

MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DE LA CONSULTA EXTERNA ATENDIDA POR MEDICO GENERALISTA EN CENTROS SANITARIOS PERIFERICOS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 4, 1997/ 49-57

*Héctor J. Navas**
*Adriana Moiso***
*Rubén Argemí****

SUMMARY

The proportional development of the General and the Specialized Practitioners is studied in this paper. Besides, the very weak association between this proportionality and the morbidity to be resolved at the first level of the Health Care System (80 to 93%) is considered.

The goal of the first part of the research was to establish the amount and the peculiar qualities of the medical visits performed by the General Practitioners at the Primary Health Care centers placed outside La Plata city (Argentina).

The variables studied were the opportunities and the causes of the medical visits, codified by the International Classification of Illness (I.C.I., O.M.S., 1979).

The most important amount of visits were due to morbidity. The prevailing demand was related to life conditions associated morbidity. The respiratory tract infections predominated, followed by the gastrointestinal ones.

On the other hand, the preventive medical visits were principally done by mothers and children. Only a few preventive visits belonged to the group of the examinations performed by adult persons without perceived morbidity.

The concentration of the visits resulted very reduced because of the incompetence of the actual Health Care System to retain the patients within the first level. A higher concentration was observed in the group of the preventive visits, which represented the 20% of the total demand.

Female predominance of total demand was remarkable. Anyway, obstetric motives should be considered in order to establish the real extent of this predominance.

RESUMEN

Se aborda la problemática de la relación entre médicos generalistas y especialistas y su disociación con las frecuencias de las patologías susceptibles de ser resueltas en el Primer Nivel de atención (80 a 93,5%).

* Profesor Adjunto. Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.

** Profesor Adjunto. Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.

*** Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.

Agradecimientos: los autores desean hacer explícito su reconocimiento a los médicos generalistas que colaboraron con la realización del estudio, Dr. Miguel Rossini, Dr. Sebastián Francisca, Dr. Héctor Barba, Dra. Mercedes Izurrieta, Dr. Fernando Corsiglia, Dra. Julia Gatica, Dr. Alejandro Zeballos, Dr. Alejandro Bagatto.

El objetivo formulado para esta primera etapa del estudio consiste en establecer la magnitud y las características de la consulta atendida por médico generalista a nivel de centros de salud situados en la periferia de la ciudad de La Plata (Argentina).

El volumen más importante de consultas se ubicó dentro de las causadas por morbilidad. La demanda predominante responde a patologías propias de las condiciones de vida, con amplio predominio de infecciones respiratorias, seguidas por las gastrointestinales.

Por otro lado, los controles se hallan predominantemente referidos al binomio materno-infantil, observándose una reducida carga de "exámenes de salud" propios del adulto.

La concentración de consultas resulta sumamente reducida como consecuencia del modelo prestacional vigente, el que carece de capacidad de retención. Los controles representan algo más del 20% de la demanda, con una concentración un poco más alta.

El predominio de la demanda femenina es notorio, pero deben ser contempladas las causas obstétricas a fin de establecer el alcance genuino de esta preponderancia.

1. INTRODUCCION

Históricamente la formación de personal médico generalista y especialista se ha manifestado de manera pendular, en cuanto a sus proporciones numéricas.

La especialización como consecuencia de la investigación científica y el desarrollo tecnológico de postguerra determinó una disminución acentuada tanto del número como de la calidad y prestigio social de los médicos con formación generalista (1) (2) (4).

Durante dicho proceso se ha formado personal especialista y subespecialista destinado a la atención del 15-20% de los problemas de salud que requieren respuestas propias del segundo y del tercer nivel de atención. Parece apropiado disponer de personal médico calificado en cantidad suficiente para resolver el 80 a 85% restante de las necesidades, que **pueden y deben ser resueltas en el primer nivel de atención**. Por otra parte, tal grado de resolución necesita ser apoyado por un sistema con diseño de red que aporte componentes de diagnóstico y tratamiento de carácter interdisciplinario y localizados en estaciones del segundo nivel de atención y aún del tercero (5) (6) (7) (8).

