

Competencia profesional como indicador de calidad en el programa de bajo peso al nacer

Professional competence as indicator of quality in the low birth weight program

Dra. Ana Selva Capdesuñer,^I Dra. Ivon Bestard Gámez,^I Dra. Nilda Corría López,^I Dra. Carmen María Berenguer Guarnaluses^{II} y Dra. Anelis Blanco Álvarez^{III}

^I Hospital Prisión de Boniato, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Ciencias Médicas No.1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Ramón López Peña", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, desde septiembre de 2015 hasta marzo de 2016, con vistas a evaluar la calidad de la atención prenatal para la prevención del bajo peso al nacer, a través de la competencia profesional de 43 médicos vinculados a la labor asistencial en consultorios del Policlínico Docente "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba. Se utilizó la metodología propuesta por la Escuela Nacional de Salud Pública y se preestablecieron criterios, indicadores y estándares de evaluación. La calidad del programa evaluado no fue la mejor, pues se detectaron dificultades relacionadas con la conducta a seguir en situaciones de riesgo, asociadas frecuentemente con el embarazo. Se hace necesario evaluar otras dimensiones de la calidad en este programa, así como la atención a otros grupos poblacionales como las mujeres en edad fértil, con riesgo de tener hijos con bajo peso, y capacitar a los profesionales en los aspectos con dificultades.

Palabras clave: sistemas y servicios de salud, calidad, competencia profesional, bajo peso al nacer.

ABSTRACT

An investigation in health systems and services, was carried out from September, 2015 to March, 2016, aimed at evaluating the quality of prenatal care for the low birth weight prevention, through the professional competence of 43 doctors linked to the assistance work in doctor offices from "Ramón López Peña" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba. The proposed methodology was used by the National School of Public Health and approaches, indicators and evaluation standards were preestablished. The quality of the evaluated program was not the best, because some difficulties related to the follow-up protocols in risk situations were detected, frequently associated with pregnancy. It is necessary to evaluate other dimensions of this program quality, as well as care to other populational groups as fertility age women, with risk of having low weight children, and to qualify the professionals in the aspects with difficulties.

Key words: health systems and services, quality, professional competence, low birth weight.

INTRODUCCIÓN

Resulta difícil definir la calidad cuando se relaciona con la complejidad de la atención médica y cuando el análisis final y las normas absolutas solo pueden definirse en relación con los niveles de salud individual y comunitaria.¹ Se plantea que existe calidad en la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los clientes externos e internos y se cumplen, además, las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.²

Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por el alto grado de competencia, la eficiente utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes o usuarios, la satisfacción de usuarios y prestadores, así como por el efecto favorable a la salud.¹

Estos elementos principales pueden utilizarse de forma constructiva en diferentes esferas o dimensiones, entre las cuales se encuentra el proceso, que comprende las aptitudes en el suministro de información y en la prestación de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.³

La evaluación de las competencias profesionales es una problemática vigente en el ámbito de la salud en Cuba. En este sentido, se han realizado estudios referentes al tema.³ Específicamente en la atención primaria de salud (APS) se presentan resultados relacionados con la evaluación de la competencia profesional en las especialidades de enfermería y medicina general integral, como la atención a los problemas de salud más frecuentes en su actuar diario.^{3,4}

Entre los indicadores que determinan las potencialidades futuras de la persona, ocupa un lugar destacado el peso al nacer, el cual permite, además, evaluar los resultados y la calidad de la atención prenatal, la salud materna antes y durante el embarazo, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño.

En Cuba, la tasa de bajo peso al nacer (BPN) mostró un descenso paulatino desde el triunfo revolucionario hasta llegar a 7,3 % en 1989. A partir de 1990, las condiciones económicas del país repercutieron sobre las posibilidades de nutrición de la población, y unido a esto, la proporción de recién nacidos con bajo peso comenzó a incrementarse hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, con 9,0 %. Ante esta situación se diseñaron estrategias sanitarias que revirtieron favorablemente el cuadro de salud, tanto es así, que en 1995 la incidencia fue de 7,9 % y en 2014, de 5,3 %.⁵

La provincia de Santiago de Cuba tuvo una evolución similar, pues en 1988, alcanzó el valor más bajo (7,8 %) para luego incrementarse y obtener su valor máximo en 1993 (10,9 %); asimismo, en 1994 disminuyó muy poco (10,3 %) y continuó el descenso en el período 2000–2007, hasta cifras de 7,2 y 6,4 %, respectivamente, y estabilizarse alrededor de esta cifra. En 2014 la tasa fue de 6,1 %, por encima de la media nacional.⁶

