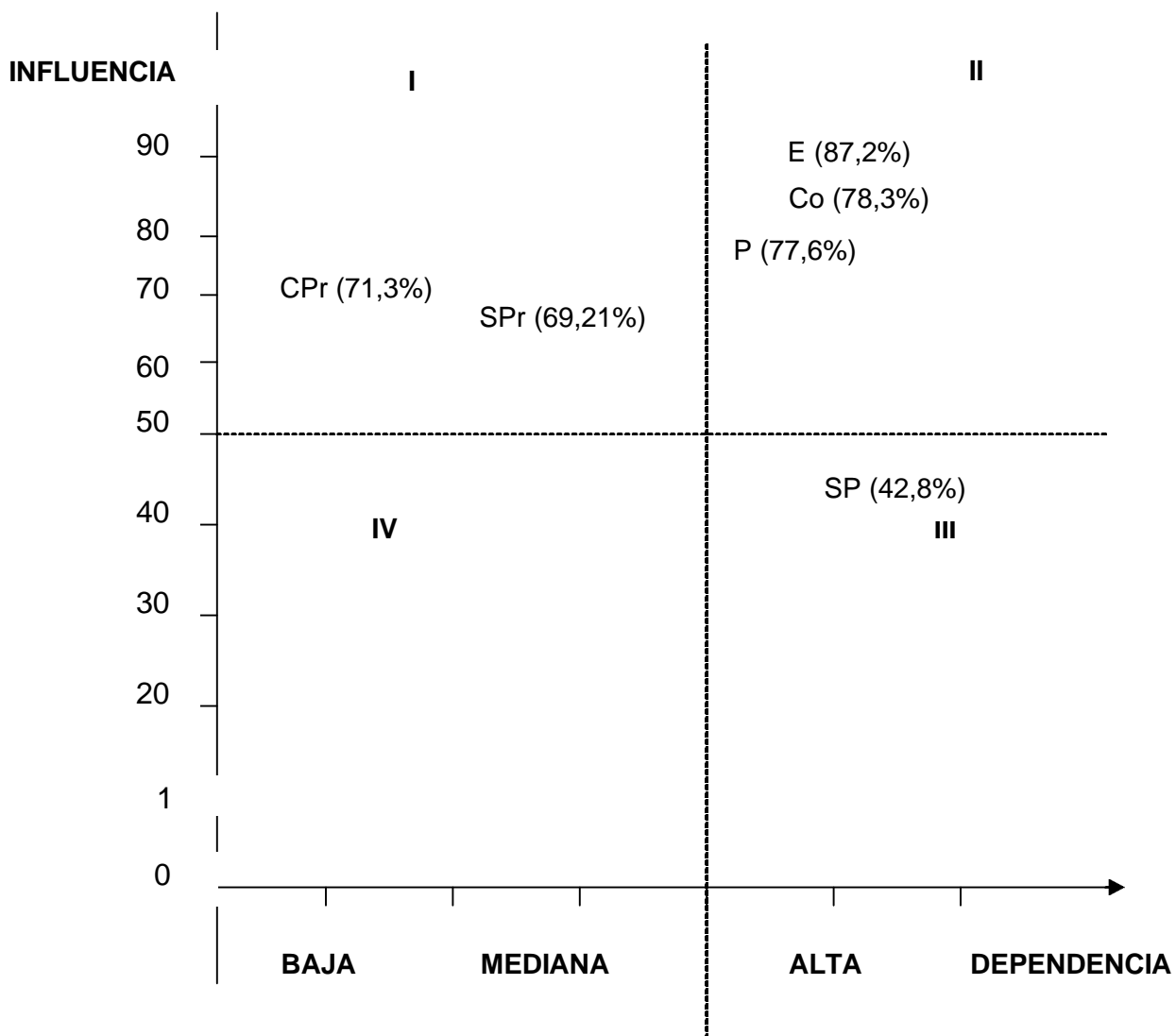
1. En general, las desviaciones de la calidad de la atención al paciente isquémico se clasifican, fundamentalmente, en insuficiencias en la competencia profesional y en la organización del proceso, aunque de manera particular, éstas radican, prioritariamente, en los indicadores de estructura, del proceso y de los resultados que caracterizan la integración del cardiólogo al nivel primario de atención a la salud.
2. Las características del profesional se identifican como la variable clave para controlar y elevar la calidad de la atención médica al paciente isquémico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Cuba, Ministerio Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico, 2000. Ciudad de la Habana: ECI MED; 2000: 1-13.
2. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Cardiopatía I squémica. Ciudad de la Habana, 2000.
3. Cabadés A, López-Bescós L, Arós F, Loma-Osorio A, Bosch X, Pabón P, *et al.* Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y mediano plazo del infarto del miocardio en España: el estudio PRI AMHO. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 767-75.
4. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Viceministerio de Docencia e Investigaciones. Orientaciones generales para la celebración del Forum Ramal de salud en centros, municipios, provincias y nación. Comisión Central del Forum. Ciudad Habana, 15 de septiembre del 1997.
5. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica 1999-2001. Ciudad Habana, 1999: 50-51.
6. Paganini JN. La investigación de sistemas de servicios de atención de salud: un marco conceptual en la investigación de sistemas y servicios de salud en el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas 95-98. Trabajo presentado en la XXX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones de Salud. Salvador, Bolivia, Brasil, 20-22 abril, 1995: 7-5. Antología Publicación Científica No. 534:1082-1097 OPS, 1993.