Ello no implica preconizar una relación 80/20 entre Generalistas y Especialistas más Subespecialistas. En una primera aproximación (que considera la función de apoyo de las especialidades Básicas y Críticas), ha de procurarse que por lo menos el 50% del Personal Médico **resulte formado y ejerza la Medicina General**, distribuyéndose el 50% restante entre la amplia gama de especialidades y subespecialidades. Una meta provisoria, considerando las pautas sociales vigentes, en cuanto a las expectativas de atención a los niños, sería la de integrar el 50% del personal del primer nivel de atención con un 25% de médicos

generalistas (o de familia), un 12,5% de clínicos generales y otro 12,5% de pediatras generales (9).

La **capacidad resolutive y de contención en el primer nivel** puede llegar a ser muy elevada y alcanzar hasta un 93,5% según la experiencia personal de Fry (10) (11) en las condiciones previamente señaladas (red de apoyo en el primer nivel de atención). En cualquier caso, no resulta inferior al 80%.

El presente estudio se propone analizar el desempeño a nivel de Centros Periféricos Ambulatorios, de médicos egresados de la Residencia de Medicina General implementada por la U.N.L.P. y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (Argentina).

Los objetivos del mismo son:

- 1) Establecer la magnitud y las características de la consulta atendida por médico generalista.
- 2) Estudiar el modo de resolución de dicha consulta, en relación con la red de apoyo.
- 3) Establecer la magnitud de la capacidad resolutive de los recursos médicos mencionados en el Primer Nivel de Atención.

En esta primera parte se realiza el análisis de la demanda de consultas atendiendo a su cantidad, distribución por sexo y edad y caracterización por naturaleza y oportunidad.

2. MATERIAL Y METODOS

El diseño del estudio fue de corte longitudinal, utilizándose para relevar la información un instrumento de registro que se aplicó durante los meses de septiembre y octubre de 1990. Estos meses fueron seleccionados para disminuir la influencia de la estacionalidad. El objetivo fue de tipo evaluativo. La evaluación fue realizada a través de comparaciones de los resultados del trabajo con los obtenidos por otros estudios.

El instrumento consistió en una planilla que permitió registrar datos referidos a variables demográficas de los pacientes y variables propias de la consulta (patología, controles y administrativas) y su forma de resolución.

Las limitaciones de la planilla no permitieron, sin embargo, diferenciar entre motivo de consulta invocado por los demandantes y diagnóstico, como así tampoco entre diagnóstico presuntivo y de certeza.

El instrumento fue aplicado simultáneamente en 5 (cinco) Centros de Salud periurbanos localizados en La Plata, que contaban entre su plantel con Médicos Generalistas de tiempo completo.

La planilla fue instrumentada únicamente durante las consultas realizadas por el Médico Generalista, en paralelo con los registros rutinarios.

La dotación de personal de los cinco centros en los que se realizó el estudio puede diferenciarse en tres tipos:

- uno de los centros contaba con tres médicos generalistas de 44 horas semanales, un médico clínico, un médico pediatra y servicio de guardia clínica de 24 horas, dotado de ambulancia, tanto para la visita de urgencia como para el traslado, según el caso;
- un segundo centro disponía de tres médicos generalistas, también de 44 horas semanales y un médico pediatra que desempeñaba principalmente funciones administrativas de jefatura;
- los tres centros restantes se hallaban dotados de un único médico, con perfil generalista.

El modelo prestacional en todos los casos carece de "puerta de entrada al sistema". La demanda se canaliza espontáneamente y el primer Nivel de atención de ingreso depende de la decisión del paciente.

Los diagnósticos consignados por los médicos fueron codificados aplicando la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades -C.I.E.-

Una matriz de datos fue elaborada y procesada estadísticamente mediante la utilización del programa SPSS/PC+.