Por su parte, el área de salud "Ramón López Peña", del municipio Santiago de Cuba, presenta como uno de los principales problemas de salud durante los últimos años, la alta incidencia de recién nacidos con bajo peso, manteniéndose más alta que la media provincial y nacional, debido fundamentalmente a los nacidos antes del término de la gestación. En el 2009 presentó una tasa de bajo peso al nacer de 8,2 %, de ellos, 69,5 % por partos pretérminos; mientras que en el 2010 se observó una mejoría en el indicador, con 5,4%, pero se incrementaron los nacimientos antes del término de la gestación (80,0 %). En 2012 vuelve a incrementarse a 6,9 %, también con predominio

de los partos pretérminos (77,0 %) y en los años siguientes se mantiene en cifras similares, pero con inversión de la proporción (predominaron los niños pequeños para su edad gestacional), hasta que en 2015 se eleva considerablemente a 8,4 %, relacionado con una disminución de los nacimientos en el área de salud (Datos tomados del Departamento de Estadísticas y de los análisis de la situación de salud de los últimos años del Policlínico Docente "Ramón López Peña"). Estos valores pueden hablar a favor de una pobre identificación de los factores de riesgo de bajo peso al nacer, con la consecuente ausencia de acciones preventivas al respecto.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social, como guía fundamental de actuación en la atención primaria para mejorar aún más los indicadores de salud. Ello conlleva un Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) que tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad perinatal a la cual contribuye de manera determinante el BPN, lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud de la madre y el niño.

Teniendo en cuenta que el bajo peso al nacer constituye un problema que obedece a causas multifactoriales, este equipo de investigación considera imprescindible evaluar la calidad de la atención prenatal en lo referente al cumplimiento del Programa de Prevención del Bajo Peso al Nacer. La prevención de este problema es una prioridad en salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil, razón que justifica plenamente la ejecución de este trabajo para contribuir al conocimiento de la magnitud del problema y a la búsqueda de soluciones.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con el objetivo de evaluar la calidad del proceso de atención a gestantes con riesgo de bajo peso al nacer a través de la competencia de los médicos de familia del Policlínico Docente "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba, en relación con el Programa de Prevención del Bajo Peso al Nacer, desde septiembre de 2015 hasta marzo de 2016, para lo cual se utilizó la metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud, propuesta por la Escuela Nacional de Salud Pública.

El universo estuvo integrado por 43 profesionales, de ellos, 19 especialistas en Medicina General Integral (MGI) y 24 residentes de dicha especialidad vinculados a la asistencia médica en los consultorios del área de salud, que dieron su voluntariedad para participar en la investigación, y que permanecieron en el área durante el tiempo que duró el estudio. Además, se revisaron las historias clínicas obstétricas de 3 gestantes con riesgo de bajo peso al nacer por cada consultorio médico, para un total de 81, así como la observación estructurada de una consulta a una de estas gestantes en cada consultorio (27 en total), lo que equivalió a 108 evaluaciones entre historias clínicas obstétricas (HCO) y consultas médicas.

La investigación se organizó en diferentes etapas:

I. Preparación del proceso evaluativo

- Selección de actividades y/o problemas de salud trazadores de la calidad de la atención.
-

- Definición de la dimensión de la calidad a evaluar: proceso de la atención médica a mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) y calidad científico-técnica (competencia profesional).
- Selección del universo de estudio.
- Formación de un grupo de expertos en el tema de investigación que preestableció los criterios, indicadores y estándares utilizados para dar salida a los objetivos propuestos, además ayudaron a confeccionar los instrumentos de evaluación (examen de competencia y guía de observación para el monitoreo del desempeño).

II. Ejecución del proceso evaluativo

- Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar el criterio seleccionado.
- Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.
- Clasificación de las desviaciones en problemas de conocimiento y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.

III. Ejecución de la evaluación

- Evaluación de conocimientos: se aplicó un instrumento evaluativo de 12 preguntas relacionadas con el bajo peso al nacer (examen de competencia) el cual recogió, además, la información acerca de la categoría ocupacional de los profesionales (especialistas o residentes de MGI) y los años de experiencia laboral.

Se calificó como aprobado al profesional que obtuvo 70 puntos o más en el examen. Para el área de salud este indicador fue evaluado según los estándares prefijados para cada indicador y se consideró adecuado (A) cuando 70 % o más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su examen de competencia. Asimismo, la competencia profesional en la institución se evaluó como inadecuada (I) cuando menos de 70 % de sus evaluados resultó aprobado.

