

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación está referido al análisis de la atención de salud en la recepción de recién nacidos por parte de médicos generalistas y especialistas en pediatría en una Institución Hospitalaria pública de mediana complejidad del interior provincial, motivado por el desconocimiento de los resultados en la atención brindada por estos profesionales.

Villa Carlos Paz, donde se realiza este estudio, es una ciudad turística de 59.600 habitantes ubicada en el faldeo de las sierras chicas a la vera del lago San Roque (ver anexo) distante a 36 Km. de la ciudad de Córdoba capital de la provincia del mismo nombre en la República Argentina, se trata de una ciudad de las denominadas dormitorio debido a que una parte de su población, si bien reside en ella, trabaja en la ciudad de Córdoba, el resto de sus pobladores tiene actividades relacionadas con el turismo, el comercio afín y los servicios, la mayoría de la población pertenece a la clase media con algunos bolsones de pobreza periféricos y se trata en su mayoría de familias jóvenes migradas de otras regiones del país y jubilados o retirados que eligieron el lugar por sus características naturales.

El sistema de salud de esta ciudad cuenta con efectores del subsistema público conformado por un Hospital de administración Municipal inter-relacionado con 9 centros de atención periféricos y un subsistema privado que cuenta con varios centros de consultorios médicos distribuidos dentro de la ciudad y 4 instituciones sanatoriales policlínicas de menor a mediana complejidad sumando en total aproximadamente 100 camas de internación en la localidad.

El Hospital Municipal “Gumersindo Sayago” de la ciudad de Villa Carlos Paz (ver anexo) es una Institución que cuenta con 42 camas de internación, con mediana complejidad asistencial, donde se ofrece la mayoría de las especialidades médicas, cirugías y emergencias a gran parte de los habitantes de la ciudad y a otros 15.000 correspondientes al área de influencia y cobertura que integran las comunas vecinas, cifras estas que se duplican en época de temporada estival por el turismo. Este Hospital tiene como centros de referencia al Hospital Domingo Funes de Cosquín a 26 Km. y los Hospitales Provinciales y Municipales de la ciudad de Córdoba.

En el período comprendido entre principios y mediados del año 2000 se cambió el sistema de la atención pediátrica en este Hospital, hasta ese momento solo existía consulta externa pediátrica en horario de consultorio (tres horas mañana y tarde) mientras que los recién nacidos en número aproximado de uno a dos por día, eran recibidos y atendidos por los médicos de guardia generalistas llamándose a los especialistas en Pediatría de guardia pasiva a que asistieran si se complicaba la recepción o porque se presentaba la inminencia de un parto con alto riesgo perinatal o bien por una intervención cesárea programada. En ese periodo, se decidió instaurar

progresivamente una guardia activa de 24 hs. con médicos pediatras y a partir de ese momento hasta la actualidad todas las recepciones de recién nacidos son asistidas por especialistas.

Si bien el objetivo de este cambio fue elevar la calidad en la formación del recurso humano profesional, se realizó empíricamente ya que en ningún momento previo se realizó un estudio o evaluación sobre los resultados de la atención que brindaban los generalistas, para conocer si efectivamente existiría alguna diferencia con la atención brindada por los especialistas, siendo que, el sistema de la guardia pasiva que realizaban éstos, se había desempeñado aparentemente sin inconvenientes, durante muchos años, desconociéndose a la fecha si su implementación tuvo el supuesto efecto positivo buscado.

Motiva al autor la selección del presente tema, haber sido quien llevó a cabo los cambios mencionados mientras se desempeñó a cargo de la Dirección Médica de la Institución asumiendo, al haber concluido esas funciones, la evaluación de los mismos.

Se tomó el año 2002 por ser el período intermedio de la gestión que iniciara los cambios y se lo compara con el año 1998 donde también luego de dos años de implementados cambios en la guardia activa de obstetricia, estaba ya en funciones el mismo staff de médicos obstetras a cargo de las parturientas que se desempeñó en el año 2002.

El encuadre de la investigación se basa en la teoría de que la calidad del cuidado prenatal, intraparto y posparto son los únicos mecanismos demostrados para que las madres tengan hijos sanos con la menor incidencia de morbimortalidad y secuelas tanto para uno como para el otro.

ANTECEDENTES

Luego de investigar en las Hemerotecas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba y por medio de Internet en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos se encontraron los siguientes trabajos sobre atención pediátrica, perinatal y en recién nacidos por parte de médicos generalistas y especialistas.

Entre quienes hallan algunas diferencias entre la atención de estos dos grupos de profesionales se encuentra el mismo autor del presente trabajo (10) que en el año 2000 para la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba Argentina, realizó un estudio que comparó resultados en grupos de profesionales generalistas y especialistas en Obstetricia en el mismo Hospital encontrando que los generalistas presentaron peores resultados en morbimortalidad y mayores tiempos de internación que los especialistas aunque un menor número de cesáreas.

Madlon Kay D. (22) en su estudio "Evaluation and management of newborn jaundice by midwest family physicians". compara el manejo de recién nacidos con ictericia por parte de médicos de familia en Minnesota y Wisconsin comparando con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, se tomaron datos de 42

profesionales sobre la atención de 335 recién nacidos de los cuales 30% presentaron ictericia encontrando que solo el 36% de los profesionales siguieron la guía de fototerapia recomendada y en general no siguieron las recomendaciones de seguimiento de los recién nacidos de alta temprana según lo especifican los especialistas recomendando la realización de un estudio a gran escala.

Onady G. (31) en su trabajo “A community collaborative practice experience between Med/Peds and family practice.” en Ohio EEUU realiza un estudio investigando los resultados de la practica clínica de médicos pediatras y médicos generalistas comparando terminología utilizada y protocolos de procedimientos nacionales aplicados sobre un total de 45.000 consultas en un año encontrando que los pediatras atendieron tres veces más que los generalistas a niños menores de 2 años y un 40% más de patologías severas en parte derivadas por los generalistas en la consulta ambulatoria. La costo efectividad y eficiencia durante la internación fueron mejores para los especialistas, la utilización de normas y protocolos fue similar para ambos grupos concluyendo que los pediatras proveen cuidados mejor costo efectivos para pacientes ambulatorios e internados.

En la revista Pediatrics de Enero de 1996 Melzer S. y cols. (25) en su trabajo “Physician experience with pediatric inpatient care in Washington State” realizan un estudio retrospectivo sobre atención pediátrica desde la atención al nacimiento hasta pacientes menores de 8 años por parte de médicos de familia y especialistas en pediatría durante 1989 y 1990 tomando los datos de las fichas de alta hospitalaria en pacientes

con diagnósticos no quirúrgicos en 181.581 casos, identificando que el 61% de ellos fueron asistidos por pediatras y el 28% por médicos de familia siendo en las instituciones rurales 3,3 veces más frecuente la intervención de estos últimos en comparación con los especialistas concluyendo que dada esta característica diferencial con los centros urbanos se requiere mayor apoyo a estos profesionales.

El mismo autor al año siguiente del anterior trabajo publica en el mismo medio (26) “Hospital services for rural children in Washington State” donde analiza nuevamente la atención médica brindada por generalistas y especialistas en 69.690 altas hospitalarias pediátricas de las cuales el 59% fueron de hospitales rurales del estado de Washington siendo responsables de las mismas los médicos generalistas en un 49% y pediatras en un 37% encontrando diferencias en los diagnósticos entre hospitales urbanos y rurales ya que en los primeros se atendieron de dos a tres veces más pacientes oncológicos, con trastornos psiquiátricos o neonatos con complicaciones serias mientras que en los hospitales rurales predominaron los trastornos gastrointestinales, respiratorios y complicaciones neonatales simples, concluyendo en la necesidad de programas regionales y mayor entrenamiento para los generalistas en pediatría.

Sangala V. y col (39) en su estudio “Perinatal mortality rates in isolated general practitioner maternity units.” compara en 1990 los resultados perinatales hallados en un distrito de salud rural de 400.000 habitantes en Inglaterra donde una tercera parte de los nacimientos ocurren en unidades de maternidad de medicina general aislados, mientras que el resto ocurren en centros donde estos médicos generales tienen acceso a la consulta con especialistas encontrando diferencias en las tasas de mortalidad (más altas

en los centros aislados 4.8 vs. 2.8 por mil) atribuyéndose las causas al cuidado antenatal e intraparto recomendando mejoras en el entrenamiento de los médicos generales en estas unidades de atención aisladas.

Onion D. y cols (32) informan en “Specialty bias in obstetric care for high-risk socioeconomic groups in Maine” J Fam Pract. 1988 que desde 1982 a 1984 nacieron en Maine EEUU 46.501 niños de 46.286 partos de los cuales 6.343 pertenecieron a mujeres cubiertas con Medicaid y 6.307 sin ningún seguro de salud, en comparación con los otros nacimientos ocurridos en el mismo estado en esos años este grupo de bajos recursos presentaron mayor cantidad de muertes fetales, fueron derivados a otros hospitales o fueron readmitidos antes de 30 días del nacimiento, con respecto a los profesionales que los atendieron en general en el 22% de los casos fueron médicos de familia o generalistas pero en el grupo en estudio los especialistas solo atendieron al 59% de la población concluyendo con la necesidad de mejora en los planes de salud, de aseguramiento de la misma y contra la mala praxis dentro del Medicaid.

Bertolino J. y cols (1) en su trabajo “Pediatric admissions by family physicians and pediatricians in a semirural environment: implications for residency training” plantean que en los 3 años de duración de la residencia de medicina familiar la curricula determina 4 meses de entrenamiento en pediatría y posteriormente evalúan resultados en 4.169 pacientes pediátricos de un Hospital semirural de los cuales el 37% fue atendido por médicos de familia siendo las enfermedades infecciosas y sus complicaciones las causas más frecuentes de internación sobre todo en recién nacidos, el trabajo concluye revelando que si bien el mix de pacientes fue similar a ambos grupos de profesionales

los pediatras atendieron un mayor número de pacientes recién nacidos con complicaciones reclamando mayor tiempo de capacitación para los generalistas.

Marquardt D. (23) en su trabajo “Improvement in rural neonatal mortality: a case study of medical community intervention” basado en que la literatura obstétrica y perinatal mencionan a los médicos de familia como una solución para mejorar los índices de mortalidad neonatal pero por otra parte la literatura de medicina familiar no muestra ejemplos de como estos profesionales deben conducirse presenta los resultados perinatales de una alejada comunidad rural de Utah en donde la mortalidad entre los años 71-80 fue casi el doble que la del resto del estado y que por iniciativa de los médicos de familia locales lograron que las tasas de mortalidad neonatal presentaran una disminución igual o mayor que en el resto del estado entre los años 81-85 descartándose factores sociales, políticos y económicos en el decrecimiento experimentado.

Entre quienes no encuentran diferencias entre el desempeño de estos grupos de profesionales Cohen D y cols. (5) en su trabajo “Family physicians are an important source of newborn care: the case of the state of Maine” en *Am Fam Physician*. 2003 describen como en el estado de Maine EEUU los médicos de familia brindaron un 30% de las atenciones a recién nacidos asegurados por el Medicaid en hospitales rurales durante el año 2000 y en su otro trabajo (6) “Family physicians make a substantial contribution to maternity care: the case of the state of Maine” describen que el 20% de los partos fueron atendidos por estos mismos médicos generalistas o de familia

reclamando mayor apoyo institucional para entrenamiento y apoyo a estos profesionales.

Por su parte Frank P. y cols (13) se plantean en su trabajo “Adverse perinatal outcomes: is physician specialty a risk factor?” si el hecho de la especialización médica es un factor de riesgo perinatal investigando en tres años sobre un total de 6.856 nacimientos de los cuales el 4.4 % presentaron complicaciones y de los cuales el 10.6% fueron atendidos por médicos generalistas no especialistas, mediante análisis multivariado se investigaron otros factores de riesgo encontrando que el estado de alto riesgo prenatal materno fue el único predictor independiente concluyendo que la presencia o ausencia de especialización médica no constituye un factor de riesgo de resultados perinatales adversos. de modo similar Miranda J. (27) en España y Vause S. (44) en Inglaterra, determinan que los malos resultados en la mortalidad perinatal están asociados a déficit en los controles prenatales sin distinción entre especialistas y generalistas.