Definición y operacionalización de las variables relevadas

Las variables fueron referidas a la consulta, incluyendo la demografía de los consultantes.

Definiciones operativas

- Consulta:** modalidad operativa de atención ambulatoria realizada por el médico generalista en cada uno de los centros.
- Variables referidas a la consulta**
 - Edad y sexo de los consultantes
 - Oportunidad
 - De primera vez: consulta registrada durante el período de recolección de datos como la primera del año por el motivo invocado en un determinado centro de salud.
 - Ulterior: consulta registrada durante el período de recolección de datos como precedida por otra/s por el mismo motivo y en el mismo centro de salud.

La concentración queda así referida a un período de 10 meses (en términos de diagnóstico u otras causas).

- Causa

Se refiere al motivo de consulta definido por el médico (diagnóstico u otras causas), codificado según la Lista Detallada de categorías de tres dígitos, con las subcategorías del cuarto dígito de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Novena Revisión, 1979). Las causas se agrupan en:

- Morbilidad
- Controles: a) *Controles de la salud materno infantil*, b) *Control del adulto sano*, c) *Control ginecológico*.
- Causas administrativas y otras.

3. RESULTADOS

3.1. Consultas totales según sexo y edad

El número de consultas totales realizadas en los centros seleccionados y en el período estudiado asciende a 3.184. De las mismas, el 63% corresponde a consultantes del sexo femenino. (Tabla 1).

TABLE 1
Consultas totales según sexo
(en número y porcentaje)

Varón	Sexo	
	Mujer	Total
1.161	2.008	3.169
36,6	63,4	100,0

Si se analiza el comportamiento de la consulta por edad (Tabla 2), puede verse que el intervalo 0-4 años representa el 38% de la consulta total. Dentro de éste, se destaca el primer año que por sí solo alcanza al 13%. Este porcentaje disminuye en forma progresiva a medida que aumenta la edad.

TABLA 2
Consultas totales según edad
(en número y porcentaje)

Edad	Sexo		Total Población
	Varón	Mujer	
- de 1 año	17,9	10,4	13,1
1 a 4 años	35,1	18,8	24,8
5 a 9 años	16,1	8,8	11,5
10 a 14 años	9,8	7,1	8,1
15 a 24 años	7,6	22,4	16,9
25 a 34 años	4,7	16,7	12,3
35 a 44 años	3,2	7,2	5,7
45 a 59 años	2,8	5,9	4,7
60 y más años	2,9	2,8	2,8
Total	36,6 (1.161)	63,4 (2.008)	100,0 (3.169)

3.2. Consultas totales según causa por oportunidad

El volumen más importante de consultas se ubica dentro de las causadas por morbilidad, las cuales la mayoría son de primera vez. Los controles representan algo más del 20%, pero en este caso las consultas ulteriores duplican a las de primera vez (Tabla 3).

TABLA 3
Consultas totales según causa por oportunidad

Causa	Oportunidad		Total Población
	Primera	Ulterior	
Morbilidad	83,8	61,6	76,0
Control	13,4	37,1	21,7
Administrativas	2,8	1,3	2,2
Total	65,1 (2.062)	34,9 (1.107)	100,0 (3.169)

3.3. Concentración de consultas

La concentración de consultas muestra una baja adhesión en las consultas por morbilidad, en las que los centros se comportan como servicios de guardia. Por el contrario, es mayor en control, situación en que los individuos retornaron dos veces y media en el período estudiado (Tabla 4).

TABLA 4
Concentración de consultas

Causa	Concentración
Morbilidad	1,39
Control	2,48
Administrativas	1,25
Total	0,54 (3.169)

3.4. Consultas totales según causa por sexo

Del total de consultas, tres cuartos corresponden a consultas por patología. En segundo lugar figuran los controles y un escaso porcentaje de consultas por otros motivos (Tabla 5).

