

CAUSAS DE INASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES DE GESTANTES:

COOMEVA CARTAGO 2016.

Autores: Diana Alejandra Marín Franco¹ (orcid.org/0000-0003-3981-2463), Angela Cristina Mejía Ordoñez² (orcid.org/0000-0001-7608-7286), Ross Dahiana Penagos Mejía³ (orcid.org/0000-0001-5537-6265), Johanna María Giraldo Ríos⁴ (orcid.org/0000-0001-7079-2857)

¹ Enfermera, Especialista en Auditoria en Servicios de Salud, Enfermera Jefe Clínica Oftalmológica de Cartago, Valle. ² Enfermera, Especialista en Auditoria en Servicios de Salud, Gestora asistencial, CEPAIN IPS Armenia, Quindío.

³ Enfermera, Especialista en Auditoria en Servicios de Salud, Enfermera Coordinadora de especialidades, Cali, Valle. ⁴ Médico, Especialista en Auditoria en Servicios de Salud, Gestora de Calidad Coomeva EPS, Cartago, Valle.

Resumen:

Objetivo: Determinar las causas de inasistencia de las gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal de Coomeva Cartago, durante el periodo comprendido entre Enero y Octubre del 2016, para proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, se realizó a 67 gestantes inscritas en el programa de control prenatal, identificadas como inasistentes. Se les aplicó una encuesta diseñada por el grupo investigador y validada por tres expertos, para analizar las variables sociodemográficas y las causas de inasistencia a los controles. **Resultados:** el mayor porcentaje de gestantes se encontraba entre los 21 a 35 años de edad, siendo la edad mínima de 14 años y la máxima 42 años. Respecto al nivel educativo el 37% tenían niveles educativos de básica secundaria. En cuanto al estado civil, el 58% se encontraban en unión libre. Referente a la ocupación, la gran mayoría de las gestantes (52%), refirieron tener un vínculo laboral dependiente, seguido de labores propias del hogar (32%). De acuerdo al número de hijos se halló que el 64 % se encontraban cursando su primera gestación. El 68 % de la población, pertenece al nivel socioeconómico dos y tres. El 79% de las gestantes negaron tener dificultades económicas que influyeran en la asistencia a los controles prenatales; el mínimo porcentaje que refirió dificultad lo asoció a bajo presupuesto. Con respecto a la red de apoyo el 100% de la población objeto de estudio refirió tenerla y el 95%, fue de tipo familiar. En cuanto al conocimiento de la importancia de los controles prenatales, el 94% conocían la importancia de la asistencia. Es de resaltar que al indagar las causas, la negligencia tiene un

71%, seguida por problemas económicos en un 12%. **Conclusión:** el grupo de riesgo son primigestantes, entre los 21 a 35 años, con nivel de educación básica secundaria, procedentes en área urbana de Cartago, que conviven en unión libre con sus parejas. La negligencia es la mayor causa de inasistencia a los controles prenatales, por encima de las dificultades económicas y el acceso a los servicios de salud. Por lo cual la Institución debe centrar sus esfuerzos en prestar los servicios de forma llamativa y novedosa, brindando educación continua y humanizada, y generando un vínculo fuerte con las gestantes con la finalidad de disminuir el porcentaje de inasistencia al programa.

Palabras clave: inasistencia, control prenatal, gestación, acceso a los servicios de salud.

Abstract

Objective: To determinate the causes of not attending of pregnant women inscribed in prenatal care program in Coomeva Cartago, in the lapse of time between january to october of 2016, to propose improvement strategies according to the findings. **Materials and methods:** quantitative – descriptive research, in a population of 67 pregnant women inscribed in prenatal care program, identified as non attending to the prenatal care program. An instrument was designed for the investigation team and it was validaded by tree experts, to analyze socio-demographics variables and the causes of non attendance to prenatal check ups. **Results:** the highest percentage of pregnant women had between 21 to 35 years old, minimum age 14 years and máximo 42 yo. Respect to the educational level 37% had high school. In terms of marital status, 58% live in free union. Referring to the labor occupation, more tan a half (52%), had a dependent employment relationship, followed by housewives (32%). According to the number of children it was found that 64 %, they were taking their first pregnancy. 68 % of the population, belongs to socioeconomic level 2 and 3. The 79% of the pregnant women denied having economic difficulties that influenced the attendance at prenatal controls; the minimum percentage who referred to difficulty attached it on a low budget. Respect to the support network 100% of the object population reported having it and 95%, it was family type. Concerning to the knowledge of the importance of prenatal controls, 94% were aware of the importance of care. It should be noted that when investigating the causes, negligence has a 71%, followed by economic problems by 12%. **Conclusion:** The risk group are primigestantes, between the 21 to 35 years, with high school level of education, coming from urban area from Cartago, who live in free union with their partners. Neglect is the major cause of non-attendance to