También por ejemplo Kriebel S. y otros (20), estudiaron retrospectivamente 1.052 historias con factores de morbilidad maternofetal atendidas por médicos de familia rurales encontrando resultados favorables y concluyendo que brindan un servicio de calidad. Existen autores como Nelson-Piercy (29) en Londres que ponen en duda la necesidad de que especialistas atiendan pacientes de bajo riesgo ya que no encuentran diferencias en comparación a la atención brindada por los generalistas.

Chasca B. y col. (11) en su trabajo “Influence of site of obstetric care and delivery on pregnancy management and outcome.” en Rochester Minnesota compara en una población total de 863 nacimientos atendidos por médicos de familia divididos en tres grupos según su localización y acceso a la tecnología clasificados como rural-rural, rural urbano y urbano-urbano no encontrando diferencias en los resultados perinatales cuando la atención fue brindada por médicos de familia matriculados.

Los registros médicos de nacimientos atendidos por médicos generalistas de familia en el domicilio por elección de las pacientes en el norte de California es comunicado por Mehl L. y col. (24) en su publicación “Outcomes of elective home births: a series of 1,146 cases”. Encontrando que las tasas de morbimortalidad fueron tan bajas como en los promedios del estado, la tasa de mortalidad perinatal fue de 9.5 por mil, sin muertes maternas demostrando según los autores que el parto domiciliario en la población de bajo riesgo es una razonable alternativa al parto hospitalario.

Johnson D. (17) realiza un trabajo comparando desempeño y resultados perinatales de partos atendidos por médicos generalistas y por especialistas agrupándolos según realicen menos de 25 o más recepciones anuales desde Abril de 1997 a Marzo 2000 en Alberta encontrando que de 1.026 médicos de familia el 53% atendieron menos de 25 nacimientos anuales aunque la cifra muestra decrecer cada año de 5 a 9% en este grupo no existiendo diferencias significativas entre los profesionales.

Michael Klein (18) del Centro de Salud Materno-Infantil del Departamento de

Medicina Familiar de Vancouver analiza los resultados de la atención perinatal de médicos de familia y especialistas no encontrando diferencias ya que no se presentaron problemas en las madres ni los recién nacidos. Por otro lado el mismo autor (19) investiga en su trabajo “In for the long haul. Which family physicians plan to continue delivering babies?” si estos médicos de familia canadienses planean continuar brindando atención perinatal en el futuro para lo cual enviaron cuestionarios en Vancouver recibiendo 95 respuestas de los cuales el 45% planean continuar en esa actividad por los próximos 5 años mientras que el resto tiene intención de ir abandonando la práctica asociándose esta decisión con disconformidad por el pago por servicios y conflictos entre las exigencias del cuidado materno-neonatal y su vida privada personal.

Por su parte Poole S. y col. (33) en su artículo “Newborn care in family practice” propone una guía con los requisitos curriculares a cumplir para que el medico de familia cumpla un apropiado rol en el cuidado del recién nacido.

En cuanto a la capacitación requerida para los generalistas Rodney W. (37) de la Universidad de Tennessee informa sobre los resultados de sus programas de entrenamiento del Departamento de Medicina Familiar del estado para médicos generalistas en comunidades rurales que desde 1990 desarrolla un programa de entrenamiento que tiene especial énfasis en la salud materno-infantil con un programa de residencias asociado que atendieron desde 1992 un total de 81.000 prácticas de

emergencia de las cuales 621 fueron atenciones de partos y recién nacidos, concluyendo los autores que el reporte será utilizado para la expansión del Departamento.

También analizando la capacitación de los médicos generalistas para atender recién nacidos, Rabinowitz H. y cols. (34) presentan “Pediatric training in family medicine residency programs” en J Fam Pract. en Octubre de 1980 los resultados de una encuesta para investigar aspectos de la formación pediátrica en los médicos de familia enviando el cuestionario a directores de 236 residencias de medicina familiar que tuvieron egresados desde 1878, recibieron respuesta en el 82% de los encuestados, los promedios de duración del entrenamiento en pediatría en tres años fueron de 9 meses divididos en 4 meses ambulatorio y 5 meses internados en diferentes especialidades. en el 93% aseveran que estos profesionales estarían en condiciones de atender recién nacidos de partos normales, 79% de atender internados pediátricos generales y 99% de consulta pediátrica ambulatoria. Concluyen que si bien existen diferencias entre los diferentes programas debe continuar la evaluación de los mismos.

En el análisis de la problemática de los médicos generalistas en la atención perinatal se encuentra a Mold J y cols (28) en su trabajo “Family physicians increase provision of well-infant care despite decline in prenatal services” en Am Fam Physician. de Enero 2003 analiza que si bien en los últimos pasados 20 años los médicos generalistas y los pediatras se hicieron cargo de la atención de recién nacidos en áreas suburbanas se está notando actualmente que más generalistas se dedican a atención primaria como controles de niños sanos, crecimiento y desarrollo disminuyendo su intervención en recepción y cuidado de recién nacidos ya que ello demanda mayor

dedicación y entrenamiento. Schneider D. (40) en su estudio “Setting priorities for children’s health: viewpoint of family physicians and pediatricians” dependiente del Departamento de Estudios Urbanos y Salud Comunitaria de la Universidad de Brunswick, Nueva Jersey realizó una encuesta a todos los miembros del capítulo de la Academia Americana de Pediatría y a la Academia de Medicina Familiar sobre cuáles eran los principales objetivos en salud pública pediátrica, con el objetivo de investigar si existían diferencias de criterios entre unos y otros, de la evaluación de 500 profesionales hubo coincidencias en requerir acceso universal a la atención primaria y servicios preventivos asegurados por ley además de otros criterios comunes.

Bloomfield L. y col. (2) informan desde Herts localidad situada al sudeste de Inglaterra en su trabajo “A qualitative study exploring junior paediatricians', midwives', GPs' and mothers' experiences and views of the examination of the newborn baby” donde compararon los diferentes puntos de vista de estos grupos en estudio (pediatras, parteras, médicos generales y madres) sobre el propósito y valor del examen del recién nacido mediante interrogatorios semiestructurados interactivos mostrando que la mayor parte consideró que el pediatra y la partera eran los profesionales más capacitados para realizar dicho examen aunque la preferencia recayó sobre estas últimas.

Reid A. y col. (35) en su trabajo “Family physicians in maternity care. Still in the game? Report from the CFPC's Janus Project” analizan la participación anteparto y materno-neonatal intraparto de los médicos generales pertenecientes al Colegio de Médicos de Familia de Canadá de 10 provincias y dos territorios mediante una muestra randomizada mostrando que el 58% de los médicos generales de Canadá están presentes

en alguna actividad de cuidado de salud materno-neonatal de los cuales el 19% realiza atención intraparto mas frecuentemente en áreas suburbanas y el 33% solo se relaciona con cuidado prenatal concluyendo que perdura una alta proporción de médicos generales proveyendo cuidado materno-neonatal en Canadá.

Brown D. (4) investiga mediante cuestionarios que participación tuvieron los médicos generales de Nottingham en 1993 en atención perinatal, de 694 profesionales respondieron 550 de los cuales 437 no habían atendido un nacimiento en el último año , 358 esperaban no tener que realizarlo más, 349 refieren no sentirse competentes para ello, concluyendo que si bien la participación de estos profesionales en la zona es bajo en atención perinatal quienes están comprometidos en este tipo de atención tienden a aumentar.

Un estudio de similar tenor realiza Roberts R. y col. (36) en su trabajo “Why family physicians deliver babies” de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin enviando un cuestionario a 1.300 médicos de familia quienes figuraban en algún programa de educación continua relacionados al embarazo interrogando 1.-Si siempre habían realizado atención perinatal, 2.-Si había comenzado recientemente y 3.- Si no la realizaba o la había abandonado, recibiendo 575 respuestas 421 de las cuales fueron positivas a la primera pregunta, 92 a la segunda y 62 a la tercera. Las motivaciones que expresaron en los cuestionarios aquellos que realizaban atención perinatal fueron relativas a la satisfacción personal y a las necesidades que presentaba la

comunidad donde residían, mientras que los que no la realizaban expresaron que consideraban inaceptable el estilo de vida que imponía dedicarse a la atención perinatal.

Larimore W. y cols. (21) realizan un análisis desde el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Ontario en su trabajo “Family practice maternity care in America: ruminations on reproducing an endangered species--family physicians who deliver babies” realizando una revisión bibliográfica desde 1984 a 1994 en búsqueda de posibles razones por las cuales la mayoría de los médicos de familia no realizan atención perinatal encontrando que la mayoría no está de acuerdo con lo que consideran la “intrusión de tecnología” en el cuidado perinatal y llegando a la conclusión de que en el futuro se dedicarán a la actividad los médicos de familia mejor informados, las enfermeras especializadas en atención perinatal, las obstétricas y los médicos especializados siendo la asociación entre el medico de familia y la obstétrica la que mejores resultados ha obtenido ya que consideran al nacimiento como intrínseco a la práctica de la medicina familiar.

Newman L. (30) del Dpto. de medicina Familiar de la Univ. de Connecticut plantean ciertas limitaciones en el desempeño perinatal de los médicos de familia cuando analizan que el proceso de duelo por la muerte de un neonato se diferencia de otros duelos por fallecimiento de adultos viviéndose en el grupo parental como una tragedia y realza el papel del médico de familia que juega un rol fundamental en la

resolución de este proceso realizando visitas periódicas pero siempre y cuando no haya tenido participación en el control prenatal ni el parto.

Un análisis retrospectivo realiza Freed G. y cols. (14) de la Universidad de Michigan para detectar posibles cambios que se realizaron en las consultas a consultorios médicos de pediatras y médicos de familia a niños desde el nacimiento hasta los 17 años desde 1980 al 2000, tomaron una muestra de 2.524 consultas de un total de 9.151 encontrando que la consulta a pediatras se fue incrementando desde el 56,2% al 64,2% decreciendo la consulta a los médicos de familia progresivamente en los últimos veinte años, los autores concluyen en que desconocen las motivaciones y el impacto futuro pero reconocen el encarecimiento en la atención de salud que ha producido este cambio.

Colwill J. (7) de la Universidad de Columbia realiza una descripción de la evolución de la atención de los médicos generalistas y sus sucesores los médicos de familia responsables de la salud rural durante los últimos cien años hasta que el proceso de especialización medica ingresó con el consiguiente desmedro de los generalistas, para lo cual se crearon las residencias médicas de medicina familiar en los años 70' pero notan que progresivamente más mujeres se gradúan en estas y según manifiestan no tienen predilección por zonas rurales planteando un problema ya que estiman que hasta el año 2020 solo se incrementará un 17% la población de médicos generales en áreas rurales.

Un análisis similar realiza Boulger J. (3) de la Universidad de Minnesota quien refiere que los estudiantes de medicina familiar y especialidades de atención primaria aparentan estar disminuyendo reclamando el esfuerzo de aplicación de programas adecuados de entrenamiento en atención primaria y materno-infantil como el que desarrollan ellos con lo que lograron instalar 200 médicos de familia en los últimos 15 años en poblaciones menores de 20.000 habitantes.

