



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Cambios en la práctica médica en los últimos cincuenta años

Autores (en el caso de tesis y directores):

Marta Leonor Schufer

Federico Pégola, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2001

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA**

**Tesis de Doctorado
CAMBIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS
CINCUENTA AÑOS**

**Tesista: Lic. Marta Leonor Schufer
Director de Tesis: Prof. Dr. Federico Pégola**



*Símbolo de Esculapio-Antigua Grecia
Efesos-Asia Menor*

Volumen I

**Investigación realizada con el subsidio PIP 027/98 del
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
(CONICET)
Sede: Centro de Investigaciones en Salud MEDICINA Y SOCIEDAD
Dirección Nacional de Derechos de Autor N° 141371
Marzo de 2001**

A mi padre, que, de haber vivido, hubiera, seguramente, integrado alguna de las muestras en las que se basó este estudio.

“Pero cada hombre no es solamente él; también es el punto único y especial, en todo caso importante y curioso, donde una vez y nunca más se cruzan los fenómenos del mundo de una manera singular. Por eso la historia de cada hombre, mientras viva y cumpla con la voluntad de la naturaleza, es admirable y digna de toda atención. En cada uno se ha encarnado el espíritu, en cada uno sufre la criatura, en cada uno es crucificado un salvador”.

Demián, Hermann Hesse,
Alianza Editorial, 1988.

ÍNDICE

VOLUMEN I

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	---

CAPÍTULO I

LA MEDICINA COMO PROFESIÓN	4
-----------------------------------	---

- 1.1. Algunos orígenes de la medicina moderna
- 1.2. La profesión médica
- 1.3. Conceptos alternativos de la profesión médica
 - 1.3.1. Dominación profesional
 - 1.3.2. Proletarización
 - 1.3.3. Desprofesionalización
 - 1.3.4. Corporativización
 - 1.3.5. La discusión entre las teorías
- 1.4. Los cambios en la profesión
- 1.5. Niveles de análisis

CAPÍTULO II

LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA	45
--	----

- 2.1. Una breve historia de la atención médica o de la profesión médica en la Argentina
 - 2.1.1. De la Colonia a la Organización Nacional
 - 2.1.2. El impacto científico y la Generación del '80
 - 2.1.3. El gremialismo médico, 1920 -1945
 - 2.1.4. La revolución de los antibióticos y la seguridad social, 1946 -1955
 - 2.1.5. Centralización versus descentralización, 1956 - 1970
 - 2.1.6. ¿Salud para todos en el año 2000?, las décadas de los '70 y los '80
 - 2.1.7. La desregulación y el negocio financiero, la década del '90
- 2.2. La Provincia de Buenos Aires. Algunas particularidades

CAPÍTULO III

LA POBLACIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA 80

- 3.1. La población médica del país
- 3.2. La población médica de la Provincia de Buenos Aires

CAPÍTULO IV OBJETIVOS

90

- 4.1. Objetivos generales
- 4.2. Objetivos específicos

CAPÍTULO V EL ESTUDIO CUALITATIVO

92

- 5.1. Breve reseña acerca de la metodología cualitativa
 - 5.1.1. ¿Qué es la investigación cualitativa?
 - 5.1.2. ¿Por qué hacer investigación cualitativa?
 - 5.1.3. ¿Cómo se hace investigación cualitativa?
 - 5.1.4. ¿Cuál es la legitimidad de los hallazgos producto de una investigación cualitativa?
- 5.2. Los informantes clave
- 5.3. Instrumento de medición: la entrevista
- 5.4. Muestra

CAPÍTULO VI EL ESTUDIO CUANTITATIVO

103

- 6.1. Instrumento de medición: el cuestionario
- 6.2. Población y muestra
 - 6.2.1. Marco muestral y selección de la muestra
 - 6.2.2. Muestra
 - 6.2.3. Características y representatividad de la muestra
- 6.3. Medidas estadísticas
 - 6.3.1. Técnicas bivariadas
 - 6.3.1.1. Medidas paramétricas
 - 6.3.1.2. Medidas no paramétricas
 - 6.3.2. Técnicas multivariadas
 - 6.3.2.1. Breve descripción de los métodos estadísticos multivariados utilizados

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

113

7.1. Datos demográficos y sociales

7.1.1. ¿Quiénes son los médicos estudiados?

7.1.2. ¿Cuál es el medio social del que provienen?

7.2. Formación

7.2.1. ¿Cómo obtuvieron su formación?

7.2.2. ¿Cuáles fueron las razones por las que eligieron la carrera?

7.2.3. ¿De qué forma fueron financiados sus estudios?

7.2.4. ¿Cómo obtuvieron su formación práctica durante la carrera e inmediatamente después de recibidos?

7.2.5. ¿Qué otros títulos obtuvieron?

7.3. Especialización

7.3.1. ¿Cuál fue su especialización?