- Evaluación del desempeño profesional: se definieron 10 criterios que se consideraron adecuados teniendo en cuenta lo siguiente:
 1. Recepción: Cuando el médico brindó un trato correcto, saludó a la paciente, le invitó a sentarse y fue respetuoso y cordial.
 2. Captación precoz: Si esta se realizó antes de las 13,6 semanas de gestación.
 3. Evaluación obstétrica en tiempo establecido: cuando se realizó en los 15 días siguientes a la captación.
 4. Anamnesis remota: Cuando se recogieron los datos generales de la paciente, así como la anamnesis remota, haciendo hincapié en los aspectos relacionados con el bajo peso al nacer: edad, nivel escolar, ocupación, género de vida, *per cápita* familiar, actividad física, características de la dieta, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos y antecedentes patológicos familiares.

5. Datos subjetivos: Se consideró adecuado cuando en la entrevista se indagó acerca de síntomas y estado de salud de la gestante y se recogieron en la historia clínica datos relacionados con las respuestas de esta ante la entrevista médica, es decir, lo que refirió la paciente; inadecuado, cuando no se reflejaron los datos emitidos por ella.
6. Datos objetivos: Cuando se recogieron datos del examen físico completo por sistemas y aparatos (peso, talla y evaluación nutricional, así como los datos obstétricos en la consulta de captación), se verifican los resultados de los exámenes complementarios y se indican los correspondientes, teniendo en cuenta los signos y síntomas.
7. Valoración de las curvas de peso, tensión arterial y altura uterina: Cuando en cada consulta se analiza la ganancia de peso total y se compara, desde el último control, con las tablas actuales de evaluación nutricional de la embarazada; igualmente se calcula la tensión arterial media (TAM) y la altura uterina (se comenta si están acordes con la edad gestacional de la paciente, sus antecedentes y estado de salud).
8. Valoración del riesgo de BPN de la gestante: Cuando en la historia clínica se refleja dicho riesgo y se hace un análisis científico de este y sus causas.
9. Conducta a seguir: Si incluye orientaciones en dependencia de los factores de riesgo identificados que pudieran ocasionar el bajo peso al nacer, dirigidas a la eliminación, modificación o control del riesgo: orientaciones nutricionales según cálculo dietético, la evaluación nutricional inicial y la ganancia de peso, además del cuidado y tratamiento en presencia de afecciones asociadas con el embarazo, cuando se cumple con la indicación de ingreso en el hogar de recuperación nutricional en las gestantes que lo requieran, tratamiento en caso de anemia, hipertensión arterial e infección vaginal o urinaria, entre otras.
10. Despedida de la paciente: Se consideró adecuada cuando se le orientó a la fecha de la próxima consulta y fue acompañada por la enfermera o el médico hasta la salida del consultorio.

Para la evaluación general del desempeño se consideró adecuado cuando se cumplió el estándar preestablecido en 70 % o más de los indicadores, siempre que entre ellos se encontraran los siguientes: 6, 7, 8, 9; e inadecuado, cuando no se cumplió esta especificación.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma manual y se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa) como medidas de resumen para variables cualitativas.

RESULTADOS

En la serie predominaron los profesionales con poca experiencia laboral (58,1 % con menos de 5 años de trabajo), de los cuales las dos terceras partes cursan el primer año de la residencia en MGI y 33,3 % el segundo, seguidos por aquellos con más de 10 años de labor (25,6 %), todos especialistas en MGI.

Como se aprecia en la tabla 1 la competencia profesional de los médicos evaluados resultó inadecuada, al obtener solo 65,1 % de aprobados, pues no se alcanzó el 75 %

predeterminado por los expertos. Solamente en 5 de los aspectos analizados, relacionados con temas generales, se obtuvo el estándar preestablecido, los cuales se relacionaron; sin embargo, en cuanto a las enfermedades asociadas con el embarazo,

que pueden provocar bajo peso al nacer, los resultados no fueron los esperados, fundamentalmente con respecto a la conducta a seguir ante ellas.