Hueston W. (16) desde Kentucky llama la atención refiriendo las dificultades que están teniendo en obtener médicos generalistas para la atención perinatal en las áreas rurales debido a los costos de seguros de mala praxis, el aislamiento y la presión que soportan estos profesionales resultado de lo cual por ejemplo han notado un incremento del 30% en el número de pacientes que tienen partos en los Hospitales estatales sin controles prenatales. Mostrando también preocupación por el futuro desempeño de los médicos generalistas y de familia, Thurber A. y otro (43) de la Asociación Canadiense de Colegios Médicos y del registro de educación de posgrado del Instituto Canadiense de Salud llaman la atención demostrando una disminución progresiva de estos graduados desde 1987 a 1997 concluyendo que no serán suficientes para proveer la atención primaria que los servicios de salud de Canadá necesitan.

Culberston L (9) director del Centro de estudios de Medicina Familiar y Atención primaria de la Salud de Washington realiza una crítica en el artículo: “Rhetoric, reality and revolution in family practice and primary care”, a los

responsables de la salud familiar del sur de Canadá debido a la ruptura que se está vislumbrando del sistema por disminución de efectores que están presentando en la atención de medicina familiar y atención primaria indicando un perjuicio futuro al servicio de salud.

En la mayoría de los trabajos encontrados sobre el tema es evidente la preocupación, defensa y el estímulo que se realiza para que el médico generalista intervenga en la actividad perinatal sobre todo en áreas suburbanas tanto en EEUU como Canadá, Inglaterra y lugares donde el médico de familia o generalista está evidentemente muy bien conceptualizado técnica y científicamente por sus pares y muy bien aceptados por sus comunidades a pesar de lo cual aparentemente están disminuyendo paulatinamente, como se refleja en algunos artículos de esta revisión desde donde también se reclama persistentemente mayor apoyo y capacitación. En la mayoría de los trabajos estos médicos generalistas se han desempeñado sin inconvenientes, con resultados satisfactorios sobre todo en pacientes de bajo riesgo y con baja o mediana complejidad asistencial, situaciones que se asemejan a las presentes en el lugar donde se realiza este trabajo.

A los fines del presente estudio el autor extrae de los trabajos presentados los conceptos de las variables que se estudiarán proponiéndose a tal fin la comparación de resultados en atención de recién nacidos por parte de médicos generalistas y de especialistas en pediatría en una Institución y en un período determinados, sin intención

de generalizar las observaciones a otros medios, debiéndose interpretar solo como un aporte a quienes deben planificar y administrar recursos humanos en Salud.

A los fines de la organización de este trabajo se plantea luego de esta Introducción la presentación del marco teórico en que se encuadra el mismo con los interrogantes que se plantean, los objetivos de la investigación, el material y métodos utilizados, la población, la identificación de las variables a estudiar, la definición de los términos utilizados, el modelo de investigación, los instrumentos de recolección de datos, los resultados obtenidos, la discusión de los mismos y las conclusiones finales.

MARCO TEÓRICO

Dentro del concepto de calidad de un servicio perinatal además de otros muchos ítems se debe tener en cuenta la formación técnica y científica del profesional que atiende a los pacientes en este caso al binomio madre-hijo y que los resultados de esa atención sean los esperados: Un recién nacido sano, vigoroso con su madre en buena salud.

Obtener estos buenos resultados es mucho más complejo que lo planteado en el presente trabajo debido a que no se ignora que no todo depende de la probable capacidad técnica que tenga o no el profesional que está al frente del paciente en una situación determinada, solo es un elemento más del proceso, ya que como sucede habitualmente en la atención de salud son múltiples los condicionantes sobre los esperados resultados finales de una determinada atención, sobre todo interpretando como se debe a la salud desde el punto de vista sistémico definida por Gonzalez¹ “como un conjunto de elementos interrelacionados y armónicamente conjugados para alcanzar un objetivo predeterminado” o bien si se analiza la misma desde la óptica de la

1.-(15) Sixto Gerardo Gonzales Salud Comunitaria 2000 Pág. 164

epidemiología introduciéndonos en el concepto holístico del campo de salud¹ donde se entiende que en el presente trabajo todo el análisis solo incumbe al sistema organizativo de la atención sanitaria, cuyo principal propósito² es aumentar, restablecer y mantener la salud o limitar la consecuencia de enfermedades siendo todo esto solo un componente más del criterio de salud junto con la biología humana, los estilos de vida y el medio ambiente.

A los fines de hacer notar lo anterior y hasta qué punto es complejo establecer comparaciones entre resultados en el campo de la salud, pero introduciéndonos más en el tema de nuestra investigación mencionamos a Tafani³ donde en el análisis de resultados perinatales hace mención a la intervención de factores que reflejan las tipologías de Países que estableció UNICEF determinando que altos niveles de educación y partos atendidos por personal especializado en un contexto de población con accesos a servicios de salud y agua potable posibilitan menores tasas de mortalidad infantil, alto peso en los recién nacidos y bajos niveles de nutrición insuficiente.

En síntesis, nuestro análisis sin pretender tener un enfoque mecanicista o reduccionista de la realidad se basará en la búsqueda, aplicación y eventual corroboración del 1º principio de administración eficiente de Frederick Taylor mencionado por Brown J.⁴ que especifica que siempre se deben seleccionar los mejores hombres para el trabajo. No se debe perder de vista que en este campo, el personal en

1.-(12) Dever A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud" OPS-OMS 1991 pag. 4-8)

2.-(45) Vega H. y otros "Economía de la Salud" Ed. Pirámide 2000 pg.31

3.-(42) Tafani R. y Otros "Análisis Económico y Métodos Cuantitativos aplicados a la Salud" Ed. Univ. Nac. de Río Cuarto 1º Ed. 2001 pag.97.

4.-(4) Brown J. "La Psicología Social en la Industria" Ed. Fondo de Cultura Económica 8ª reimpresión 1981 pag. 13

general y los profesionales, o mejor el recurso humano en general se integra como un componente más, junto con los tecnológicos y físicos, a los recursos necesarios utilizados en el proceso productivo asistencial y de la oferta sanitaria de una Institución¹.

A los fines de este trabajo, la evaluación de la calidad del desempeño del recurso humano en salud también es una tarea compleja debido a que dichos recursos según Rovere²; “No solo están dentro de la organización sino que constituyen la misma como recortes de estructuras sociales donde la coacción, la cooperación y la competencia forman parte de una dinámica de alta especificidad” y cuando intentamos diferenciar entre especialistas o no, nos introducimos en un campo altamente conflictivo donde según como se realice el análisis se puede frustrar el esfuerzo cooperativo en el trabajo, herir susceptibilidades individuales o corporativas y trastornar la conducción administrativa de una Institución.

Debido a la crónica crisis en el mercado de la salud donde constante e infructuosamente se intenta poner freno a los costos crecientes debidos a la demanda sobre todo a nivel público y donde a pesar de ello, también se reconoce una progresiva retracción en la capacidad de respuesta de este sector³. No se puede descartar un mal interpretado criterio economicista en la selección de los recursos humanos a nivel de

1.- (8) Cuervo J. y otros “Gestión de Hospitales Nuevos Instrumentos y Tendencias” Ed. Vicens Vives 1º Ed. 1994 pg. 263.

2.- (38) Rovere Mario R. “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud”. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96 OPS-OMS 1993 Pág.10.

3.- (41) “Tafari Roberto “Privatización, subcobertura y Reforma Competitiva en Salud” Ed. Univ. Rio IV 1996 pgs.38-45)

estos servicios públicos de salud, pretendiendo conseguir un mejor costo beneficio mediante la utilización de médicos generales para contener la demanda imaginando que representan un menor costo por su trabajo al estar capacitados por su formación en las especialidades básicas, ya que, a la larga y con este criterio se transformarán en meros derivadores burocráticos, de no mediar una estructura sanitaria organizada que los jerarquice científica y económicamente, que los incorpore y capacite como llaves de acceso al sistema de atención de salud.

También resulta un tema conflictivo el análisis de la planificación o no de los recursos humanos en salud que existe en nuestro país ya que los perfiles de formación siguiendo con el mencionado Rovere (38) “ se remiten a los modelos prestadores que operan en conflicto ya que coexisten varios modelos” y donde si bien las Instituciones formadoras pueden soportar y supervivir mientras requieren con urgencia las regulaciones estatales de acuerdo a políticas de desarrollo nacional no sucede lo mismo con la pérdida de legitimidad social que sufren progresivamente sus graduados ante el fracaso en el mercado laboral.

De allí que la especialización haya sido y sea vista como una solución al problema de inserción laboral a pesar de los loables esfuerzos actuales en jerarquizar la figura del médico generalista o de familia que en su forma más pura continúa constituyéndose en un “rara avis” dentro del mercado de salud pero que sin la presencia de los cuales como puerta de ingreso al sistema paradójicamente no tendría ningún sentido el desempeño de los especialistas.

Con respecto a la valoración de esta formación y entrenamiento especializado en el posgrado del médico que ejerce la recepción del recién nacido, de acuerdo a los resultados obtenidos, sin entrar en las situaciones conflictivas expuestas más arriba, es donde se centrará la atención de esta investigación ya que no se encontraron antecedentes de que haya sido evaluada en este caso como sí la han realizado en otras partes del mundo donde advirtieron la necesidad de hacerlo y donde en muchos lugares por recomendación de varios autores se está tendiendo a volver al médico generalista de familia para la atención pediátrica de bajo riesgo.

La atención del recién nacido de parto normal en pacientes consideradas de bajo riesgo es decir embarazos normales en mujeres sanas en general, requiere solamente la formación pediátrica que es impartida habitualmente en la capacitación de médicos generalistas, que puede ser extensiva a la atención del niño con distress, dependiendo de la habilidad o entrenamiento individual de este profesional la capacidad de resolver complicaciones que pudieran presentarse en los primeros minutos de vida como hipoglucemias, convulsiones, aspiración meconial y varias otras causas que incrementan las posibilidades de morbimortalidad fetal.

A los fines de disminuir los riesgos ante estas situaciones de complicación en la mayoría de los servicios médicos generales donde se atienden partos de urgencia tiende a existir conjuntamente, un departamento de médicos especializados en pediatría y/o neonatología que realizan actividad permanente tanto activa como pasiva y que son los encargados de resolver dichas situaciones no previstas mientras que en pacientes que

fueron considerados durante el embarazo o trabajo de parto de alto riesgo, frecuentemente son recibidos por estos especialistas al nacer.

La recepción de un recién nacido por parte de especialistas en Pediatría, por otra parte, debería ser en teoría de mejor calidad que la realizada por médicos generalistas ya que ellos están mejor preparados y entrenados para asumir y resolver las distintas complicaciones que pueden presentarse en la criatura en el curso del parto y nacimiento incluso en aquel considerado normal en sus comienzos y hasta en pacientes también consideradas de bajo riesgo, debido fundamentalmente a la dinámica ininterrumpida de los fenómenos del nacimiento y de adaptación a la vida extrauterina del neonato.

Ante estos razonamientos no debiera dudarse que especialistas atiendan las pacientes de alto riesgo, no tanto quizás en las pacientes de bajo riesgo a la luz de los datos que revela la bibliografía analizada dentro de los antecedentes, que salvo pequeñas diferencias, no existirían cambios en los resultados perinatales con la atención brindada por estos dos grupos de médicos.

El presente trabajo tan solo se propone explorar y describir retrospectivamente la atención pediátrico-neonatal brindada por estos dos grupos de médicos, evaluando y comparando los resultados obtenidos en la misma Institución y en condiciones semejantes en cuanto a servicios de apoyo como enfermería, laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc. y fundamentalmente idéntica capacidad de atención obstétrica ya que se trató del mismo cuerpo de especialistas en ambos períodos estudiados, teniendo el valor de explicar la realidad en ese tiempo y lugar determinado.

