

La consulta de puericultura: una estrategia integral para los niños y adolescentes cubanos

Mercedes Esquivel, Gisela Álvarez, María Elena Izquierdo, Daisy Martínez y Vilma Tamayo

RESUMEN

El notable incremento de las tasas de supervivencia de los niños cubanos ha conducido a nuevos desafíos en la búsqueda continua de mejorar su bienestar y calidad de vida. Solamente se pueden alcanzar estos avances en la medida en que también se mejoren la atención preventiva y la promoción de salud. Este artículo describe el diseño de una estrategia para la atención integral de niños y adolescentes que tiene como base mejorar la calidad de las consultas, definir sus componentes, las actividades específicas según la edad y brindar las pautas para el seguimiento en función de los hallazgos de las consultas. Como complemento a la estrategia, se identifican los indicadores y estándares para la evaluación sistemática de la calidad de la consulta, lo que permite recoger información objetiva y específica de cada consulta individual y la evaluación de las tendencias en el tiempo. Esto, a su vez, permitirá mejorar aún más esta estrategia a largo plazo.

PALABRAS CLAVE Servicios de salud infantil, servicios preventivos de salud, atención primaria de salud, mortalidad infantil, supervivencia, niños, adolescentes, Cuba

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) del Sistema Nacional de Salud cubano tiene el propósito de brindar la atención integral de salud a madres, niños y adolescentes mediante la prevención, la promoción, el tratamiento y los servicios de rehabilitación para esta población.[1] Entre los esfuerzos para mejorar el PAMI, se diseñó una nueva estrategia en el año 2004 para extender la noción de la puericultura de forma que en las consultas de esta especialidad se abarcara un conjunto de actividades desde antes del nacimiento hasta los 19 años de edad, con el objetivo de favorecer la salud de los niños y adolescentes y promover su óptimo crecimiento y desarrollo.

El término puericultura, derivado de *puero* (niño) y *cultura* (cultivo o crianza), se atribuye a Alfred Caron, quien en 1866 publicó un manual con el título: *La puericultura o la ciencia de criar niños saludables (Puericulture or the Science of Raising Healthy Children)*. Aunque fue rápidamente olvidado, el término lo rescató más tarde Adolphe Pinard —que muchas personas reconocen como el impulsor y creador científico de la puericultura— quien abogó por el reconocimiento de la importancia social de la atención a los niños y las implicaciones nacionales de los principios de la puericultura. Él definió la puericultura como *la ciencia cuyo objetivo es la investigación, el estudio y la aplicación de todo el conocimiento relacionado con la preservación y mejora de la especie humana*. [2,3] Luego lo conceptualizó tal como se comprende actualmente: *el conjunto de normas y procedimientos diseñados para proteger la salud y promover el crecimiento y desarrollo óptimos del niño, de acuerdo con sus [sic] capacidades y potencial genético*. [4] Hoy se comprende que los niños también tienen que ser vistos como parte integrante de su familia y de su entorno; por tanto, la atención de la salud tiene que analizarse en el contexto de la familia y la comunidad, y abarcar la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales. [5,6]

En Cuba, el Dr. Eusebio Hernández, un prominente obstetra cubano, fue el primero que escribió sobre la puericultura, a partir de la experiencia adquirida por él con Pinard en la clínica Baudelocque, en París. Pinard lo autorizó a reproducir sus hallazgos en la *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana* y otras publicaciones médicas cubanas de la época. Al final de la guerra de independencia de Cuba de 1895, el Dr. Hernández regresó a La Habana donde le propuso al Dr. Matías Duque, entonces Secretario de Sanidad y Beneficencia, la creación del puesto de puericultura en la Sección de Investigación y Estudios, bajo la dirección del Dr. Domingo Ramos, según se informó en el boletín oficial de la secretaría en 1910. [6]

Antes de 1959, la atención de salud especializada en niños no llegaba a más del 10% de los niños cubanos y las pocas instituciones existentes prestaban fundamentalmente atención curativa. [7] Posteriormente, estuvo disponible la atención pediátrica en los policlínicos comunitarios [institución superior del sistema de atención primaria con servicios especializados —Eds.] que se brindaba tanto por pediatras como por médicos generales. En 1963, se aplicó en Cuba un modelo de atención de salud ambulatoria donde se priorizaba la salud del niño y se iniciaron las consultas de puericultura —fundamentalmente para lactantes— con acceso universal. [7]