prenatal controls, over economic difficulties and access to health services. Therefore, the Institution should focus its efforts on providing services in a striking and novel way, providing continuous and humanized education, and generating a strong link with pregnant women in order to reduce the percentage of non-attendance to the program.

Keywords: non attendance, prenatal care, pregnancy, access to the health services.

INTRODUCCIÓN

El control prenatales un programa encaminado a la identificación de factores de riesgo, implementación estrategias y fortalecimiento de elemento protectores con el fin de disminuir complicaciones en las gestantes.

En Latino América, específicamente en el Perú, un control prenatal adecuado consistía en captar a la gestante y lograr la valoración antes de las veintidós semanas, garantizando la asistencia al menos seis veces durante el embarazo. En Colombia, con la implementación de la Resolución 0412 del 2000, se tiene establecido realizar una captación temprana de la gestante, idealmente antes de las doce semanas, continuar los controles mensuales hasta las treinta y seis, y luego cada quince días hasta las cuarenta semanas.

En el país, los estudios han demostrado que los lugares con mayores tasas de inasistencia prenatal y mayor mortalidad fetal durante el embarazo, son la región del pacífico y la de los llanos orientales, lo que explica entonces que la pobreza y el aislamiento son un factor clave a la hora de entender este fenómeno, pues se trata de comunidades remotas, donde no llegan los servicios de salud y la comunidad tiene costumbres antiguas, como asistirse con parteras o simplemente esperar al parto, es evidente una mezcla entre pobreza y aislamiento geográfico.

Coomeva es una Entidad Prestadora de Salud, con larga trayectoria en el país. En 1995 abrió sus puertas como EPS para la población de Cali y posteriormente se fue extendiendo a casi todo el país. En su misión y visión actual se hace evidente el deseo de mantener saludable a su población y darse a conocer en el país por la satisfacción de sus usuarios.

En Coomeva EPS una de las actividades de PyP, es el Programa de Maternidad Segura y Saludable, cuya finalidad es la identificación e intervención temprana de la gestante y su familia, los riesgos asociados a la gestación, parto y puerperio, con el objetivo de lograr que ocurran en las mejores condiciones y evitando en lo posible, las complicaciones para el binomio madre e hijo.

El modelo del programa de controles prenatales de Coomeva EPS incluye la valoración mensual de la gestante por médico general si está catalogada como bajo riesgo y control mensual por ginecólogo si cumple criterios de alto riesgo obstétrico, con el fin de disminuir las comorbilidades y evitar complicaciones durante su gestación.

Conocer de primera mano las circunstancias que están determinando la ausencia de las gestantes a los controles, es imprescindible para formular planes de acción, que permitan mejorar la atención y la prestación de un servicio que es fundamental en la salud de los menores y las madres. Igualmente, esto permitirá determinar si las causas coinciden con las de otros países, para hacer más eficiente la atención, lo que repercute en un ahorro de costos y recursos que por ahora se están desperdiciando.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo. La población se constituyó con 158 gestantes, inscritas en el programa de control prenatal de Coomeva Cartago durante los primeros cinco bimestres del 2016, que fueron identificadas como inasistentes a las citas de control prenatal con psicología, nutrición, enfermería, medicina general y ginecoobstetricia.

Se recibió una base de datos de las pacientes, que contenía algunos datos sociodemográficos, para contactar a la población objeto de estudio. Se diseñó el instrumento llamado **Causas de inasistencia de gestantes a controles prenatales, Coomeva, Cartago 2016**, que constaba de la encuesta, el instructivo y el libreto de llamada para la aplicación de la encuesta telefónica, con el fin de realizar la caracterización sociodemográfica y determinar las causas de inasistencia a las consultas.

Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como: edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, número de hijos, nivel socioeconómico, tipo de afiliación, régimen de afiliación, lugar de procedencia. Como variables de causas de inasistencia se tuvieron en cuenta: tipo de dificultades económicas, tipo de red de apoyo y conocimiento de la importancia de los controles. El instrumento manejó 18 items, con escalas de respuestas nominales y ordinales.

El primer punto de la encuesta constaba de un consentimiento para hacer parte de la investigación. El instrumento fue validado y aprobado por tres expertos y posteriormente se aplicó prueba piloto a 5 personas. Una vez se realizaron los ajustes necesarios, se inició con el contacto de las usuarias, siendo efectivo en aproximadamente 75 usuarias. Solo 67 aceptaron hacer parte de la investigación.

La unidad de análisis, fue cada una de las gestantes detectadas como inasistentes a los controles prenatales de la Unidad Básica de Atención en Coomeva, Cartago.

Criterios de inclusión: Se incluyeron todas las gestantes que estaban inscritas en el programa de control prenatal durante el periodo de enero a octubre del 2016, detectadas como inasistentes a las actividades (citas con ginecología, medicina general, enfermería, psicología y nutrición), previo consentimiento institucional y consentimiento informado. Criterios de exclusión usuarias a las que no se pudo contactar y las que no aceptaron hacer parte de la investigación.

Se creó un formulario en Epi info 7.2, software de uso libre, para alimentarlo con los datos obtenidos de la investigación. La información se analizó con estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, pruebas estadísticas valor de P y CHI²

Para el desarrollo de esta investigación, se acogieron las normas relacionadas con los aspectos éticos para la protección de los derechos de los pacientes y la resolución No. 008430 de 1993 (41). Se contó con consentimiento informado o institucional, firmado por el representante legal de la institución, previa reunión con el comité de ética. Además se aplicó consentimiento informado a cada unidad de análisis.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de inasistencia de las gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal de Coomeva Cartago durante el 2016, para proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.
- Establecer las causas de inasistencia de las gestantes.
- Proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

RESULTADOS

La recolección de la información se realizó durante el primer bimestre del 2017. Las limitaciones que se presentaron durante la realización del estudio, se relacionaron con dificultades para contactar las usuarias por datos incorrectos o desactualizados.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El 78% de las gestantes se encontraba entre los 21 a 35 años de edad. Respecto al nivel educativo la tercera parte de la población tenía bachiller completo. En cuanto al estado civil, 58 % de las gestantes se encontraban en

unión libre. Referente a la ocupación, 52% de las gestantes refirieron tener un vínculo laboral dependiente, seguido del 33% con labores propias del hogar. De acuerdo al número de hijos se halló que el 64% de las encuestadas, se encontraban cursando su primera gestación. El 97% pertenecen al régimen contributivo y de estas más de la mitad tiene un vínculo laboral dependiente.

Causas de Inasistencia

La gran mayoría de las gestantes, 79%, no refirieron dificultades económicas que influyeran en la asistencia a los controles prenatales; el 21% que refirió dificultad, lo asoció a bajo presupuesto. Con respecto a la red de apoyo, toda la población objeto de estudio refirió tenerla y en un 95% fue de tipo familiar. En cuanto a la variable de conocimiento de la importancia de los controles prenatales, el 94% de las encuestadas conocían la importancia de la asistencia a los controles. Es de resaltar que al indagar las causas, la negligencia es la principal con un 72%, seguida por problemas económicos en un 12 %, mínimo porcentaje comparado con el anterior.

DISCUSIÓN

Comparado con otros estudios en los cuales la principal barrera para asistir a los controles prenatales era la localización geográfica (provenían de área rural), en dicha investigación el área urbana predomina, denotando la no presencia de limitaciones geográficas para esta población.

Con respecto a características sociodemográficas comunes de las gestantes inasistentes al programa, se documentó un rango de edad entre 21 a 40 años, nivel educativo de secundaria completa, datos que coinciden con la investigación actual, infiriendo que la edad y el nivel educativo no son variables determinantes para la inasistencia a sus controles rutinarios.