PLANTEO DE INTERROGANTES

Ante equipos médicos de distinta formación profesional y realizando el mismo tipo de atención médica, se plantea en este trabajo resolver los interrogantes referidos a la evaluación de los resultados perinatales obtenidos por los médicos generalistas en comparación a los que obtuvieron los especialistas en pediatría, tomando como parámetros de valoración las características de la población materna, la atención dispensada a la madre en el parto, la vitalidad del recién nacido obtenido y la existencia o no de complicaciones, siendo semejantes en ambos grupos de profesionales tanto el medio como los servicios complementarios disponibles y las condiciones laborales, diferenciándose solo en el tiempo histórico en que se desarrollaron.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente trabajo se plantean los siguientes interrogantes:

- 1.- ¿La población que atendieron ambos grupos es comparable?
- 2.- ¿Cuáles fueron los resultados perinatales obtenidos por estos profesionales?
- 3.- ¿La atención brindada por los generalistas en el estudio fue semejante a la realizada por los especialistas?
- 4.- ¿Cuáles han sido las diferencias o coincidencias más importantes?
- 5.- ¿Se justifica según los resultados la presencia y/o continuidad de especialistas en este tipo de atención en la Institución?

OBJETIVOS

Evaluar la atención de recién nacidos prestada por médicos generalistas y por médicos especialistas en pediatría en el Hospital “Gumersindo Sayago” de la ciudad de Villa Carlos Paz, Córdoba durante los años 1998 y 2002.

MATERIAL Y METODOS

POBLACIÓN - MUESTRA

Dadas las características de la población y el tipo de estudio, no se seleccionó una muestra. A los fines del presente trabajo se recurre a fuentes de datos secundarias como son las Historias Clínicas del total de las pacientes atendidas en los períodos estudiados.

Se tomaron los datos del archivo de Historias Clínicas del Hospital “Gumersindo Sayago” de Villa Carlos Paz, de todas las pacientes atendidas obstétricamente en los dos períodos en estudio a saber desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1998 y desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre del año 2002, debido a estar ambos alejados por igual período (2 años) del momento en que hubo algún cambio en el sistema de atención médica perinatal, hecho ocurrido en 1996 para Obstetricia y en el 2000 para Pediatría y además tener en ambos períodos igual infraestructura con iguales servicios complementarios y de enfermería.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

A los fines de identificar las variables se toma como unidad de análisis la atención la atención del recién nacido realizada y se investigan las siguientes:

- 1.-Atención realizada por: a.- Médico Generalista
b.- Médico Especialista
- 2.-Situación materna: a.- Edad materna.
b.- Antecedentes obstétricos
- c.- Emb. actual c1.- Edad gestacional
c2.- Present. fetal c2a.- Cefálica
c2b.- Podálica
c2c.- Transversa
- d.- Parto actual d1.-Vía term. parto d1a.- Vaginal
d1b.- Cesárea
- d2.-T. ingreso-parto d2a.- Hasta 6 hs
d2b.- 7 o más hs.
- e.-Salud Materna e1.- Sano
e2.- Enfermo
- 3.- Situación Recién Nacido: a.-Nacido vivo a1.- Apgar al 1' hasta 6
a2.- Apgar al 1' de 7 o más.
a3.- Apgar a 5' hasta 6
a4.- Apgar a 5' de 7 o más
- b.- Nacido vivo que fallece posteriormente.
c.- Nacido muerto
- d.- Peso del RN d1.- hasta 1499gr
d2.- 1500-2499 gr
d3.- 2500-3499 gr
d4.- 3500-4499gr
d5.- 4500 y más gr
- e.-Salud del RN e1.- Sano
e2.- Enfermo

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A los fines de definir operacionalmente los términos empleados se entiende como:

Medico generalista: los profesionales médicos que se desempeñaban de guardia general atendiendo recién nacidos en el año 1998.

Médico especialista: a los profesionales médicos que con o sin título de especialistas otorgado por la Universidad o por el Consejo de Médicos de la Provincia ejercían la especialidad de hecho y se desempeñaban como pediatras en recepción de recién nacidos durante el año 2002.

Edad materna: la que figura como años cumplidos en la planilla de ingreso al Hospital. Antecedentes obstétricos a la cantidad de embarazos o al número de hijo que corresponderá el embarazo actual no interesando a los fines del presente trabajo si los anteriores fueron o no nacidos vivos.

Edad gestacional: a la que figura calculada en la ficha de ingreso, independientemente de la otorgada por evaluación pediátrica luego del nacimiento.

Presentación fetal: la que se establece en el informe del parto realizado no importando en este estudio si coincide o no con la diagnosticada al ingreso.

Vía de terminación del parto: según consta en la planilla de atención y agrupado en

Vía vaginal: que incluye los denominados parto espontáneo, cefálico, o eutócico, el llamado Podálico cuando se realiza atención o asistencia en presentación pelviana o de nalgas y el parto con Fórceps si el parto se realizó mediante aplicación de los mismos y en segundo lugar **Cesárea:** si el parto o nacimiento fue mediante intervención

quirúrgica abdominal, no interesando a los fines de este trabajo el lugar físico donde se realizó el mismo.

Tiempo desde el ingreso-parto: es el tiempo de internación en cantidad de horas que van desde que se realiza el primer examen al ingresar la paciente a internación en la planilla de control, hasta la hora en que se produce el nacimiento en la sala de parto por vía vaginal, agrupándose en: hasta 6 horas y 7 o más horas, no tomando en cuenta en este estudio el tiempo en trabajo de parto que pudiera haber tenido previo a la internación o si el nacimiento fue por cesárea debido a que ésta podría ser programada o presenta alguna complicación.

Estado de salud materno se considerará: **Sana** si no se menciona en la Historia Clínica la existencia de enfermedades preexistentes o adquiridas y **Enferma** se considerará si se detalla algún padecimiento o complicación de la salud previa a su internación o ocurrida durante la misma. No se tendrán en cuenta a los fines del presente trabajo otros antecedentes maternos ni la calidad o cantidad de controles prenatales ya que son realizados en diferentes lugares.

De los datos del recién nacido se toma: **Si nació vivo**, el Score de Apgar al primer minuto y a los 5 minutos de vida. Este es un puntaje de salud del recién nacido que se utiliza rutinariamente en los servicios de neonatología, que cuenta con un instructivo a la vista en el sector de recepción de recién nacidos en el Hospital y que fuera ideado por Virginia Apgar en 1952 continuando vigente a la fecha y valora signos físicos como:

A).-Auscultación de frecuencia cardiaca: Ausencia 0 puntos, menos de 100 lxmin 1 punto y más de 100 con 2 puntos. B).-Esfuerzo respiratorio ausente 0 punto, Llanto débil o respiración irregular 1 punto y Llanto enérgico 2 puntos; C).- El tono muscular si el RN está flácido 0 puntos, Si existe cierta flexión de las extremidades 1 punto y si

hay buena flexión y movimientos activos 2 puntos. D).- Irritabilidad refleja o respuesta a estímulos: si no hay respuesta 0 puntos, si hay escasa respuesta 1 punto y si hay tos, estornudo o llanto 2 puntos. E).- Colorido de la piel y mucosas: si existe cianosis generalizada 0 punto, con cianosis solo en extremidades 1 punto y con colorido rosado 2 puntos. Este puntaje es una escala de vitalidad del niño de 1 a 10, y se realiza al minuto y a los 5 minutos, se interpreta que al minuto revela el impacto del nacimiento mientras que a los cinco la adaptación posterior, el valor se toma según el que figura en la planilla de recepción del recién nacido agrupándolo en hasta 6 que es sinónimo de regular a mal estado y de 7 o más que se considera como normal, en caso de no constar en la misma, se toma como sinónimo de Apgar de 7 si está asentado que lloró el recién nacido al nacer o que el primer exámen realizado por pediatra fue normal o si no existe detalle de otra condición. **Si nació vivo pero falleció posteriormente (RNF)**, a los fines del trabajo presente se tomará lo asentado durante la internación materna y que conste en la historia Clínica de la misma. **Si la criatura o feto, nació muerta (FM)** se incluye tanto la muerte diagnosticada antes del ingreso, durante el embarazo, como durante el trabajo de parto.

El peso del recién nacido: es el que figura en la planilla de recepción y se los agrupa en : hasta 1.499gr, de 1.500 a 2.499 grs, de 2.500 a 3.499 grs, de 3.500 a 4.499grs y 4.500grs o más.

En estado de salud del recién nacido vivo: se agrupa en Sano o Enfermo según conste tal condición en el alta pediátrica donde se incluyen estados, complicaciones o lesiones congénitas y adquiridas.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo realiza un estudio retrospectivo, con fuente de datos secundaria, haciendo investigación de tipo exploratoria, descriptiva, analítica y eventualmente explicativa.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó un análisis documental de los datos volcados a una matriz de recolección de datos conteniendo las variables en estudio la cual se expone en el anexo.

RESULTADOS

En el Hospital “Gumersindo Sayago” de Villa Carlos Paz se atendieron desde el 1º de Enero de 1998 al 31 de Diciembre de 1998 un total de 417 nacimientos cuyos recién nacidos fueron asistidos por los médicos Generalistas y desde el 1º de Enero de 2002 al 31 de Diciembre de 2002 se atendieron un total de 390 nacimientos, cuyos recién nacidos fueron atendidos por médicos especialistas en pediatría, sumando ambos años un total de 807 nacimientos que se incluyen para su análisis en su totalidad en este trabajo.

Los datos recogidos son presentados en tablas frecuenciales cruzadas. El análisis e interpretación de los datos se efectuaron conforme a los estadísticos posibles de calcular según lo permiten las escalas en que son medidas las variables en estudio.

A tal efecto se realizaron coeficientes de relación Chi cuadrado (χ^2) de Pearson, determinación de valor crítico de chi cuadrado (χ^2_c), tomando como grado de confianza en todas las pruebas el 0.95%, valor de p de Fisher, coeficiente de contingencia C y coeficiente de correlación por rangos de Spearman. Se utilizaron en los análisis estadísticos programas de software Excel de Microsoft y Epidat 3.0 de Xunta de Galicia OPS-OMS.

En el análisis de las edades de la población en estudio, se realizó un agrupamiento atareo en períodos de 5 años y se dividieron según correspondiera a atenciones de especialistas o generalistas. Los promedios o medias de las edades maternas encontradas para el grupo de generalistas fue de 25,98 años, con un modo de 26, mediana 25 y una desviación estándar de 6,61. Para el grupo especialistas el promedio de edad fue de 25,54 años, con un modo de 23 años, mediana 24 y una desviación estándar de 6,42. (Tabla 1 Gráfico 1).

Tabla 1: “Edades maternas de cada grupo en estudio”.

Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

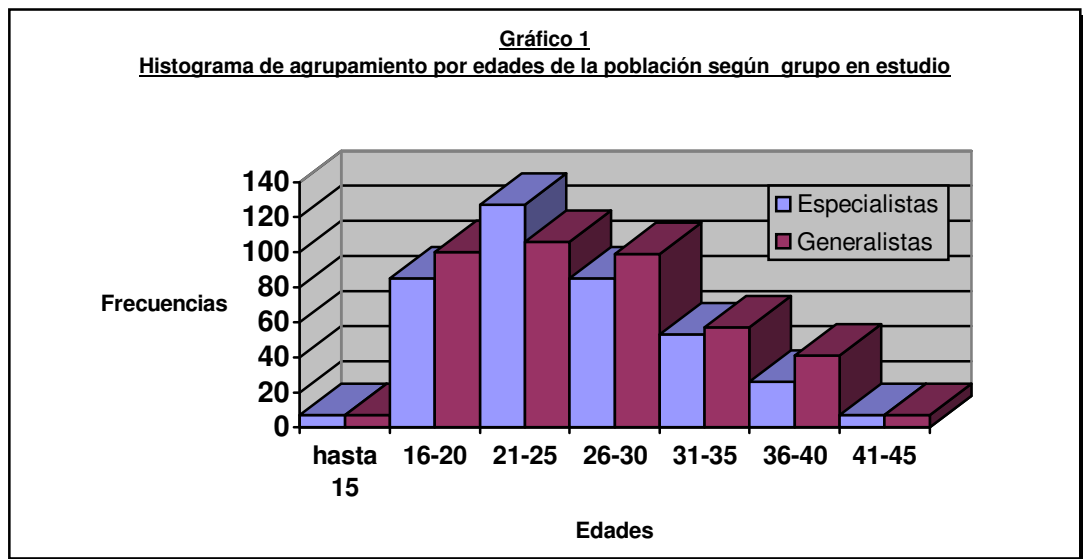
Edad años	F Especialistas	%	F Generalistas	%
Hasta 15	7	1,79	7	1,68
16-20	85	21,79	100	23,98
21-25	127	32,56	106	25,42
26-30	85	21,79	99	23,74
31-35	53	13,59	57	13,67
36-40	26	6,67	41	9,83
41-45	7	1,79	7	1,68
Totales	390	100	417	100

N= 807

Generalistas n= 417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 6,80, el χ^2_c 12,59 para un grado de libertad de 6, el valor de $p = 0,3415$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0913$ y el coeficiente de correlación 0,030 no encontrando asociación ni correlación y mostrando homogeneidad entre los dos grupos etareos analizados.