7. Jiménez CL, Báez DRM, Reyes AL. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cub Salud Pub 1996; 22(1): 37-43.
8. Cuesta AG, Blanco OO. Calidad para todos. Ciudad Habana. El Ministerio de la Construcción, 1989:1-6.
9. Velasco C, Quintana C, Jave G, Tomás LA, Baluz P. Calidad de los servicios de anticoncepción en el Alto, Bolivia. Rev Panam Salud Pública 1999; 5(6): 411-418.
10. Varona PP, Ojeda MV, Murla PA, Bonet MG, Fernández EM, Báez RM, Rodríguez FC. Calidad de la atención primaria en el paciente asmático. Rev Cub Med Gen Int 1998; 14(1): 58-66.
11. Armas NBA, Ramos IV, Moria PA, Sosa IL, Rodríguez AS. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. Municipio Playa, 1995. Rev Cub Hig Epidemiología 1999; 36(2): 105-120.
12. Finger, WR. Mejoras en los servicios y la perspectiva del cliente. Network en español 1998 19(1): 10-13.
13. Organización Panamericana de la Salud.: Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Washington Sepre Paltex, 1996; 18:1-5.
14. Capdezuñer YM. Farmacovigilancia en el tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Tesis Medicina Interna, Guantánamo, 2000.
15. García GA. Eficiencia y calidad en la cirugía general. Ciudad Habana ECIMED, Cuba. 1991: 5-30.
16. Vuori, HV. El control de la calidad en los servicios sanitarios Concepto y metodología. Barcelona: Ed. Wasson, 1989:37.
17. Antelo PJ, Avile PM. Calidad de los servicios de salud. Ciudad Habana, MI NSAP, 1995: 5-9.
18. Organización Mundial de la Salud. Planificación y evaluación de servicios odontológicos de Salud Pública. Serie Inf Tecn 589, Ginebra, 1976.
19. Organización Mundial de la Salud. Planificación de servicios de salud bucodental. Publicación en off-set No. 53, Ginebra, 1991.
20. Escalona, RM.: Temas de administración de servicios y programas de Salud Pública. La Habana: ECIMED. MI NSAP. 1983: 1-5.

**GRAFICO. INFLUENCIA Y DEPENDENCIA DE LAS DIFERENTES VARIABLES IMPACTANTES EN EL PROCESO ATENCIONAL AL PACIENTE ISQUEMICO.**



I - VARIABLES CLAVES: CP (Características Profesional), SPr (Satisfacción profesional)

II - VARIABLES DE RELEVO: E (Estructura), Co (Continuidad), P (Proceso)

III - VARIABLES RESULTANTES: SP (Satisfacción de la Población)

IV - VARIABLES NULAS: No se identificaron.

**TABLA. DESVIACIONES EN EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE ISQUEMICO.**

CLASIFICACIÓN DE LA DESVIACIÓN	VALOR OBSERVADO	
	No.	%
<b>I. PROBLEMAS DE ORGANIZACION: (77.2%)</b>		
<b>FUNCION ESTRUCTURA Y ORGANIZACION:</b>		
APS (n=44)	44	95.5
ASS (n= 6)	6	100.0
<b>ESTABLECIMIENTO/ EJECUCION DEL PROCESO:</b>		
APS (n=44)	42	95.5
ASS (n= 6)	6	100.0
<b>PROBLEMAS DE COMUNICACION:</b>		
MGI – PACIENTE (n = 176)	171	97.2
MGI – MEDICO ATENCION SECUNDARIA (n = 50)	48	96.0
CARDIOLOGO – PACIENTE ( N= 270)	250	92.6
<b>INSATISFACCION CALIDAD ATENCION MEDICA:</b>		
DE LA POBLACIÓN (n = 264)	190	72.0
DEL MGI (n = 44)	44	100.0
DEL MEDICO ATENCION SECUNDARIA ( n = 6)	6	100.0
<b>PROBLEMAS/ LIDERAZGO PROFESIONAL:</b>		
DEL MGI (n = 270)	150	55.6
DEL CARDIÓLOGO (n = 312)	170	54.2
<b>INSUFICIENTES ESTRATEGIAS CONTROL DEL PROCESO/ RESULTADOS:</b>		
APS (n = 44)	40	90.9
ASS (n = 6)	6	100.0
<b>II. PROBLEMAS PREPARACION PROFESIONAL MGI: (100%)</b>		
CAPACITACION/ DEMANDAS (n = 44)	44	100.0
COMPETENCIA PROFESIONAL /SEGÚN EVALUACIÓN (n = 44)	33	75.0

*Leyenda: N = 44 = Médicos Generales Integrales (MGI); N= 6 = Médicos atención secundaria.; N= 176 = 132 pacientes + 44 MGI; N = 50 = 44 MGI + 6 Médico de atención secundaria.; N= 138= 132 pacientes + 6 Médico atención secundaria.; N = 270 = 264 pacientes + 6 Médico atención secundaria.; N= 264 = total de población.*