TABLA 5
Consultas totales según causa por sexo
(en porcentaje)

Causa	Sexo		Total Población
	Varón	Mujer	
Morbilidad	77,3	75,3	76,0
Control	19,6	23,0	21,7
Administrativas	3,2	1,7	2,2
Total	36,6 (1.161)	63,4 (2.008)	100,0 (3.169)

Cuando se analiza por sexo, se aprecia un leve incremento en el sexo femenino en el caso de las consultas por control.

Si se considera la edad, se observa que en el grupo de menores de 1 año la relación entre control y patología se equilibra. Luego el porcentaje de consultas de control disminuye con la edad en

forma paulatina, pero experimenta un repunte en el intervalo 20/34 años, probablemente en relación con el control del embarazo. En el grupo de 55 y más años, destaca el aumento proporcional de consultas por otros motivos.

3.5. Consultas por morbilidad según edad y sexo

Si se analizan las consultas por morbilidad según sexo, se mantiene el porcentaje a favor del sexo femenino, observado para la consulta total (63%). (Tabla 6).

TABLA 6
Consultas por morbilidad según edad por sexo
(en porcentaje)

Edad	Sexo		Total Población
	Varón	Mujer	
-de 1 año	48,3	51,7	8,7
1 a 4 años	51,9	48,1	25,1
5 a 9 años	52,4	47,6	13,0
10 a 14 años	42,7	57,3	9,7
15 a 24 años	21,0	79,0	16,4
25 a 34 años	15,6	84,4	12,5
35 a 44 años	22,5	77,5	6,3
45 a 59 años	23,1	76,9	5,4
60 y más años	33,8	66,2	2,9
Total	37,2 (897)	62,8 (1.513)	100,0 (2.412)

En cuanto a la edad, la distribución de la consulta por morbilidad presenta las mayores frecuencias en una curva bimodal a expensas de los intervalos 1-4 años y 15-24, en este último caso con predominio femenino (Tabla 7).

3.6. Consultas debidas a morbilidad según diagnóstico, edad y sexo de los consultantes

- *Consultas según diagnóstico codificado por capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), por sexo.*

Si se analizan las consultas por patología según diagnóstico, la primera causa fueron las enfermedades del aparato respiratorio (42,7%), seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias (9,4%) y las del aparato genitourinario (8%), las mal definidas (5,8%) y los traumatismos y envenenamientos (4,8%) (Tabla 8).

Estudiadas por sexo, las respiratorias presentan un predominio masculino y las genitourinarias, femenino.

Al analizar las enfermedades respiratorias por edad, se observa que la mayor parte de las consultas se encuentra en el intervalo 0 a 4 años, seguido del intervalo siguiente (5 a 14 años) y con disminución posterior. Las infecciosas parasitarias se observan en los niños de 1 a 9 años, descendiendo después. Las genitourinarias predominan en el grupo de 15 a 34 años.

- *Consultas debidas a morbilidad por principales diagnósticos según sexo y edad*

Los principales diagnósticos figuran en la Tabla 9. Estos constituyen casi el 40% de la consulta

TABLA 7
Consultas por morbilidad según sexo por edad (en porcentaje)

Sexo	Edad (en años)									Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-59	60 y +	
Varón	11,3	35,0	18,3	11,1	9,3	5,2	3,8	3,3	2,7	100,0 (897)
Mujer	7,1	19,2	9,8	8,9	20,7	16,8	7,7	6,6	3,1	100,0 (1.513)
Total población	8,7	25,1	13,0	9,7	16,4	12,5	6,3	5,4	2,9	100,0 (2.412)

TABLA 8
Consultas debidas a morbilidad por diagnóstico según sexo (en porcentaje)