Posteriormente y siguiendo el ordenamiento previsto en el estudio de variables se tomaron los antecedentes obstétricos de cada grupo de pacientes y se compararon en la Tabla 2, Gráfico 2.

Tabla 2: “Antecedentes obstétricos maternos de cada grupo en estudio”.
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

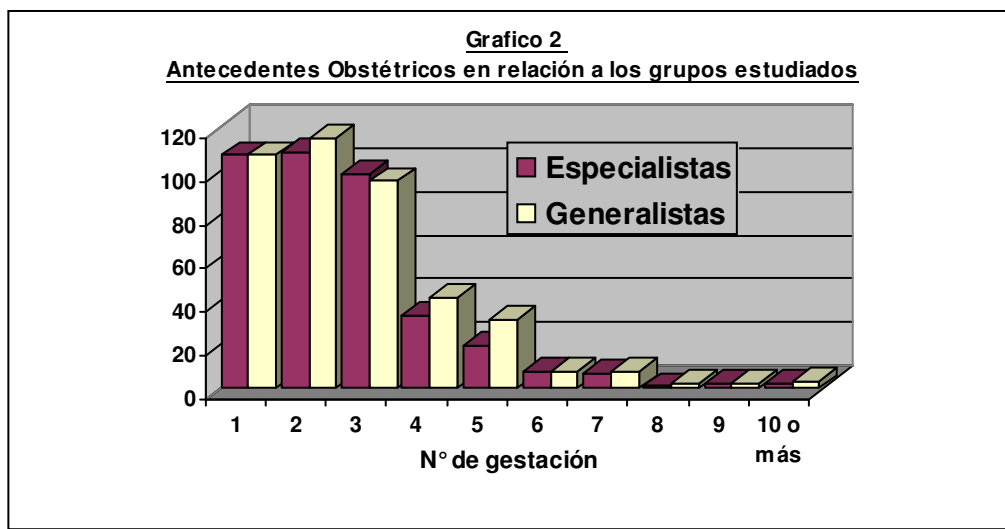
Nº Gestas	f Especialistas	%	f Generalistas	%
1	108	27,69	108	25,90
2	109	27,95	116	27,82
3	99	25,38	96	23,02
4	34	8,72	42	10,07
5	20	5,13	32	7,67
6	8	2,05	8	1,92
7	7	1,79	8	1,92
8	1	0,26	2	0,48
9	2	0,51	2	0,48
10 y más	2	0,51	3	0,72
Totales	390	100	417	100

N= 807

Generalistas n= 417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 3,5759, el χ^2_c 16,92 para un grado de libertad de 9, el valor de $p = 0,9370$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0664$ y el coeficiente de correlación 0,0352 mostrando que los antecedentes obstétricos en relación a los grupos en estudio fueron homogéneos ya que presentaron asociación y correlación nulas.



Con respecto a la presentación fetal se dividieron según definición de términos y se comparan ambos grupos. Tabla 3. Gráfico3

Tabla 3: “Presentación fetal en los grupos estudiados”

Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Presentación	f Especialistas	%	f Generalistas	%
Cefálica	368	94,36	402	96,60
Podálica	19	4,87	14	3,17
Transversa	3	0,77	1	0,23
Totales	390	100	417	100

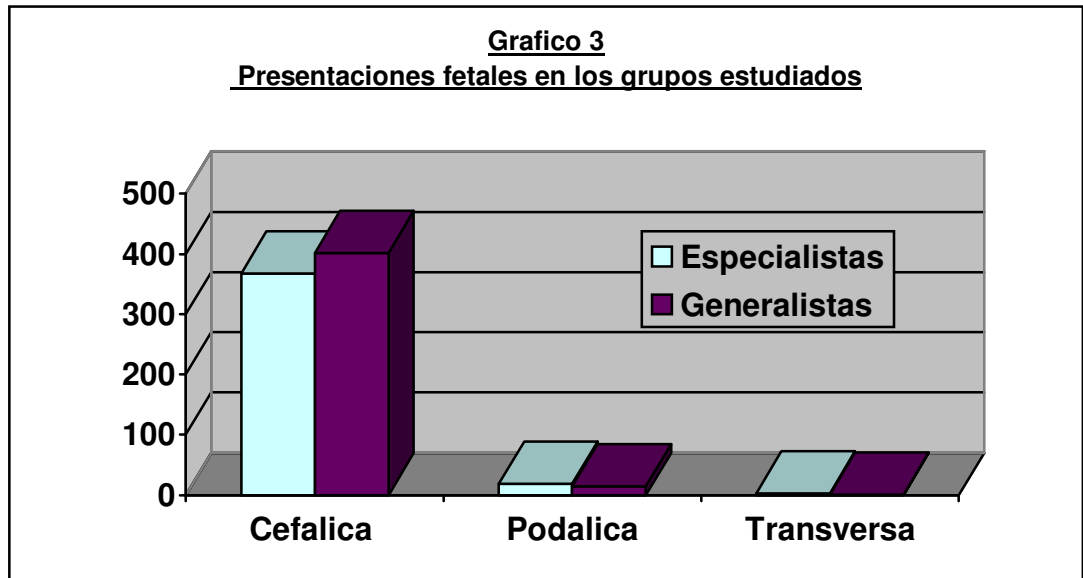
N= 807

Generalistas n= 417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 2,8752, el χ^2_c 5,99 para un grado de libertad de 2, un valor de $p = 0,2375$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0587$ y el coeficiente de

correlación = $-0,0545$, mostrando que las presentaciones fetales en los grupos en estudio fueron similares ya que no presentaron asociación ni correlación.



Con respecto a la vía de terminación del parto de la población total (N = 807), se agrupó a las pacientes que tuvieron partos vaginales (n = 580; 71,87%) y las que tuvieron operación cesárea (n = 227; 28,13%) comparando los dos grupos en estudio.

Tabla 4 Gráfico4.

Tabla4: “Frecuencia de vía de terminación del parto según los grupos en estudio”.

Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

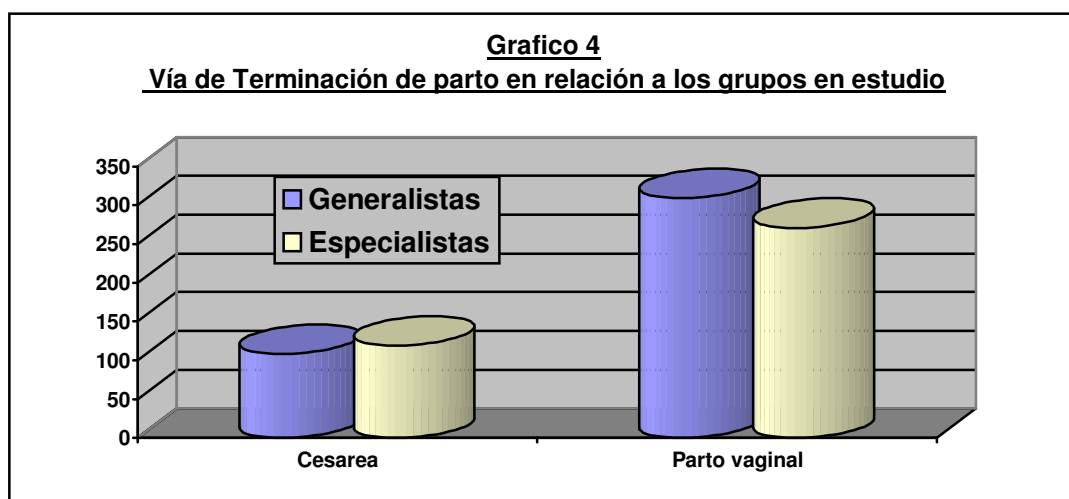
Vía de Terminación	f Especialista	%	f Generalista	%
Parto vaginal	271	69,49	309	74,10
Cesárea	119	30,51	108	25,90
Totales	390	100	417	100

N= 807

Generalistas n= 417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 2,1217, el χ^2_c 3.34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,1452$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0512$ y el coeficiente de correlación $= -0,0513$, mostrando que según la vía de terminación del parto, ambos grupos en estudio fueron estadísticamente homogéneos.



Al total de recién nacidos por partos vaginales ($N = 580$) se les determinó el tiempo que sus madres habían estado internadas en trabajo de parto hasta el momento del nacimiento, agrupándolos con un tiempo de corte de 6 horas y posteriormente se los dividió según los grupos estudiados Tabla 5 Gráfico 5.

Tabla 5: “Tiempo de internación hasta el parto vaginal según grupos en estudio”
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Horas	Especialistas	%	Generalistas	%
Hasta 6 horas	227	83,76	266	86,08
7 o más horas	44	16,24	43	13,92
Totales	271	100	309	100

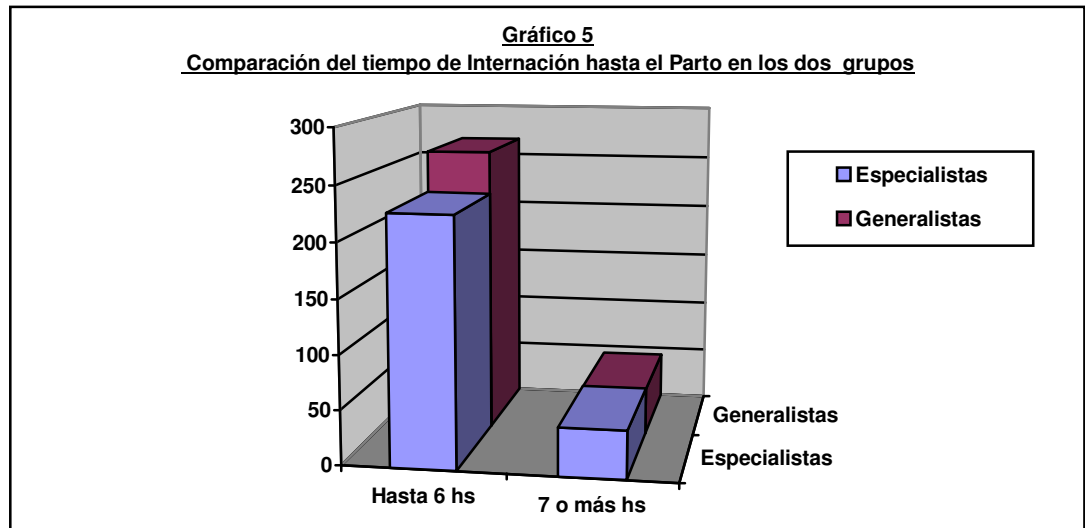
$N = 580$

Generalistas $n = 309$

Especialistas $n = 271$

El valor de Chi cuadrado fue de 0,6096, el χ^2_c 3,34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,2530$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0324$ y el coeficiente de

correlación -0,0324, mostrando que el tiempo de internación materno en relación a los grupos en estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas.



El estado de salud materno de la población en estudio se agrupó en sanas y enfermas relacionando ambos grupos de atención. Tabla 6 Gráfico 6.