Un congreso histórico sobre las normas de la atención pediátrica efectuado en 1969 tuvo implicaciones importantes para la evolución de la puericultura. El entonces Ministro de Salud Pública, Dr. Heliodoro Martínez Junco, destacó que el congreso conduciría a nuevas iniciativas en la puericultura y en la investigación sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños, particularmente en el periodo neonatal y la adolescencia. [8] La conferencia culminó un proceso de revisión profunda de la literatura más importante y de ardua discusión entre los expertos en todos los campos de la pediatría, lo que condujo directamente a la publicación de un conjunto de normas para la atención pediátrica, que se utilizaría en los servicios de salud infantil en todo el país. Un capítulo dedicado a la puericultura describe la disposición clínica óptima para la organización de las consultas de puericultura, los procedimientos para la asignación de los turnos y el papel de los médicos y las enfermeras dentro del marco de la atención primaria de salud. [8] En la década de 1970, se planteó que las consultas de puericultura eran el pilar fundamental de los servicios de salud infantil en el Sistema Nacional de Salud y se extendieron hasta abarcar a todos los niños de edad escolar. [8]

EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

En el año 2012, la población cubana era de 11 163 934, de los cuales 2 626 614, o sea, el 23.5% eran menores de veinte años y 125 093 eran menores de un año (1.1%). [9] La tasa de mortalidad infantil en ese año fue de 4.6 por cada mil nacidos vivos y 5.9 para los niños menores de cinco años, [9] lo que situó a Cuba entre los países de menor mortalidad infantil. [10] Este

incremento de la supervivencia infantil es realmente asombroso: en el año 1970, por cada niño que moría antes de su primer año de vida, 25 sobrevivían, mientras que en el 2012 había 216 sobrevivientes por cada niño que moría antes de un año de edad, o sea, un incremento por encima de ocho veces en unas cuatro décadas.[9]

Esto ha resultado en nuevos desafíos para la mejora continua del bienestar y de la calidad de vida de los niños. Tales avances solo son posibles al mejorar la promoción de salud y la atención preventiva de salud en estas edades. Disponer de consultas de puericultura de alta calidad es crucial para alcanzar estas metas, dada su importancia para monitorear y apoyar el crecimiento y el desarrollo óptimos, así como para proteger y promover la salud de nuevas generaciones. Mediante la consulta de puericultura los médicos y las enfermeras de la familia pueden monitorear la salud física y el desarrollo del niño, evaluar la calidad de las relaciones entre padres e hijos, apoyar el funcionamiento óptimo de la familia, mejorar el bienestar del niño y responder a las preocupaciones de los padres, aclarar dudas y corregir conceptos erróneos sobre la atención a niños y adolescentes. En el año 2004 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) encargó la tarea de asegurar la calidad a un grupo multidisciplinario, el Grupo de Nacional de Puericultura (GNP) bajo la dirección del PAMI.

El GNP se comprometió a mejorar la calidad de la puericultura mediante el desarrollo de una estrategia que estuviera centrada en la familia y sobre la base de la comunidad, y que fuera continua, integral, general y oportuna para niños de edades entre 0 y 19 años. Al realizar acciones desde antes del nacimiento hasta la adolescencia, esta atención integra la salud con aspectos educacionales y sociales de la vida del niño.[11] La consulta de puericultura permite la promoción de salud y la prevención de enfermedades para niños y adolescentes, tanto para los nacidos como para los que aún no han nacido o no se han concebido, en correspondencia con los conceptos pediátricos de la atención a niños sanos antes de la concepción, la atención prenatal y posnatal. La consulta de puericultura preconcepcional aún es una tarea en desarrollo, que incluiría poder asegurar que al momento de la concepción ambos padres estén en óptimas condiciones para favorecer la salud y la oportunidad de supervivencia del niño.[12] La estrategia actual se orienta más bien hacia la puericultura prenatal y posnatal.