Tabla 1. Conocimiento de los participantes en relación con el bajo peso al nacer y sus factores de riesgo

Criterios	Indicador		Estándar (%)	Evaluación
	No.	%		
Concepto y causas del bajo peso al nacer	41	95,3	90,0	Adecuado
Factores de riesgo modificables de bajo peso al nacer	40	93,0	90,0	Adecuado
Evaluación nutricional de la embarazada	40	93,0	90,0	Adecuado
Valor del índice de masa corporal a la captación	40	93,0	90,0	Adecuado
Conducta a seguir ante ganancia insuficiente de peso	39	90,7	90,0	Adecuado
Acciones preventivas del bajo peso al nacer	32	74,4	90,0	Inadecuado
Causas de un signo de menos	29	67,4	90,0	Inadecuado
Conocimientos generales de la anemia ferropénica	29	67,4	90,0	Inadecuado
Infección urinaria y embarazo	28	65,1	90,0	Inadecuado
Criterios diagnósticos de hipertensión gestacional	25	58,1	90,0	Inadecuado
Infecciones vaginales	22	51,2	90,0	Inadecuado
Conducta ante el valor de la hemoglobina en el transcurso del embarazo	19	44,9	90,0	Inadecuado
Parto pretérmino	19	44,9	90,0	Inadecuado

Con respecto a la categoría ocupacional, los especialistas en MGI y los residentes de primer año fueron los que mayoritariamente alcanzaron la calificación de aprobado en cada grupo (68,4 %); mientras que solo la mitad de los residentes de segundo año resultaron aprobados y solo alcanzaron el estándar prefijado en lo relacionado con el concepto y causas del BPN. Por su parte, los de primero, también cumplieron el estándar en el tema de los factores de riesgo modificables y en el resto, a pesar de que no alcanzaron el indicador, obtuvieron mejores resultados que los de segundo año.

Para evaluar el desempeño profesional se realizó una auditoria retrospectiva a 3 historias clínicas obstétricas de gestantes con riesgo de tener un recién nacido con bajo peso por cada consultorio médico (81 en total), además de la observación (evaluación concurrente) de una consulta a una de estas gestantes (27 observaciones y 108 evaluaciones).

En la tabla 2 se resumen los resultados de esta evaluación, en la cual se observa que también existieron dificultades en el desempeño al obtener una evaluación general inadecuada. Solo se alcanzó la categoría de adecuado en 6 de los 10 criterios evaluados, lo que representa 63,6 %; asimismo, resultaron inadecuados los 4 criterios indispensables para obtener evaluación de adecuado, referentes a los datos objetivos (86,1 %), la valoración de las curvas de peso, la tensión arterial, la altura uterina (75,9 %), la valoración del riesgo de BPN (89,8 %) y la conducta a seguir ante diferentes situaciones riesgosas o afecciones asociadas con el embarazo (80,6 %).

Tabla 2. Desempeño de los profesionales evaluados con respecto al programa de bajo peso al nacer

Criterios	Indicador		Estándar (%)	Evaluación
	No.	%		
Recepción(N=27)	27	100,0	85,0	Adecuado
Captación precoz(N=81)	80	98,8	90,0	Adecuado
Evaluación obstétrica en tiempo establecido (N=81)	78	96,3	90,0	Adecuado
Anamnesis remota adecuada (N=81)	80	98,8	90,0	Adecuado
Datos subjetivos (N=108)	103	95,4	90,0	Adecuado
Datos objetivos (N=108)	93	86,1	90,0	Inadecuado
Análisis adecuado de las curvas de peso tensión arterial y altura uterina (N=108)	82	75,9	90,0	Inadecuado
Valoración del riesgo de BPN (N=108)	97	89,8	90,0	Adecuado
Conducta a seguir adecuadas según riesgo y problema de salud (N=108)	87	80,6	90,0	Inadecuado
Despedida(N=27)	27	100,0	85,0	Adecuado

DISCUSIÓN

El peso al nacer es una variable reconocida entre las más importantes por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil. Sin dudas, es el determinante primordial de las posibilidades que un recién nacido tiene de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios; por eso, actualmente el índice o tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud.⁷

La magnitud del problema que representa el bajo peso al nacer es tan importante que resulta fundamental analizar la calidad de la atención prenatal, específicamente en gestantes consideradas riesgo obstétrico, por la probabilidad incrementada de tener un parto pretérmino y —por consiguiente— un bajo peso al nacer, siempre teniendo en cuenta los conocimientos que sobre el tema objeto de investigación tiene el personal médico, ya que los problemas en la atención que brinda dicho profesional emergen desde el mismo análisis del proceso de trabajo. Esta es una herramienta que permite, desde una posición teórico-metodológica, precisar aquello que disminuye la calidad de la asistencia médica y orientar hacia las necesidades educativas que puedan ser más efectivas para la transformación del proceso de trabajo y de la misma situación de salud.^{8,9}

El proceso de evaluación de las competencias profesionales del médico general integral es vital para diagnosticar sus necesidades de aprendizaje e implementar acciones para su perfeccionamiento continuo, de quien hoy en día la sociedad espera mucho más y exige mayor nivel de competencia y capacidad de resolución.