Tabla 6: “Estado de salud materno según grupos en estudio”
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Estado materno	f Especialistas	%	f Generalistas	%
Sana	385	98,72	410	98,32
Enferma	5	1,28	7	1,68
Total	390	100	417	100

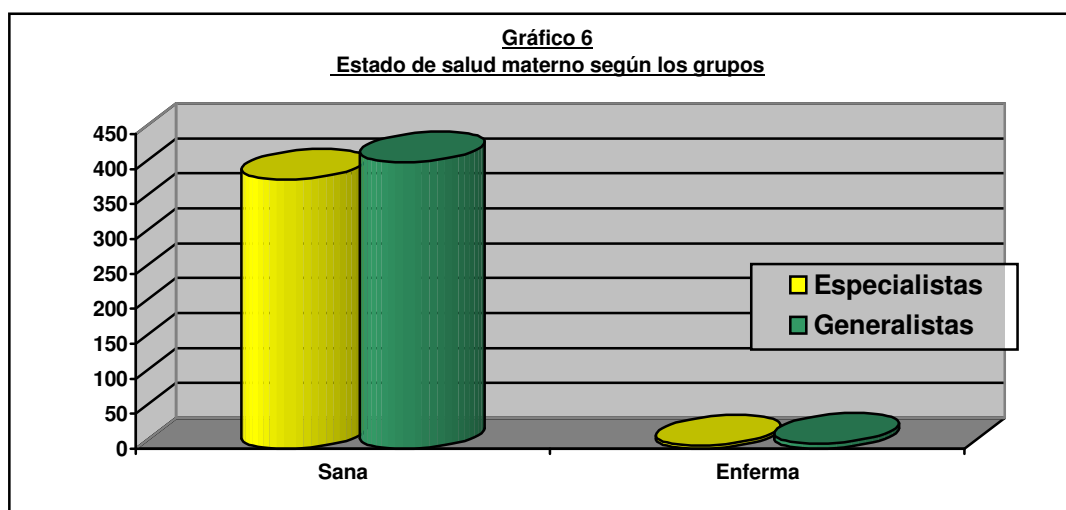
N= 858

Generalistas n= 417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 0,2164, el χ^2_c 3,34 para un grado de libertad de 1, un valor de p = 0,6418, el coeficiente de contingencia C = 0,0164 y el coeficiente de

correlación 0,0164, mostrando que el estado de salud materno en relación a los grupos en estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas.



Del total de nacimientos estudiados (N = 807) hubo 8 (0,99%) Recién Nacidos que fallecieron y que se distribuyen según el momento de ocurrencia de la muerte en relación al momento de nacimiento: Nacidos vivos (n = 800 ; 99,13%) nacidos muertos (n = 7 ; 0,87 %) y Nacidos vivos que posteriormente fallecieron (n=1 ; 0,12%) . En el análisis de la situación de los Recién Nacidos se toma en primer término solo los nacidos vivos dividiéndolos en dos grupos, según el Score de Apgar obtenido al primer minuto de vida tomando como valor de corte el Apgar de 7 o más, relacionándolo posteriormente con los grupos de atención en estudio. Tabla 7 Gráfico 7

Tabla 7: “Apgar de los RN vivos al minuto según los grupos en estudio”.
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

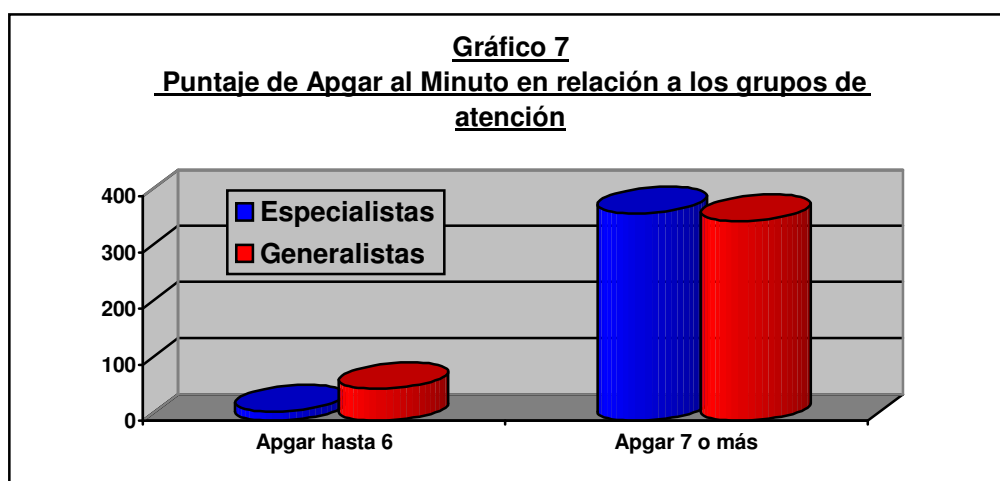
Apgar al 1º min.	f Especialista	%	f Generalista	%
Hasta 6	17	4,39	57	13,80
7 o más	370	95,61	356	86,20
Total	387	100	413	100

N=800

Generalistas n= 413

Especialistas n=387

El valor de Chi cuadrado fue de 21,0688, el χ^2_c 3.34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,000$, el coeficiente de contingencia $C = 0,1602$ y el coeficiente de correlación = $-0,1623$, mostrando que el puntaje de Apgar al minuto en relación a los grupos en estudio tuvieron asociación imperfecta débil y correlación imperfecta inversa mostrando que existieron diferencias entre ambos grupos.



En relación al mismo puntaje de Apgar pero tomado luego a los 5 minutos de vida del recién nacido y comparado como el anterior en ambos grupos. (Tabla 8 Gráfico 8).

Tabla 8: “ Apgar de los RN vivos a los 5 minutos según los grupos en estudio”.
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Apgar	f Especialista	%	f Generalista	%
Hasta 6	2	0,52	13	3,15
7 o más	385	99,48	400	96,85
Total	387	100	413	100

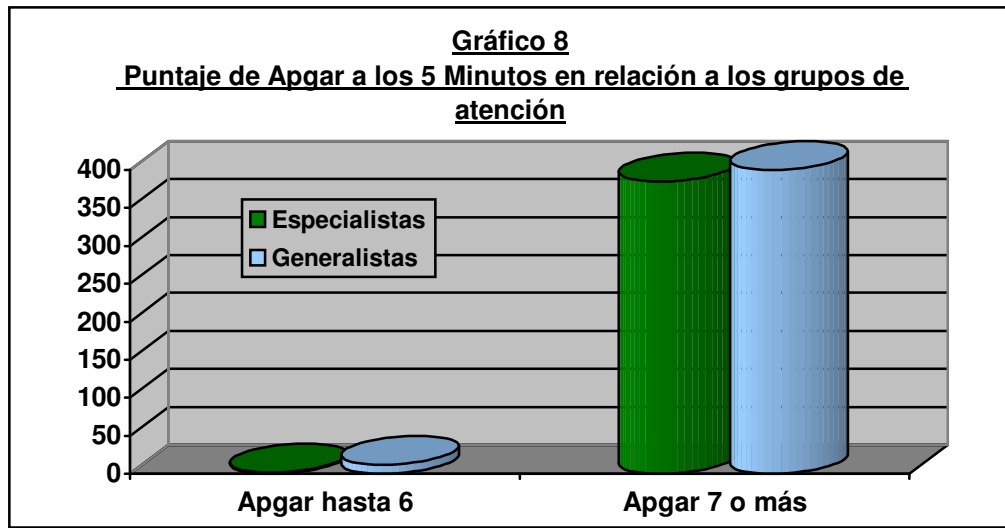
N = 800

Generalistas n = 413

Especialistas n = 387

El valor de Chi cuadrado fue de 7,5162, el χ^2_c 3.84 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,005$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0965$ y el coeficiente de

correlación = -0,0969, mostrando que el puntaje de Apgar a los 5 minutos de vida en relación a los grupos en estudio tuvieron asociación imperfecta débil y correlación imperfecta inversa mostrando que existieron diferencias entre los grupos.



Con respecto a los Recién Nacidos muertos (FM) n =7, sumados a los fallecidos luego de haber nacidos vivos (RNF) n = 1, se comparan con los RN Vivos que se fueron de alta hospitalaria y se dividieron según los grupos de atención en estudio.

Tabla 9 Gráfico 9.

Tabla 9: “Mortalidad feto-neonatal y Recién nacidos vivos de alta en los grupos estudiados”

Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

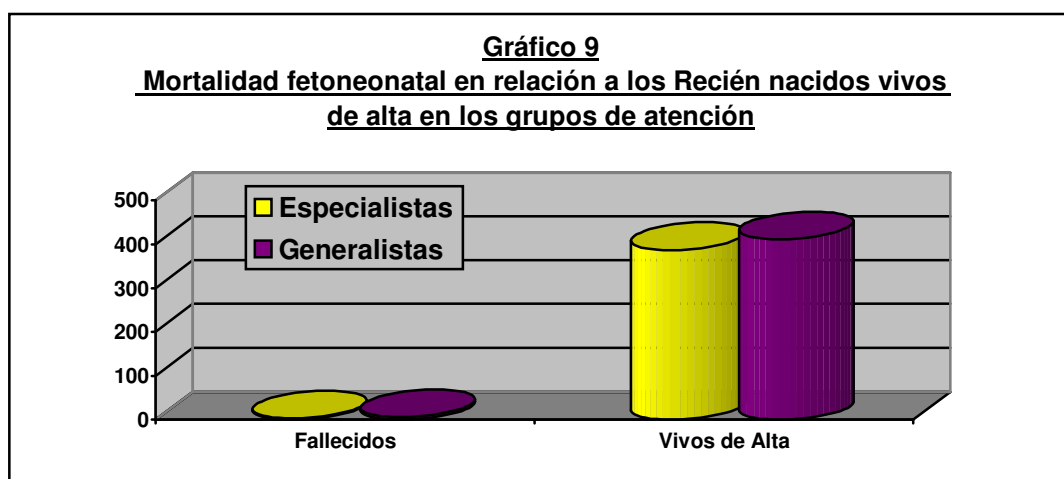
Resultado RN	f Especialista	%	f Generalista	%
Muertos	3	0,77	5	1,20
Vivos de alta	387	99,23	412	98,80
Total	390	100	417	100

N= 807

Generalistas n=417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 0,3793, el χ^2_c 3.34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,3999$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0217$ y el coeficiente de correlación $-0,0217$, mostrando que la mortalidad feto-neonatal en relación a los recién nacidos vivos de alta en los grupos en estudio no presentaron asociación estadística.



Las tasas de mortalidad perinatal (mortalidad fetal y neonatal) de estos grupos fueron para los Generalistas de $11,99 \text{ }^0/_{00}$ y para los especialistas de $7,69 \text{ }^0/_{00}$ con una diferencia de $4,3 \text{ }^0/_{00}$ con los primeros. A los fines de analizar esta diferencia se realiza el análisis de la mortalidad fetoneonatal total $N = 8$ en relación a la participación que presentaron en los grupos en estudio. Tabla 10 Gráfico 10

Tabla 10: “Mortalidad fetoneonatal, participación en los grupos en estudio”
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Muerte fetoneonatal	f Espec.	%	f Gener.	%	Total	%
Recién N muertos	3	37,5	4	50	7	87,5
R N vivos fallecidos	0	0,00	1	12,5	1	12,5
Total	3	37,5	5	62,5	8	100

$N = 8$

Especialistas $n = 3$

Generalistas = 5

El valor de Chi cuadrado fue de 0,6857, el χ^2_c 3.34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,6250$, el coeficiente de contingencia $C = 0,2810$ y el coeficiente de correlación 0,2928, mostrando que la mortalidad feto-neonatal en relación a los recién nacidos vivos de alta en los grupos en estudio no presentaron asociación estadística pero presenta un Odds Ratio de 2,33 en caso del grupo generalista. Con respecto a la mortalidad neonatal, mostró una tasa de 0 ‰ entre los especialistas y una de 2,42 ‰ entre los generalistas.