La consulta de puericultura prenatal es la que corresponde al último trimestre de la gestación; es cuando el obstetra y el médico de la familia preparan a la futura madre para las varias facetas de atención a su bebé que está por nacer. Los médicos también discuten con ella aspectos tales como la importancia de que el niño reciba lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y el valor de la lactancia complementada hasta los dos años; la diarrea transicional del recién nacido; la importancia de que el niño duerma en posición de decúbito supino; y la importancia de la consulta de puericultura para el futuro desarrollo del niño, entre otros.

La consulta de puericultura posnatal la realizan el médico y la enfermera de la familia [el primer nivel de atención de salud cuyos consultorios están distribuidos geográficamente y responden al policlínico de la comunidad —Eds.] en coordinación con el pediatra del policlínico del área de salud

donde vive el niño. Su implementación se clasifica según las fases de desarrollo del niño:

- recién nacido (0–28 días)
- lactante (1–11 meses)
- transicional (1 año)
- preescolar (2–4 años)
- escolar (5–9 años)
- adolescente (10–19 años)

Objetivos estratégicos de la consulta de puericultura:

1. Promover el crecimiento y el desarrollo óptimos en los niños cubanos en edades de 0–19 años
2. Identificar, diagnosticar y manejar temprano cualquier problema de salud
3. Prevenir o minimizar potenciales problemas futuros de salud
4. Orientar a los padres en el cuidado y la atención de sus hijos e instruir a los niños en el cuidado a sí mismo.

El diseño abarcaba las siguientes tareas:

- Definir los indicadores a evaluar en cada consulta de puericultura
- Definir los procedimientos para evaluar cada indicador seleccionado
- Recomendar los criterios de evaluación y las acciones que deben tomarse sobre la base de estos criterios
- Especificar los recursos humanos y materiales necesarios para la estrategia

Para cada una de estas tareas el GNP reunió las evidencias provenientes de la extensa experiencia cubana en este campo[13–15] y de las publicaciones internacionales con respecto a la aplicación de la atención preventiva de salud para niños y adolescentes.[16–19] Sobre esta base se determinó que —además de la importancia de una entrevista minuciosa con respecto a lo sucedido desde la consulta anterior, el examen físico detallado y la evaluación precisa del crecimiento y desarrollo— era imprescindible evaluar el entorno sociocultural y emocional del niño. Además, se necesitaban guías anticipatorias específicas para cada grupo etario, para que los padres y los niños mayores tuvieran a tiempo la información de los acontecimientos normales del proceso hacia la madurez, que de otra forma pudieran convertirse en una fuente de preocupación innecesaria, o incluso, ser causa de futuros problemas de salud. Asimismo, la estrategia destacó la necesidad de consejos adecuados como respuesta a las preocupaciones expresadas por los padres o los hijos durante las consultas.

La tabla 1 muestra una perspectiva general de los componentes de la consulta de puericultura incluidos en la estrategia nacional. La frecuencia de la consulta se determinó por la edad y la madurez biológica, así como por si el niño era saludable, estaba en riesgo, tenía alguna enfermedad crónica o secuela, o poseía alguna discapacidad. Un resumen de la información para las consultas sobre actividades específicas según la edad, así como los exámenes médicos que se deben realizar según la especialidad, se muestra en la tabla 2. Todo esto se documenta en la *Consulta de puericultura* —escrito por el multidisciplinario Grupo Nacional de Puericultura— que brinda explicaciones directas para que el personal de salud pueda cumplir las directivas estratégicas. El documento se actualiza periódicamente.[11]

Su aplicación Una vez que se terminó el diseño de la estrategia, se desarrolló un programa nacional de certificación titulado