Capítulo	Sexo		
	Varón	Mujer	Total Población
Infecciosas-Parasitarias	10,9	8,4	9,4
Tumores	0,1	0,0	0,0
Glándulas endocrinas-Nutrición	1,1	1,1	1,1
Sangre	0,0	0,3	0,2
Enfermedades Mentales	1,0	1,6	1,4
S.N.C.-Organos de los Sentidos	5,5	4,1	4,6
A. Circulatorio	2,1	3,2	2,8
A. Respiratorio	54,7	35,5	42,7
A. Digestivo	2,9	2,8	2,8
A. Genitourinario	2,1	11,4	8,0
Compl. del embarazo, parto y puerperio	0,0	1,6	1,0
Piel y Tejido Celular Subcutáneo	4,6	3,4	3,9
Sistema Osteo-Músculo-Articular	2,3	3,8	3,2
Anomalías Congénitas	0,3	0,1	0,2
Afecciones Perinatales	0,1	0,1	0,1
Síntomas y Signos Mal Definidos	4,5	6,5	5,8
Traumatismos y Envenenamientos	6,0	4,0	4,8
Otros	1,7	12,1	8,2
Total	100,0 (897)	100,0 (1.515)	100,0 (2.412)

TABLA 9
Consultas por morbilidad considerada por principales diagnósticos según sexo (en porcentaje)

Principales diagnósticos	Sexo		
	Varón	Mujer	Total Población
Catarro de Vías Aéreas Superiores	17,9	10,2	13,1
Bronquitis Aguda	15,7	9,2	11,7
Angina	9,1	7,2	7,9
Amenorrea		3,7	2,3
Diarrea	3,3	2,0	2,5
Gripe	1,8	1,9	1,9
Infección Urinaria	1,1	3,2	2,4
Dolor abdominal	0,8	1,9	1,5
Hipertensión	1,2	1,7	1,5
Escabiosis	0,9	1,5	1,2
Asma	1,8	1,4	1,5
Otros	46,3	56,0	52,4
Total	37,2 (897)	62,8 (1.515)	100,0 (2.412)

total por patología. El 73,7% de estos diagnósticos corresponde a enfermedades del aparato respiratorio. Nuevamente, cada uno de estos diagnósticos muestra predominio masculino. En la infección urinaria se observa mayor porcentaje de consultantes mujeres.

Si se analizan estos diagnósticos por edad, se aprecia que el catarro de vías aéreas superiores se presenta con mayor predominio en edades tempranas (54,5% en el intervalo 0-1 años), siendo alto en el intervalo siguiente, para descender paulatinamente en las edades siguientes. El diagnóstico bronquitis aguda en los tres primeros grupos (hasta los 9 años) representa el 32% del total de la consulta en esas edades.

3.7. Consultas por tipo de control según sexo y edad

Los controles se corresponden casi en su totalidad al binomio materno-infantil. Los controles del niño alcanzan al 63% de las consultas por control y se reparten por igual entre ambos sexos. Los controles de la mujer (incluyendo control del embarazo, postparto, de lactancia, de puerperio y examen de Papanicolau) representan el 29% del total. Por último, los exámenes periódicos, pese a su reducido número (7%), denotan que las mujeres los demandan 2,3 veces más que los varones.

Considerados por edad, casi la mitad (47%) de los controles del niño se producen en el primer año de vida, el 39% entre el primero y el cuarto, el 11% entre el quinto y el noveno, y el resto hasta los 14 años.

4. DISCUSION

La bibliografía consultada no permitió formular estudios comparativos metodológicamente rigurosos referidos al volumen de la consulta, su oportunidad, como así tampoco a su distribución demográfica. Ello se debe a las diferentes condiciones, ya sea en materia de personal de salud, o bien en los criterios de clasificación de morbilidad, poblaciones demandantes y períodos de estudio. Aún así, resulta ilustrativo incorporar en este punto del trabajo distintos resultados referidos a las características de la demanda que incide sobre consultorios de atención general ambulatoria, que han sido publicados por los diversos autores consultados.