Al estudiar la variable de estado civil, estudios coinciden en que la mayor parte de las gestantes inasistentes conviven en unión libre con sus parejas. En cuanto a la ocupación, el estudio refleja que gran parte de la muestra durante la gestación, contaba con un vínculo laboral, lo cual representa ingresos económicos propios e independencia en ciertos aspectos, comparado con estudios similares en los cuales la mayor parte de la población dependía económicamente de sus cónyuges o de algún integrante de la familia.

La mayoría de la población encuestada no presentó problemas económicos que interfirieran en su asistencia a los controles y contaba con una red de apoyo de tipo familiar lo que favorecía y aportaba herramientas a cada una de las gestantes.

Casi todas las usuarias conocían la importancia de los controles prenatales, denotando negligencia como principal factor contribuyente a la inasistencia al programa, situación preocupante ya que no se vincula a causas internas de la

institución prestadora de salud, pero la afecta directamente. Comparando con las causas de inasistencia de otros estudios que muestran desconocimiento de la importancia de los controles, barreras para el acceso y experiencias negativas con el personal de salud, la población del estudio actual refirió percibir el servicio prestado como bueno.

La entidad debe implementar estrategias novedosas y llamativas, que generen mayor impacto educativo en las usuarias y de esta manera incrementen la adherencia al programa. Identificar las usuarias con perfil de inasistentes y realizarles un seguimiento estrecho para evitar complicaciones en su gestación.

CONCLUSIÓN

1. La población más representativa de este estudio se encuentra entre los 21 a 40 años, con un nivel educativo de secundaria completa, se encuentran conviviendo en unión libre y no refirieron problemas económicos que impidan la inasistencia a los controles prenatales.
2. La principal causa de inasistencia de las gestantes a los controles prenatales de Coomeva Cartago es la negligencia, seguida por problemas económicos.
3. Es necesario generar un vínculo de confianza entre el personal de salud y la gestante procurando la no rotación constante del personal.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Resolución 1709,14 de Octubre del 2014,1-8, <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Resoluci%C3%B3n%201709%20CRITERIOS%20Y%20PAUTAS%20QUE%20DEBEN%20CUMPLIR%20IPS%20ATENCION%20MATERNA.PDF>. (Ultimo Acceso 13 de Junio 2016)
- Álvarez, J. S., Caballero, F., Castaño Castrillón, J. J., Escobar, D. M., Franco, Á. M., Gómez, P., & Mosquera, P. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1º nivel, Manizales, años 2005-2007. Arch. Med. 2010; 10(1), 19-30.
- Baez E, Velásquez HA. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev.Cuba.enferm; 1995; 11 (1):57-63.
- Barboza Retana J, Leal Mateos M, Características del control prenatal y el parto de las mujeres inmigrantes atendidas en el Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". Acta Médica Costarricense. 2008; 50:107-111.

- Blossier,C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal, rev. Perú. Med. Exp, salud pública, 2010, vol 27,1-11
- Cáceres-Manrique FdeM. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol 2009; 60 (2): 165 – 170.
- Camacho JP, Castaño JJ, Chaves JS, Correa J, Giraldo JF. Evolución de la tensión arterial en gestantes sanas inscritas en el programa de control prenatal de una entidad de primer nivel de atención en Manizales - Colombia. 2010-2013.14,1-12.
- Castillo Ávila IY, Villarreal Villanueva MP, Olivera Correa E, Pinzón Consuegra A, Carrascal Soto H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoc.salud. 2014; 19(1):128-140.
- Córdoba R, Escobar L P, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata. RFS. 2009; 4 (1): 39-49.
- Faneite A P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L, Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venez . 2009; 69(3): 147-151.
- Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G, Alarcón A.M, Bustos Medina L, Prieto Gómez R, Rico Williams H, Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. Rev. Esp. Salud Pública. 2009; 25 (3): 147-154.
- Garza Elizondo M E, Rodríguez Casas M S, Villarreal Ríos E, Salinas Martínez A M, Núñez Rocha G M, Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev. Esp. Salud Pública. 2003; 77 (2): 267-274.
- Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de Obstetricia, Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia", 2010. Acta Méd Costarric. 2012; 54, 97-101.
- Hernández AM, Vásquez ML. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Rev Univ. salud. 2015; 17 (1):80-96.