Tabla 1: Perspectiva general de la estrategia de la puericultura en Cuba

Componente de la consulta	Consideraciones	
Entrevista	El contenido varía de acuerdo con la edad	
Evaluación del estado de salud	Examen físico	Varía con la edad
	Evaluación del crecimiento y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • posición en la curva de crecimiento (valor y tendencia) • madurez sexual (adolescentes) • detección de signos de desarrollo neuropsicomotor anormal (en edades clave)
Evaluación de las relaciones entre padres e hijos	Identifica problemas actuales y potenciales en el ajuste psicosocial de la familia para: <ul style="list-style-type: none"> • la prevención de problemas potenciales • el tratamiento temprano de disfunciones familiares • la remisión adecuada por problemas serios de interacción (que rebasen el alcance de la atención primaria) 	
Diagnóstico biopsicosocial	Incluye la evaluación del contexto familiar y social, no solo la situación de salud y el desarrollo individual	
Guías y consejos sobre desarrollo	Ofrece consejería para padres e hijos acerca de cómo responder a las situaciones que pueden ocurrir antes de la siguiente consulta	
Indicaciones	Aporta información acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • nutrición • inmunizaciones • higiene • forma en que los padres pueden interactuar con los hijos y estimular el desarrollo psicomotor • pruebas para la pesquisa según el grupo etario Cuando el niño lo requiera, el profesional de salud especificará el nombre del medicamento, la dosis, su frecuencia y formulación y programará la próxima consulta según la edad y el estado de salud	

“La consulta de puericultura: para una niñez y una adolescencia saludables”, un curso de cuatro meses para profesionales de puericultura seleccionados de todas las provincias del país. Al terminar el curso, los graduados actuaron como coordinadores en las provincias, organizaron los grupos provinciales de puericultura y divulgaron lo aprendido. Además, se distribuyó la *Consulta de puericultura*[11] a todos los consultorios del médico y la enfermera de la familia (CMF). Después de haber realizado todo esto, en 2008 se inició la aplicación de la estrategia dentro de la atención primaria de salud de todo el país.

Las consultas de puericultura se realizan en los CMF, que es el nivel de entrada a la atención primaria de salud, y se complementan con las visitas a las casas que posibilitan observar al niño, la familia y la comunidad en su entorno físico, social y cultural. Además, se realiza el seguimiento de todos los niños por los pediatras del área de salud a la que se subordinan los consultorios.

La estrategia también incluye talleres anuales y cursos de posgrado de continuación de estudios donde se proponen los componentes de la nueva estrategia y se desarrolla el material didáctico sobre la atención infantil; todo esto se realiza con el apoyo y la colaboración de UNICEF. El portal de salud de Cuba, Infomed, contiene un sitio que brinda a los profesionales de la salud la información actualizada sobre las normas prácticas para las consultas de puericultura en la atención primaria de salud (<http://www.sld.cu/sitios/puericultura>).

Su evaluación Según W. Edwards Deming, no es posible mejorar lo que no se controla, no se puede controlar lo que no se mide y no se puede medir lo que no se define.[20] Es en ese

espíritu que se desarrolló una guía para la evaluación del cumplimiento de las actividades de la estrategia.[21]

La *Guía para la evaluación de las consultas de puericultura* aplica los principios y las recomendaciones de Donabedian, al emplear sus conceptos de estructura, proceso y resultados, cuyo conjunto es hoy el principal paradigma para evaluar la calidad de los servicios de salud.[22,23] La *Guía* presenta criterios, indicadores y normas para evaluar la calidad de las consultas de puericultura en el CMF, y su análisis a nivel del policlínico. Estas evaluaciones se utilizan entonces de forma comparativa para mostrar las diferencias en el desempeño de los CMF, los policlínicos, los municipios y las distintas provincias del país.

El concepto de la calidad de la atención de salud ha pasado por varias transformaciones, cada una influida por el contexto social y la formación disciplinaria de los expertos que la definieron. Es poco probable que se pueda aplicar un mismo esquema en todos los lugares y para todos los sis-

temas. Donabedian definió la calidad de la atención de salud como la que obtiene los mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente; y los mayores beneficios se definen en términos de lo que es alcanzable de acuerdo con las normas de atención de salud existentes y los valores sociales preponderantes.[24]

Al tomar esto en cuenta, la *Guía* incluye nueve indicadores en un sistema de valoración de 100 puntos para la evaluación y el control de la calidad de la consulta de puericultura en los niveles del CMF y el policlínico. Los indicadores son:

1. Las condiciones materiales en el CMF para el adecuado desempeño de las consultas de puericultura. La *Guía* incluye una lista de sugerencias de recursos. (Indicador de la estructura, 10 puntos)
2. El cumplimiento de la frecuencia de las consultas establecidas desde la etapa prenatal hasta cumplidos los 19 años de edad; si un paciente es mayor de un año en el momento de la evaluación, se revisa la historia clínica solamente con respecto al año anterior. (Indicador del proceso, 20 puntos)
3. La evaluación de la calidad de la consulta sobre la base de la revisión de la información: se evalúan los componentes de la consulta con el último turno médico registrado. En cada CMF evaluado, se escogen cinco historias clínicas a partir de las historias clínicas familiares, una de cada uno de los grupos, o sea, lactantes, transicionales, preescolares, escolares y adolescentes. (Indicador del proceso, 30 puntos)
4. Actividades educacionales en el CMF con respecto a los aspectos principales de las consultas de puericultura. (Indicador del proceso, 5 puntos)
5. Problemas de salud en la población de 0–19 años de edad que abarca el CMF, con las prioridades específicas para cada grupo

Tabla 2: Programación de la consulta de puericultura por grupo de edad*

Grupo etario	Prenatal	Recién nacido	Niños				Transicional	Pre-escolar	Escolar	Adolescente
			1er mes	2do-3er mes	4to-6to mes	7mo-12vo mes				
Historia	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Examen físico										
General		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Evaluación genética				▲						
Tensión arterial								▲ (≥3 años)	▲	
Oftalmología	Examen físico ocular	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Movimiento ocular y paralelismo	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Agudeza visual							▲ (>1 año)	▲	
	Visión binocular							▲ (≥3 años)	▲	
	Visión de los colores							▲ (≥3 años)	▲	
ORL	Examen ORL	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Pesquisa auditiva		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Dermatología	Revisión neonatal de la piel		▲							
	Fototipo de la piel					▲				
	Revisión para cáncer de la piel	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Ortopedia		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		
Salud oral				▲			▲	▲		
Evaluación de crecimiento y desarrollo										
Desarrollo físico	Peso/edad		▲	▲	▲	▲	▲			
	Peso/talla		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	Talla/edad		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
	IMC/edad								▲	
	Circunferencia cefálica	▲	▲	▲	▲	▲	▲			
	Estadio sexual/edad								▲ (≥8 años)	
Desarrollo psicomotor	Hitos	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		
	Señales de alerta		▲			▲	▲	▲	▲	
Desarrollo del lenguaje	Hitos						▲	▲	▲	
	Señales de alerta					▲	▲	▲	▲	
Funcionamiento familiar	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Guías anticipatorias	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Evaluación biopsicosocial	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
Indicaciones		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	

ORL: Otorrinolaringología. IMC: índice de masa corporal.

*El número de consultas anuales varía según el grupo etario

de edades. Por ejemplo, la prevalencia de la lactancia materna en Cuba está actualmente por debajo del valor adecuado y se ha iniciado una estrategia para incrementarla. Por eso, uno de los indicadores escogidos es la proporción de lactantes menores de seis meses con lactancia materna exclusiva y la proporción de niños entre seis meses y dos años que reciben lactancia materna complementada. (Indicador de resultado, 5 puntos)

- La satisfacción de los médicos y las enfermeras de la familia con las condiciones materiales, la capacitación recibida para la consulta de puericultura y las interacciones con los pediatras que brindan consultas. (Indicador de resultado, 5 puntos)
- Los resultados de la evaluación de las actividades de la consulta de puericultura en las reuniones del PAMI realizadas a nivel de policlínico. (Indicador del proceso, 10 puntos)
- La evaluación de la capacitación recibida por los profesionales de la puericultura del policlínico y del CMF. (Indicador del proceso, 10 puntos)
- Control estadístico de la consulta de puericultura en el área de salud de cada policlínico. (Indicador del proceso, 5 puntos)

Los indicadores 1–6 se evalúan a nivel del CMF. Los resultados del área de salud se evalúan al promediar las puntuaciones de

los CMF dentro de cada área; y los municipios y las provincias se evalúan mediante el promedio de las puntuaciones de las áreas de salud de sus policlínicos. Se establecieron las siguientes categorías para la evaluación de las áreas de salud de los policlínicos, municipios y provincias: *excelente* (95–100 puntos); *muy bien* (90–94 puntos); *bien* (80–89 puntos); *regular* (70–79 puntos) y *deficiente* (<70 puntos).

A partir de la capacitación ofrecida en el taller nacional del 2010 el uso de la *Guía* fue obligatorio. Esta se emplea actualmente en toda Cuba, tanto en el control nacional anual que realiza el GNP como en las evaluaciones semestrales de las provincias.