Se analizan los pesos de los recién nacidos de ambos grupos Tabla 11 Gráfico 11

Tabla 11: “Peso de los Recién nacidos en ambos grupos en estudio”

Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

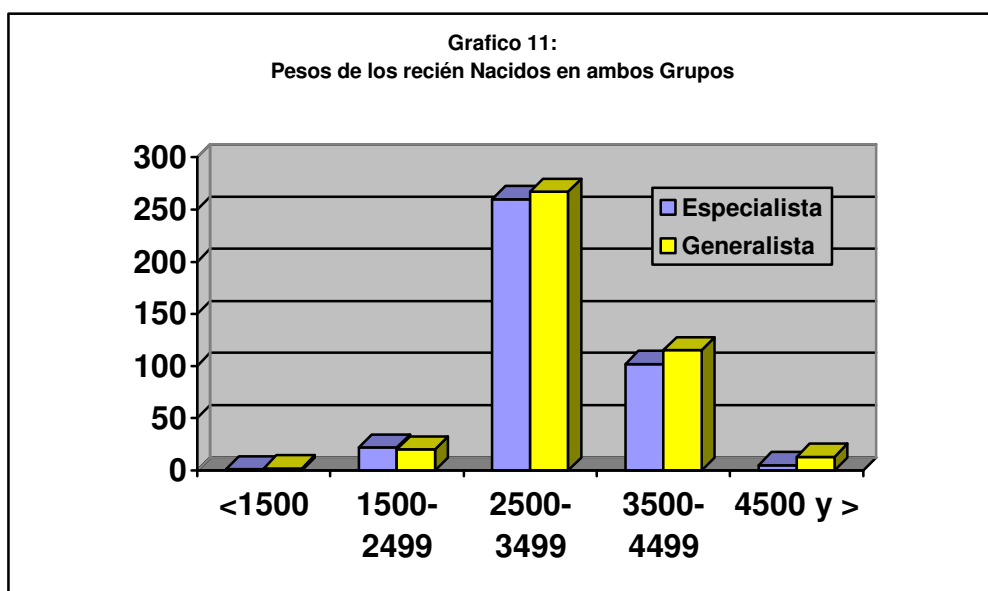
Peso RN en gr	generalista	%	especialista	%
Hasta 1499	2	0,48	1	0,26
1500-2499	20	4,80	22	5,64
2500-3499	267	64,03	260	66,67
3500-4499	115	27,58	102	26,15
4500 y >	13	3,12	5	1,28
Total	417	100	390	100

N= 807

Generalistas n=417

Especialistas n=390

El valor de Chi cuadrado fue de 3,9570, el x^2_c 9,49 para un grado de libertad de 4, un valor de $p = 0,4119$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0699$ y el coeficiente de correlación $-0,0410$, mostrando que los pesos de los recién nacidos de ambos grupos en estudio fueron homogéneos.



Se analiza el estado de salud de los recién nacidos que fueron dados de alta. Tabla 12 Gráfico 12.

Tabla 12: "Estado de los Recién nacido al alta en ambos grupos"
Fuente: Historias Clínicas Hospital "Gumersindo Sayago"

Estado RN	f Generalista	%	f Especialista	%
RN sano	399	97,08	380	98,19
RN Enfermo	12	2,92	7	1,81
Total	411	100	387	100

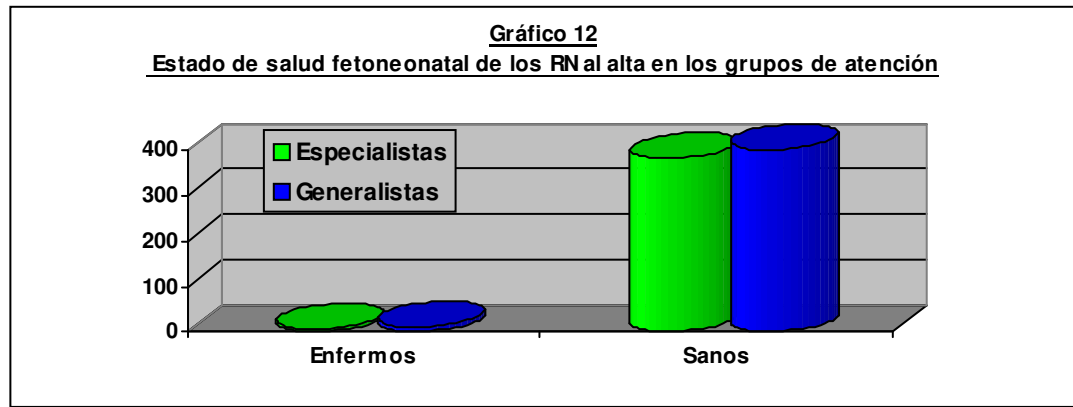
N=798

Generalistas n= 411

Especialistas n=387

El valor de Chi cuadrado fue de 1,0584, el x^2_c 3.34 para un grado de libertad de 1, un valor de $p = 0,2136$, el coeficiente de contingencia $C = 0,0364$ y el coeficiente de

correlación -0,0364, mostrando que el estado de salud en los recién nacidos vivos de alta en los grupos en estudio fueron homogéneos.



Las patologías que presentaron los recién nacidos tabulados como enfermos (N = 19) fueron: Hiperbilirrubinemia 5 casos (26,32%) Hipoxia o sufrimiento fetal 7 casos (36,84%) Síndrome de distress respiratorio o insuficiencia respiratoria 6 casos (31,58%) Isoinmunización Rh, 1 caso (5,26%) que se distribuyeron según los grupos en estudio Tabla 13 Gráfico 13.

Tabla 13: “Distribución de RN enfermos por patología según los grupos en estudio”
Fuente: Historias Clínicas Hospital “Gumersindo Sayago”

Patología RN	f Generalista	%	f Especialista	%
Hiperbilirrubinemia	4	33,33	2	28,57
Hipoxia SFA	4	33,33	3	42,86
Insuf. resp. Distress	4	33,33	2	28,57
Total	12	100	7	100

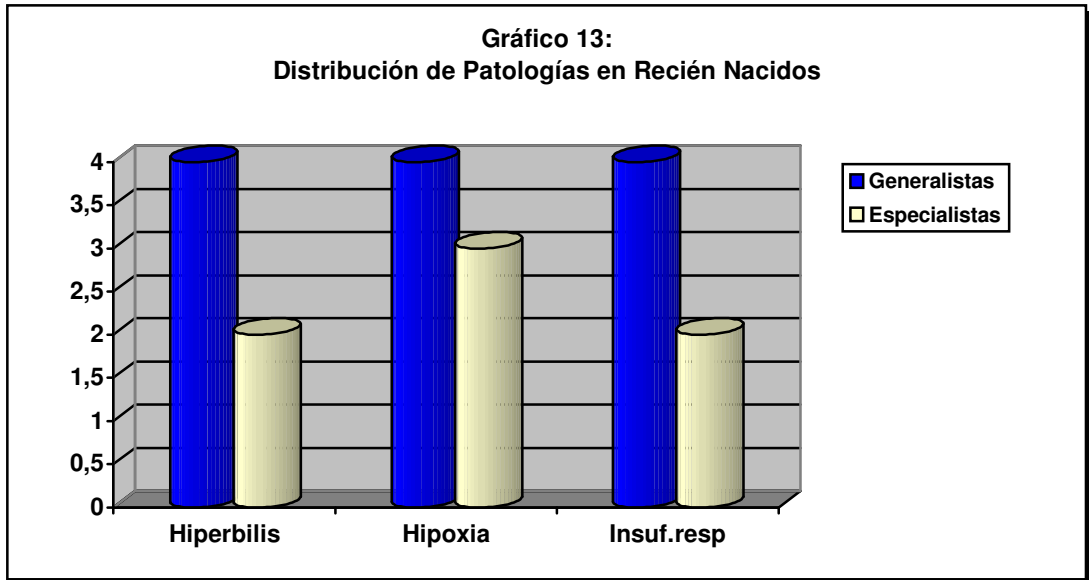
N = 19

Especialistas n =7

Generalistas n= 12

El valor de Chi cuadrado fue de 0,1723, el χ^2_c 5,99 para un grado de libertad de 2, un valor de p = 0,9174, el coeficiente de contingencia C = 0,0948 mostrando que las

patologías en los recién nacidos vivos que se fueron de alta hospitalaria de los grupos en estudio fueron semejantes al no encontrarse asociación ni correlación estadística.



DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados que se analizaron y que han sido presentados se puede determinar :

1.- Que la población total en este estudio se mostró homogénea en características como edades maternas, antecedentes obstétricos maternos, variedades de presentación fetal al momento del parto, vías de terminación del parto, tiempos de internación maternos en trabajo de parto hasta el nacimiento en caso de parto por vía vaginal, estado de salud de las madres durante la internación, el peso de los recién nacidos atendidos, el estado de salud de los recién nacidos que fueron dados de alta y por último las patologías que presentaron los recién nacidos vivos al alta hospitalaria.

En todas esas variables analizadas no se presentaron diferencias ya que fueron nulas la asociación y la correlación entre los datos obtenidos y los grupos estudiados, facilitándose la comparación de los resultados perinatales obtenidos en los grupos estudiados, ya que cualquier eventual diferencia de los mismos no debería atribuirse a ninguna de esas variables. Este tipo de homogeneidad poblacional está presente en unos pocos trabajos analizados (1, 10, 18, 23) mientras que en la mayoría toman muestras y

analizan distintas poblaciones haciendo más dificultosa la tarea de traspolar o comparar los datos y las conclusiones comunicadas.

2.- Que en los resultados de la atención recibida al nacimiento luego de las primeras maniobras de reanimación normales que se le practican a un recién nacido como son el secado y la aspiración de secreciones, valorados mediante el puntaje de Apgar al minuto del nacimiento se observan las primeras diferencias significativas entre los dos grupos encontrando en los Recién Nacidos atendidos por generalistas al primer minuto un 13,80% de puntajes menores de 7 o sea con un pobre pronóstico de vitalidad, mientras que, los especialistas presentaron al minuto un 4,39% de estos puntajes bajos. Aunque esta evaluación al primer minuto pueda estar influenciada por la calidad del control prenatal y fundamentalmente las alternativas individuales que ha sufrido el niño durante el parto, atribuidas al diferente cuidado obstétrico, al realizarlo y analizar dicho puntaje nuevamente a los 5 minutos luego del nacimiento se puede evaluar la recuperación, adecuación y eficacia de las primeras maniobras en la recepción y nuevamente en este caso se encontró asociación y correlación entre los resultados y el tipo de atención recibida mostrando en los niños atendidos por generalistas un Apgar menor de 7 a los 5 minutos en el 3,15% de los casos, mientras en los especialistas estuvo presente en el 0,52% de los mismos. Estos resultados son coincidentes con los autores que encuentran diferencias entre la atención de estos grupos de profesionales en desmedro de los generalistas (10, 22, 31, 39).

3.- Con respecto a la mortalidad neonatal mostró una tasa de 0 ‰ entre los especialistas y una de 2,42 ‰ entre los generalistas y con la mortalidad perinatal (fetos

mueritos antes de nacer sumados a los fallecidos con posterioridad al nacimiento) las cifras encontradas no demostraron asociación ni correlación entre los resultados y los grupos en estudio. No obstante lo cual y teniendo en cuenta la importancia de los datos encontrados en esta variable se menciona que esta tasa de mortalidad perinatal fue del 11,99⁰/₀₀ mientras que de los especialistas fue de 7,69⁰/₀₀ con una diferencia a favor de los estos últimos del 4,3⁰/₀₀. Estos datos presentados dan un Odds Ratio de 2.33 en desmedro de los generalistas. Tomando el total de recién nacidos fallecidos (N = 8) divididos según los grupos en estudio se encontró que el grupo de generalistas participó en el 62,5% (5 casos) mientras que los especialistas con el 37,5% (3 casos) y nuevamente estos datos aunque sin el respaldo de la significación estadística coinciden con la bibliografía que encuentra diferencias a favor de los especialistas en los resultados de salud (10, 22, 31, 39) y contradicen a los autores que refieren no encontrar diferencias entre ellos (5, 6, 11, 13, 17, 18, 20, 24, 27, 29, 44).