Por otra parte, el desarrollo del capital humano es una de las condiciones más importantes para lograr que los servicios sanitarios mejoren su capacidad resolutoria y la calidad de las prestaciones. El tema de la formación continua de este personal en la atención primaria de salud constituye actualmente un problema priorizado del Sistema Nacional de Salud, de ahí que la calidad científica y humana de los trabajadores de

este sector sean el sostén y, en gran parte, la garantía de los logros de la Salud Pública en el país.^{4,10}

La evaluación de la competencia profesional implica la valoración de la esfera cognoscitiva, así como de las habilidades y experiencias adquiridas en el terreno. En

efecto, la competencia es la aptitud o capacidad demostrada para desarrollar de forma idónea una actividad o tarea, es lo que el trabajador sabe hacer.

Por su parte, el desempeño profesional es el comportamiento o conducta real de los trabajadores tanto en el orden técnico como en las relaciones interpersonales que se crean en el proceso salud-enfermedad de la población, es lo que el trabajador hace. Se define como la conducta real del individuo durante su participación en el proceso. Dicha categoría constituye el centro del proceso de atención médica, pues mediante ella se garantiza el cumplimiento de dicho proceso, así como el acceso a las tecnologías necesarias y el alcance de los resultados en técnicas de eficacia clínica, diagnóstica y terapéutica.¹¹

La necesidad de una actualización profesional constante en un mundo que cambia a ritmo acelerado, es un tópico aceptado universalmente. Las decisiones técnicas adecuadas están condicionadas por la posibilidad real de ejecutarlas y por la información y conocimiento que poseen los profesionales en determinado momento, principalmente, en la atención a gestantes con riesgo de tener un neonato con bajo peso. De este conocimiento depende, en gran medida, la reducción de la morbilidad y la mortalidad perinatales.¹²

De manera general, en la evaluación realizada al proceso de atención a gestantes para la prevención del bajo peso al nacer, se determinó que su calidad no fue la mejor y las dificultades detectadas en la competencia profesional, tanto en conocimiento como en el desempeño, pudieron haber incidido en los resultados negativos del Programa de Atención Materno-Infantil en el área d salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrasa Villar JI, Enríquez Martín N, Abad Díez JM, Valderrama Rodríguez M, Pérez Pérez A, Revilla López C, et al. La calidad de la Atención Sanitaria. Indicadores de Efectividad Clínica. SECA; 2013 [citado 4 Feb 2017]. Disponible en: http://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/indicadores_efectividad_clinica2.pdf
2. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría GA. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN. 2017 [citado 4 Feb 2017]; 21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. San Juan Bosch MA. Las competencias profesionales básicas del especialista en Medicina General Integral: Una propuesta metodológica de evaluación en el municipio de Cienfuegos. MEDISUR. 2005 [citado 29 Abr 2016]; 3(4) Especial. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/132/4804#>

4. República de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Bajo peso al nacer a término [citado 29 Abr 2016]. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/pro_bajo_peso_al_nacer_a_termino_2014.pdf
5. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. LA Habana: MINSAP; 2015.
6. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico Santiago de Cuba, 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.one.cu/aed2015/34Santiago%20de%20Cuba/00Santiago%20de%20Cuba.pdf>
7. Herrera Alcázar V. Atención prenatal. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, *et al.* Medicina general integral. Vol II, Cap 48. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 302-14.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para la atención de grupos priorizados (mujer) dirigido a médicos y enfermeros (as) de la familia. La Habana: MINSAP; 2013.
9. Juárez S, Revuelta Eugercios BA. Diferencias socioeconómicas en el bajo peso al nacer: revisitando enfoques epidemiológicos. Rev Esp de Investig Sociológicas. 2013 [citado 21 Ene 2016]; 144: 73-95. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23646341>
10. Maturell Comas M, Muñiz Velásquez V, Cuevas Acosta R, Lalondrys Preval E, Maeiras Cuevas G. Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana. MEDISAN. 2014 [citado 21 Ene 2016]; 18(11). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Beneficios de la calidad [citado 21 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.conocimientosweb.net/zip/article1994.html>
12. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2013 [citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/2017/08/29/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal/>

Recibido:26 febrero de 2018.

Aprobado:10 de marzo de 2018.

Ana Selva Capdesuñer. Hospital General Prisión de Boniato, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: ana.selva@infomed.sld.cu



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)