RESULTADOS PRINCIPALES

Desde que comenzó la aplicación de la estrategia se han producido varios avances importantes, aunque naturalmente hay otros factores que también han influido en esto:

- Aumentó el número de consultas de puericultura en niños mayores de un año: desde 0.4 consultas anuales por niño de 1–14 años de edad en el 2004, el año en que se inició la estrategia, hasta 0.7 consultas anuales por niño en el 2012 (y 0.3 por adolescente de 15–19 años de edad).[9]


- La consulta de puericultura ha mejorado con la incorporación de actividades como la revisión de la salud oral, la pesquisa genética para ciertos grupos de edades seleccionados; la pesquisa activa para problemas visuales, de audición y del habla o del lenguaje; y la disponibilidad de directrices específicas de desarrollo según la edad con respuestas para situaciones frecuentes en cada etapa de la vida. Estas se suman a la pesquisa neonatal ya existente para las enfermedades endocrinas congénitas y metabólicas y afecciones tales como la anemia por deficiencia de hierro.
- La prevalencia de la alimentación exclusiva por lactancia materna hasta los seis meses de edad, aunque todavía no está a los niveles deseados, ha aumentado notablemente desde 26% en el 2006, hasta 49% en el 2010.[25]
- Como la mayoría de las actividades de prevención y promoción de salud se realizan en la consulta de puericultura, muchos de sus resultados se reflejan en cambios en la morbilidad y la mortalidad de niños y adolescentes. La prevención de traumatismos no intencionales es un buen ejemplo de esto. Entre los años 2004 y 2012, la tasa de mortalidad por traumatismos no intencionales disminuyó en 27.2% en niños de 1–4 años, en 30.4% en niños de 5–14 años y en 34.1% en los de 0–19 años (los traumatismos no intencionales no fueron una causa importante de muerte en niños menores de un año en el 2004, por lo que estos no se compararon).[9]
- El control sistemático, objetivo y específico de la consulta de puericultura con instrumentos normados ha permitido identificar una tendencia gradual hacia mejores resultados, en los talleres nacionales anuales. También ha permitido identificar los indicadores que necesitan mayor revisión, entre los que se

encuentran la frecuencia de las consultas de niños mayores de un año, mejorar la aplicación de los componentes de las actividades durante las consultas y aumentar las actividades educacionales relacionadas con la puericultura.

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

El principal desafío es alcanzar la excelencia en las consultas de puericultura en todo el país mediante la eliminación de las principales diferencias dentro y entre provincias. La alta prioridad que le concede el MINSAP al PAMI es una ventaja, así como la existencia del GNP, que fija las normas para las actividades de la puericultura en todo el país. Otra fortaleza es la presencia de grupos provinciales análogos que trabajan con el grupo nacional en la supervisión y el control de la puericultura.

Otro desafío es la creación y el uso para la evaluación de una base de datos sustentada en la *Guía*, para poder controlar mejor el desempeño y detectar las tendencias de los indicadores, identificar los que requieren mayor atención y permitir las comparaciones entre provincias. La consolidación a nivel nacional de esta información facilitará la mejora continua de la estrategia actual.

El desarrollo de una estrategia para la atención integral centrada en la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la mejora de la atención y el cuidado a sí mismo, sobre la base de la evaluación sistemática y la mejora de la calidad de la puericultura, ha tenido beneficios medibles para la salud de niños y adolescentes cubanos. Se prevén otros beneficios en la medida en que se continúe avanzando en el alcance de una puericultura de excelencia en toda Cuba. 