Fry (12) ha presentado su experiencia personal como Médico General en Beckenham, Kent, Rei-

no Unido, a través de 21 años (1951-1972), en un trabajo considerado como un referente, y también un clásico en la literatura sobre la materia. Este autor sostiene que no le resultó posible registrar y analizar todas las consultas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, tal como se realizó en el presente trabajo. En lugar de ello, Fry agrupa la morbilidad atendida e inmunizaciones en 13 grupos seleccionados, cuya distribución porcentual fue en 1971:

Motivo de consulta	%
Infecciones Respiratorias	27,8
Psiquiátricas	26,7
Gastrointestinales	20,5
Reumáticas	18,9
Dermatitis	16,6
Respiratorias	14,5
Inmunizaciones	14,0
ORL	12,5
Ginecológicas	12,2
Embarazo	10,2
Cardiovasculares	10,0
Sistema Nervioso Central	7,8
Urológicas	6,1

La sumatoria supera ampliamente el 100%, por cuanto cada paciente fue atendido por una o más causas. La tasa de consulta consignada en el estudio de Fry fue durante 1971 de 2,1 consultas personas/año. No resulta comparable con la observada en nuestro trabajo, porque no se especifica si se trata de concentración (igual motivo) y por tratarse de un sistema con puerta de entrada (Seguro Nacional de Salud de Inglaterra). De todas formas, la capacidad de retención de un modelo prestacional con población de responsabilidad asignada, resulta mucho mayor que la de un modelo no gerenciado carente de puerta de entrada y sin diseño de Red de Niveles de Atención, como es el estudiado en este trabajo.

En el trabajo de Simeant (13) referido a tres consultorios generales urbanos del Area Central de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, estudiados durante 10 días seleccionados al azar de entre un período de 45 días hábiles, la morbilidad atendida tampoco fue categorizada según la Clasificación Internacional de Enfermedades, sino de acuerdo a 30 rubros desglosados para el solo efecto del estudio. Los médicos cuya formación no se especifica desempeñan funciones de generalistas y atienden el 94% de la demanda. La distribución porcentual de la morbilidad resultante atendida por médico fue la siguiente:

Motivo de consulta	%
Enfermedades Aparato Respiratorio Superior	19
Enfermedades Aparato Respiratorio Inferior	15
Otras Enfermedades Aparato Digestivo	8
Enfermedades Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo	7
Enfermedades Aparato Genitourinario	6
Otras Enfermedades Piel Tejido Subcutáneo	6
Traumatismos y Envenenamiento	5
Otras Enfermedades Infecciosas	4
Mal definidos	4
Hipertensión	3
Resto de los 30 grupos	23

En este estudio, los denominados "controles" (que no figuran en la tabla precedente) constituyen un volumen de atenciones equivalente a los de morbilidad (50%), mientras que en el nuestro alcanzan sólo al 21,7%. Esto podría explicarse por el hecho de que son controles atendidos por enfermera y obstétrica, con un mínimo de participación médica. Si bien el grado de agregación de los diagnósticos utilizados para designar la morbilidad difiere de la empleada en nuestro trabajo, a grandes rasgos se constata la similitud entre los diagnósticos de mayor frecuencia: Respiratorias (Aparato respiratorio superior e inferior), Digestivas y Urinarias.

Otro trabajo consultado fue el referido al Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires (Argentina) iniciado en 1987 (14). La carga asistencial es de 20.000 consultas anuales y durante los últimos 3 años se registró un amplio predominio de consultantes femeninos (67%). Los motivos de consulta fueron agrupados mediante codificación por "Racimos Diagnósticos", habiéndose registrado la siguiente distribución porcentual:

Motivo de consulta	%
Examen Médico General	10,51
Hipertensión Arterial	9,57
Depresión - Ansiedad	4,79
Infección aguda respiratoria	4,75
Enfermedad péptica	3,46
Lumbalgia y síndromes relacionados	3,24
Dolor abdominal	3,06
Cefaleas	2,78
Hiperlipidemias	2,53
Infección de vías urinarias	2,53
Otros	47,0

El porcentaje de mujeres atendidas es muy similar al de nuestro estudio (63%). Por el contrario, los motivos de consulta difieren notablemente de los obtenidos en este trabajo, por tratarse de un Programa de Medicina General desarrollado en el ámbito de un Hospital de máxima complejidad, ubicado en el corazón del casco urbano de una ciudad con elevada concentración demográfica, y en cuyo radio de influencia no predomina el tipo de población característico de las áreas periféricas.