CONCLUSIONES

Al comienzo del trabajo se decía que la valoración de un servicio de salud debía tener en cuenta la formación técnica y científica del profesional que atiende al paciente y que fundamentalmente los resultados de la misma debían ser los esperados que en el caso de la atención pediátrico-neonatal que se está evaluando significaba obtener un recién nacido vivo y vigoroso en buen estado de salud, ambos criterios permitieron ser

mensurables a través de indicadores como el puntaje de Apgar y la Tasa de Mortalidad Perinatal.

Se considera que se han cumplido los objetivos planteados al haber podido realizar la evaluación de la atención de recién nacidos prestada por médicos generalistas y por médicos especialistas en pediatría en el Hospital “Gumersindo Sayago” de la ciudad de Villa Carlos Paz, Córdoba durante los años 1998 y 2002.

Se considera además que este trabajo ha respondido a los interrogantes planteados por cuanto:

1.- Se ha demostrado que las poblaciones analizadas fueron homogéneas y comparables en cuanto a variables como edades maternas, antecedentes obstétricos maternos, variedades de presentación fetal, vías de terminación del parto, tiempos de internación hasta el nacimiento, estado de salud materno, el peso, el estado de salud y las patologías que presentaron los recién nacidos vivos al alta hospitalaria.

2.- Los resultados perinatales obtenidos por estos dos grupos de profesionales y que fueron presentados han sido reveladores de coincidencias en muchas variables analizadas pero fundamentalmente el resultado perinatal en el estado de salud y de las patologías que presentaron los niños que fueron dados de alta, aunque con diferencias en su vitalidad y mortalidad al nacimiento.

3.- La atención brindada por estos grupos de profesionales no fueron semejantes de acuerdo a los resultados obtenidos y fundamentalmente notorio por las diferencias estadísticas con asociación y correlación entre la vitalidad del recién nacido y el tipo de profesional que lo asistió al minuto de nacido y sobre todo a los 5 minutos en perjuicio del grupo de los recién nacidos atendidos por los médicos generalistas.

Se debe destacar que aunque no se encontró asociación y correlación estadística en el análisis de la mortalidad perinatal correspondiente a ambos grupos existió de hecho una diferencia de $4,3^{0}/_{00}$ entre ambas tasas de mortalidad en beneficio de los recién nacidos atendidos por especialistas ($11,99^{0}/_{00}$ vs. $7,69^{0}/_{00}$) participando en la mortalidad fetoneonatal total un 62,5% y un 37,5% respectivamente representando en este estudio un Odds Ratio de 2.33 veces más de probabilidades de pertenecer al grupo de fetos muertos antes o después de nacer al ser parte del grupo de recién nacidos atendidos por generalistas.

4.- Según lo expuesto las diferencias más importantes en la atención brindada por estos dos grupos de profesionales fueron los mejores resultados perinatales obtenidos por los médicos especialistas mientras que las coincidencias se evidenciaron en la homogeneidad de los grupos estudiados.

5.- Los favorables datos observados en el desempeño de médicos especialistas en pediatría en comparación con sus colegas generalistas en la atención y recepción de los recién nacidos en el tiempo estudiado, justifican los cambios realizados en la selección y elección de los recursos humanos para la función desempeñada en dicha

recepción de recién nacidos y si bien se recomienda continuar con evaluaciones permanentes de este desempeño, los resultados presentados avalan su desempeño actual y futuro en el Hospital Municipal “Dr. Gumersindo Sayago” de Villa Carlos Paz donde fué realizado el estudio.

Estos resultados y evidencias estadísticas permiten recomendar y comprometer en ello a las autoridades Municipales actuales y futuras que sea mantenido y mejorado este sistema de atención implementado a partir del año 2000 para beneficio de la Salud Pública perinatal en la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Bertolino J.G. y otros “Pediatric admissions by family physicians and pediatricians in a semirural environment: implications for residency training”. *J Am Board Fam Pract.* 1999 Mar-Apr;12(2):128-32.
- 2.-Bloomfield L. y otro “A qualitative study exploring junior paediatricians', midwives', GPs' and mothers' experiences and views of the examination of the newborn baby”. *Midwifery.* 2003 Mar;19(1):37-45.
- 3.-Boulger J.G. “Family medicine education and rural health: a response to present and future needs”. *J Rural Health.* 1991 Spring;7(2):105-15.
- 4.-Brown D.J. “Opinions of general practitioners in Nottinghamshire about provision of intrapartum care”. *BMJ.* 1994 Sep 24;309(6957):777-9.
- 4.-Brown J. “La Psicología Social en la Industria” Ed. Fondo de Cultura Económica (° Ed. Reimpresión pgs.13.
- 5.-Cohen D. y otros “Family physicians are an important source of newborn care: the case of the state of Maine” *Am Fam Physician.* 2003 Aug 15;68(4):593.
- 6.-Cohen D. y otros “Family physicians make a substantial contribution to maternity care: the case of the state of Maine”. *Am Fam Physician.* 2003 Aug 1;68(3):405.
- 7.-Colwill J.M. y otros “The future supply of family physicians: implications for rural America”. : *Health Aff (Millwood).* 2003 Jan-Feb;22(1):190-8.
- 8.-Cuervo J. y otros “Gestión de Hospitales Nuevos Instrumentos y Tendencias” Ed. Vicens Vives 1º Ed. 1994 pg. 263.
- 9.-Culberston L.A. “Rhetoric, reality and revolution in family practice and primary care”. *Healthc Pap.* 1999;1(1):66-72.
- 10.-Chandoha H. “Evaluación de la Atención Obstétrica por Médicos Generalistas y Especialistas en Obstetricia en el Hospital Gumersindo Sayago Carlos Paz Córdoba en 1995 y 1998” Tesis de Diplomado de Salud Pública Escuela de Salud Pública FCM Universidad Nacional de Córdoba 2000.

- 11.-Chaska B.W. y otros "Influence of site of obstetric care and delivery on pregnancy management and outcome". J Am Board Fam Pract. 1988 Jul-Sep;1(3):152-63.
- 12.-Dever A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud" OPS-OMS 1991 pgs.4-8.
- 13.-Franks P. y otro "Adverse perinatal outcomes: is physician specialty a risk factor?" J Fam Pract. 1987 Feb;24(2):152-6.
- 14.-Freed G.L. "Which physicians are providing health care to America's children? Trends and changes during the past 20 years". Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Jan;158(1):22-6.
- 15.-Gonzalez S.G. "Salud Comunitaria" Ed 2000 Pg164
- 16.-Hueston W.J. "Impact of a family physician-staffed maternity center on obstetric services in a rural region". J Fam Pract. 1991 Jan;32(1):76-80.
- 17.-Johnson D. y otro "Low-volume obstetrics. Characteristics of family physicians' practices in Alberta". Can Fam Physician. 2002 Jul;48:1208-15.
- 18.-Klein M.C. y otros "Does delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcome?" CMAJ. 2002 May 14;166(10):1257-63.
- 19.-Klein M.C. y otros "In for the long haul. Which family physicians plan to continue delivering babies?". Can Fam Physician. 2002 Jul;48:1216-22.
- 20.-Kriebel S. y otros "Obstetrics outcomes in a rural family practice: an eight year experience" J Fam Pract 1988 Oct;27(4):377-84.
- 21.-Larimore W.L. y otro "Family practice maternity care in America: ruminations on reproducing an endangered species--family physicians who deliver babies". J Am Board Fam Pract. 1994 Nov-Dec;7(6):478-88.
- 22.-Madlon-Kay D.J. "Evaluation and management of newborn jaundice by midwest family physicians" J Fam Pract. 1998 Dec;47(6):461-4.
- 23.-Marquardt D.N. "Improvement in rural neonatal mortality: a case study of medical community intervention" Fam Med. 1990 Jul-Aug;22(4):269-74.
- 24.-Mehl L.E. y otros "Outcomes of elective home births: a series of 1,146 cases" J Reprod Med. 1977 Nov;19(5):281-90.
- 25.-Melzer S.M. y otros "Physician experience with pediatric inpatient care in Washington State". Pediatrics. 1996 Jan;97(1):65-70.

- 26.-Melzer S.M. y otros "Hospital services for rural children in Washington State". *Pediatrics*. 1997 Feb;99(2):196-203.
- 27.-Miranda J. y otros "Influence of obstetric and perinatal care on perinatal mortality". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996 Aug;67(2):103-7.
- 28.-Mold J.W. y otros "Family physicians increase provision of well-infant care despite decline in prenatal services". *Am Fam Physician*. 2003 Jan 1;67(1):17.
- 29.-Nelson-Piercy C. y otros "Obstetric physicians: are they needed? The workload of a medical complications in pregnancy clinic". *J R Coll Physicians Lond* 1996 Mar-Apr;30(2):150-4.
- 30.-Newman L.R. y otro "The family physician's role following a neonatal death". *J Fam Pract*. 1989 Nov;29(5):521-5.
- 31.-Onady G.M. "A community collaborative practice experience between Med/Peds and family practice". *Am J Med*. 1997 May;102(5):441-8.
- 32.-Onion D.K. y otros "Specialty bias in obstetric care for high-risk socioeconomic groups in Maine". *J Fam Pract*. 1988 Oct;27(4):423-7.
- 33.-Poole S.R. y otros "Newborn care in family practice". *J Fam Pract*. 1983 May;16(5):947-53.
- 34.-Rabinowitz H.K. y otros "Pediatric training in family medicine residency programs". *J Fam Pract*. 1980 Oct;11(4):575-9.
- 35.-Reid A.J. y otros "Family physicians in maternity care. Still in the game? Report from the CFPC's Janus Project". *Can Fam Physician*. 2000 Mar;46:601-6, 609-11.
- 36.-Roberts R.G. y otros "Why family physicians deliver babies". *J Fam Pract*. 1998 Jan;46(1):34-40.
- 37.-Rodney W.M. y otros "Enhancing the family medicine curriculum in deliveries and emergency medicine as a way of developing a rural teaching site". *Fam Med*. 1998 Nov-Dec;30(10):712-9.
- 38.-Rovere M. "Planificación Estratégica de Recursos Humanos" Serie Desarrollo de Recursos Humanos OPS-OMS N° 96 pg 10-35
- 39.-Sangala V. y otros "Perinatal mortality rates in isolated general practitioner maternity units". *BMJ*. 1990 Sep 1;301(6749):418-20.
- 40.-Schneider D. "Setting priorities for children's health: viewpoints of family physicians and pediatricians". *J Am Board Fam Pract*. 1994 Sep-Oct;7(5):387-94.

- 41.-Tafari R. "Privatización Subcobertura y Reforma Competitiva en Salud" Ed. UNRC 1996 pgs. 38-45.
- 42.-Tafari R. y otros "Análisis Económico y Métodos Cuantitativos aplicados a la Salud" Ed. UNRC 2001 pg.97
- 43.-Thurber A.D. y otro "Decreasing supply of family physicians and general practitioners. Serious implications for the future". Can Fam Physician. 1999 Sep;45:2084-9.
- 44.-Vause S. y otros "Indicators of quality of antenatal care: a pilot study" Br J Obstet Gynaecol 1999 Mar;106(3):197-205.
- 45.-Vega H. y otros "Economía de la Salud" Ed. Pirámide 2000 pg.31

ANEXO

CIUDAD DE VILLA CARLOS PAZ



IMAGEN SATELITAL

IMÁGENES DEL HOSPITAL “G. SAYAGO”