REFERENCIAS

1. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2013 [cited 2013 Sep 23]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/documentos/>
2. Cordero D. Reflexiones sobre la pediatría y la puericultura. *Rev Soc Bol Ped.* 2008;47(2):70–1.
3. Rodríguez M. La Puericultura es a la vez Ciencia y Arte. Oviedo (EP): Dirección General de Sanidad (Asturias); 1939.
4. Valdés F. Pediatría y Puericultura. In: De la Torre E, Pelayo EJ, editors. *Pediatría*. Tomo I. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 3–6.
5. Cruz M. Principios básicos de Pediatría. Introducción. In: Cruz M. *Compendio de Pediatría*. Barcelona: ESPAXS. Publicaciones Médicas; 1998:13–17.
6. Ministry of Public Health (CU). Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Havana: Ministry of Public Health (CU); 1988. p. 70–85.
7. Ministry of Public Health Commission (CU). Programa de Desarrollo 2000 Pediatría. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 1987.
8. Ministry of Public Health (CU). Normas de Pediatría. Havana: Cuban Book Institute; 1971.
9. National Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2012. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2013.
10. United Nations Children's Fund. Estado Mundial de la Infancia 2013. New York: United Nations Children's Fund; 2013.
11. Grupo Nacional de Puericultura. Consulta de Puericultura. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011.
12. Hernández E. Homicultura. *Rev Cubana Salud Pú* [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 13];35(3);[about 5 pages]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_3_09/spu10309.html
13. Esquivel M, Arenas R, Rubén M. Evaluación del crecimiento de niños y adolescentes. Multimedia[CD-ROM]. Havana: Medical Sciences University of Havana; 2010.
14. Jiménez S, Pineda S, Sánchez R, Rodríguez A, Domínguez Y. Guías alimentarias para niños cubanos hasta 2 años de edad. Documento Técnico para los Equipos de Salud. Havana: Nutrition and Food Hygiene Institute (CU); 2009.
15. National Commission for Adolescents Comprehensive Health Care (CU). Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2000.
16. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P, editors. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed. Elk Grove Village (US): American Academy of Pediatrics; 2008. 650 p.
17. Grupos de la Infancia y la Adolescencia del PAPPs. Programa de la infancia y la adolescencia. *Aten Primaria*. 2012;44(Suppl 1):81–92.
18. Massachusetts Health Quality Partners. 2012 Pediatric Routine Preventive Care Recommendations [Internet]. Boston: Massachusetts Health Quality Partners; 2012 [cited 2013 Aug 22]. Disponible en: http://www.mhqp.org/guidelines/preventivePDF/MHQP_PreventiveCareGuidelines_Ped_2012.pdf
19. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Formación. Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010.
20. Scherkenbach WW. *The Deming Route to Quality and Productivity*. 11th ed. Washington, D.C.: CEE Press; 1991.
21. Grupo Nacional de Puericultura. Guía para la evaluación de las consultas de Puericultura [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2013 [cited 2013 Oct 5]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/puericultura/>
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 2005 Dec;83(4):691–729.
23. Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. In: Wenzel R, editor. *Assessing quality health care: Perspectives for clinicians*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992. p. 41.
24. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1992. p. 382–404.
25. National Statistics and Medical Records Division (CU). Cuba: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2010/2011, Informe Final. Havana: United Nations Children's Fund; Ministry of Public Health (CU); 2012.

LOS AUTORES

Mercedes Esquivel Lauzurique (autora para correspondencia: mesqui@infomed.sld.cu), médica pediatra con un doctorado en ciencias de la salud. Investigadora titular, departamento de crecimiento humano y desarrollo, Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (UCMH), Cuba.

Política y Práctica

Gisela Álvarez Valdés, médica especialista en pediatría y en medicina familiar y máster en salud infantil integral, coordinadora del GNP. Profesora agregada, Policlínico Docente Julián Grimau, La Habana, Cuba.

María Elena Izquierdo Izquierdo, médica pediatra con un máster en salud infantil integral, miembro del GNP. Profesora agregada, UCMH, La Habana, Cuba.

Daisy Martínez Delgado, médica especialista en pediatría y medicina familiar y máster en salud infantil integral. Profesora auxiliar, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Vilma Tamayo Pérez, médica pediatra con máster en atención infantil integral. Investigadora adjunta, departamento de crecimiento y desarrollo, Facultad de Ciencias Médicas, UCMH, La Habana, Cuba.

Recibido: 22 de abril, 2013

Aprobado: 10 de enero, 2014

Declaración de conflictos de intereses: ninguno

Citación sugerida: Esquivel M, Álvarez G, Izquierdo MA, Martínez D, Tamayo V. La consulta de puericultura: una estrategia integral para los niños y adolescentes cubanos MEDICC Rev. 2014 Jul–Oct;16(3–4) Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=27&id=338&a=vahtml>