5. CONCLUSIONES

Acorde con el objetivo propuesto, se examinó la magnitud, la morbilidad y otras características de la Consulta Externa atendida por Médico Generalista en Centros de Salud de la periferia de la ciudad de La Plata.

Se comprobó que, en cuanto a la morbilidad, la demanda predominante responde a patologías propias de las condiciones de vida, con amplio predominio de infecciones respiratorias, seguidas por las gastrointestinales. Por otro lado, los controles se hallan predominantemente referidos al binomio materno-infantil, observándose una reducida carga de "exámenes de salud", propios del adulto.

La concentración de consultas (no obstante hallarse referida a un período de 10 meses) resulta sumamente reducida como consecuencia del modelo prestacional vigente, el que carece de capacidad de retención.

El predominio de la demanda femenina es notorio, pero deben ser contempladas las causas obstétricas a fin de establecer el alcance genuino de esta preponderancia.

El capítulo "Discusión" resultó de tratamiento dificultoso, por la disimilitud de las presentaciones de la nomenclatura, la diferencia de modelo prestacional, y las distintas zonas y países con programas de Medicina General y su ubicación (urbana y periurbana). Sin embargo, este capítulo posibilitó establecer ciertas similitudes, sobre todo cuando las condiciones precitadas resultaban aproximadamente semejantes. Así también las disimilitudes posibilitaron inferencias explicativas de interés.

6. BIBLIOGRAFIA

- Chomy, A.H. (1990). "El enfoque estratégico para el desarrollo de los Recursos Humanos". Educ. Med. Salud 24 (1): 27-51.

2. Rodríguez M.Y., Villarreal R. (1986). "La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina". *Educ. Med. Salud* 20 (4): 424-439.
3. De Moraes Novaes (1990). "La formación del médico para acciones en los Sistemas Locales de salud". *Educ. Med. Salud* 24(4): 363-378.
4. Mejía A. (1986). "Educación continua". *Educ. Med. Salud* 20(1): 43-69.
5. Declaración de Alma-Ata (1978). "Primary Health Care". O.M.S. Ginebra.
6. Alma-Ata reaffirmed at Riga. (1990). Declaración emanada de la reunión "From Alma-Ata to the year 2000: a middle point perspective", convocada por la O.M.S. en Riga, U.R.S.S., 1988. *Bol Of Sanit Panam* 109: 5-6.
7. The Edinburgh Declaration. (1988). *Lancet* 464: Editorial.
8. Nájera E. y otros (1990). "El enfoque epidemiológico en la formulación de políticas y en la formación de recursos humanos". *Educ. Med. Salud* 24(1): 74-86.
9. Chaves M.M. (1982). "Saude. Uma Estrategia de Mudanza": 23-26. Guanabara Dois S.A. Rio de Janeiro.
10. Fry J. (1972). "The place of General Practice". *International Journal of Health Services* 2 (2): 165-169.
11. Fry J. (1978). "A New Approach to Medicine: Priorities and principles of Health Care". University Park Press. Baltimore.
12. Fry J. (1972). "Veintiún años de consulta de Medicina General: normas cambiantes" traducido de *Journal of the Royal College of General Practitioners* 22: 521-528.
13. Simeant S (1983). "Estudio de la capacidad resolutoria de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario: Area Urbana". *Cuadernos Médico Sociales, Santiago de Chile* 25(4): 156-169.
14. Fayanas R. (1996). "Programa de Medicina Interna General". Comunicación al Seminario-Taller: "El Médico General en los nuevos escenarios y el Programa Médico Obligatorio". *Medicina y Sociedad* 19(4): 28-29.