- Ickovics J, Kershaw T, Westdahl C. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2008; 110 (2): 330 – 339.
- Ickovics J, Reed E, Magriples U, Westdahl C. Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychol Health* 2011; 26 (2): 235-50.
- Kotelchuck, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (9):1414-1420.
- Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. *American Family Physician* 2005; 71 (7): 1307 – 1316.
- Llompart V, Pécora A, Furfaro K, San Martín M E, Cantero A, Jankovic M P, Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2008; 27:114-119.
- Malagón, SS. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, universidad del rosario, CES y posgrado en epidemiología, 2011, 1-66.
- Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015; 80(4): 306-315.
- Munares García OF. Factores asociados al abandono del control prenatal. *Instituto nacional perinatal.* 2011, 1-109.
- Navarro C, González J, Schmidt J. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutr Hosp.* 2015; 32(3):1091-1098.
- Ortiz E. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo: Medicina basada en la evidencia. *Colombia Médica* Vol. 32 N° 4, 2001.
- Panduro Baron, G. Jiménez Castellano, PM. Molina. Panduro Moore, Peraza Martinez, EG. embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales, *ginecol obstet*, 2012, 694- 704.

- Paredesa I, Hidalgo L, Chedraua P. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 88 (2): 168 – 172
- Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M J, Sanhueza G, Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud pública Méx* 2013; 55 (6): 572-579
- Portal Coomeva <http://eps.comeva.com.co/publicaciones.php?id=9663> (ultimo acceso 16/06/2016).
- *Psychol Health.* 2011 Feb; 26 (2):235-50. doi: 10.1080/08870446.2011.531577.
- República de Colombia, Alcaldía de Bogotá, Constitución Política 1991,1-108, <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>, (ultimo acceso 13 de Junio del 2016)
- República de Colombia, Alcaldía de Bogotá, Ley 100, 1993, 1-90, <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>, (ultimo Acceso 13 de Junio del 2016)
- República de Colombia, Secretaria de Educación del Distrito, Ley 1122, Enero 9 del 2011, 1-26, http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/FSE/2014/Normograma/Leyes/Ley_1122_2007_Base_Cotizacion_Salud_CPS.pdf. (Último acceso 13 de Junio 2016)
- República de Colombia, Secretaria de Salud distrital de Bogotá, Ley 1438 del 2011, 2011, 1-51, <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Resoluci%C3%B3n%201709%20CRITERIOS%20Y%20PAUTAS%20QUE%20DEBEN%20CUMPLIR%20IPS%20ATENCIÓN%20MATERNA.PDF>, (último acceso 13 de Junio 2013)
- Rico Venegas RM, Ramos Frausto, VM, Martínez PC. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal.2012. Vol 8.pag 1-11.
- Rodríguez FG, Jiménez WG, Jiménez CA. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. 2014; 13 (27).
- Rodríguez Páez FG, Jiménez Barbosa WG, Jiménez González CA, Coral Córdoba AE, Ramírez Solano PC, Ramos Navas NR. Efecto de las barreras de

acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014; 13(27):212-227.

- Ruiz M, Hernández A, Cáceres FdM. La atención prenatal: una mirada desde los profesionales de la salud. estudio cualitativo. Bucaramanga (Colombia), 2012. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2015;66:103-109.
- Sanchez, J. Escudero, F. Riesgo materno perinatal en gestantes mayores de 35 años, ginecología y obstetricia, 2000, vol: 46, pág. 1-7.
- Salazar, M. Pacheco, J. Spaglia, L. Lama, J. Monaylla, R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Ginecod. obstet, 1999, vol: 2, 1-7.
- Sociedad peruana de obstetricia y ginecología. Estado actual de las mortalidad materna en los hospitales de Perú, ginecod. Obstet, 1999, vol: 45(1), 38-42.
- Vasconcelos MA, Fernández G, Santos C, Méndez de Araujo V. La calidad de la asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. 2014;14, 1-11.
- Resolución 256 del 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 5 de Febrero del 2016. Tomo I. 1- 28.