7.3.2. ¿Cómo y cuándo obtuvieron su especialización?

7.4. Actualización

7.4.1. ¿Cómo se mantenían actualizados?

7.5. Práctica profesional

7.5.1. ¿Cómo fue su práctica profesional?

7.5.2. Cargos jerárquicos

7.5.3. Carga horaria

7.5.4. Duración del ejercicio profesional

7.5.5. ¿Cómo fue su práctica en Consultorio?

7.6. Aspectos económicos

7.6.1. Honorarios/sueldos

7.6.2. Destino de los ingresos

7.6.3. Conformidad con los ingresos

7.7. Participación profesional y social

7.8. Situación actual

7.9. Cambios en la práctica

7.9.1. Aspectos relacionados con los cambios en la práctica

7.9.1.1. Nivel social de los pacientes

7.9.1.2. Características de los pacientes al principio y al final de la carrera

7.9.1.3. Relación médico-paciente: ¿fue estrictamente médica?

7.9.1.4. Autonomía del médico

7.9.1.5. Paternalismo médico

- 7.9.1.6. Aceptación de prácticas populares
- 7.9.1.7. Aceptación de terapias alternativas
- 7.9.1.8. Aceptación de la psicoterapia
- 7.9.1.9. Modificaciones en el sistema de salud
- 7.10. Avances científicos y tecnológicos
- 7.11. Satisfacciones e insatisfacciones profesionales
 - 7.11.1. Satisfacciones profesionales al principio y al final de la carrera
 - 7.11.2. Insatisfacciones profesionales al principio y al final de la carrera
 - 7.11.3. ¿Volvería a elegir Medicina?

CAPÍTULO VIII
TIPOLOGÍA DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS 223

- 8.1 Los grupos resultantes
- 8.2. Los datos cualitativos "encarnan" los resultados cuantitativos

CAPÍTULO IX
DISCUSIÓN 262

CAPÍTULO X
CONCLUSIONES 272

AGRADECIMIENTOS

VOLUMEN II

APÉNDICES

Apéndice A
LA ENTREVISTA

Apéndice B
EL CUESTIONARIO

Apéndice C
TABLAS ESTADÍSTICAS

Apéndice D
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Después de obtener mi título de Licenciada en Sociología y desempeñándome como asistente en la Dirección de Orientación Vocacional de la Universidad de Buenos Aires, surgió la posibilidad de obtener una Beca de Graduados de esa Universidad, con un tema relacionado con la Sociología de las Profesiones: la elaboración de modelos de rol profesional. Había que elegir una profesión en la que encarnar el modelo y la elección fue fácil: la profesión médica, con la que había tenido contacto desde que nací...

Y esa primera elección determinó el curso de mi actividad profesional futura, ya que toda mi investigación posterior se desarrolló en el área de la Sociología de la Salud, abordando los temas ya desde el punto de vista de la profesión médica, ya desde el punto de vista de la población.

Este trabajo de tesis, cuyo subtítulo debiera ser "La perspectiva de los protagonistas", retoma, desde una perspectiva más amplia, ese primer tema de investigación.

En las últimas décadas la Medicina y la profesión médica cambiaron y mucho...

¿Qué influencia tuvieron estos cambios sobre la práctica cotidiana de los profesionales?

¿Cómo era la práctica médica al inicio y cómo se fue modificando a lo largo de la carrera profesional?

¿Cómo se vivieron esos cambios?

Estas preguntas dieron origen a la investigación y al focalizar el estudio en los médicos ya retirados fue posible trabajar con vidas profesionales completas, desarrolladas a lo largo de los últimos cincuenta años.

Este abordaje permite describir la profesión y sus formas de ejercicio de manera longitudinal, ya que se puede combinar la reconstrucción retrospectiva de las carreras en las biografías individuales con las posibilidades de comparación de las distintas generaciones de profesionales. Es así posible estudiar de qué manera los itinerarios profesionales se inscriben en la evolución global de la Medicina, cómo son marcados por ella, pero a la vez cómo las múltiples decisiones y acciones individuales influyen en el futuro de la profesión en su conjunto.

La decisión de centrar el estudio en la Provincia de Buenos Aires se basó en dos razones; una de tipo estructural ya que concentra una proporción muy importante de los médicos del país, y otra de orden práctico, ya que en ella funciona la Caja de Previsión y Seguro Médico que proporcionó los listados de los médicos retirados para la realización del trabajo de campo.

Desde el punto de vista metodológico, la elección de una combinación de métodos - cualitativo y cuantitativo- permite una descripción cabal de una realidad, compleja y multifacética. Los datos obtenidos en la etapa cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas, aportan relatos de vida, con toda su riqueza, cada uno con sus matices, con sus opiniones, en fin, relatos de personas que, al final de la vida, pudieron mirar para atrás y desgranar sus recuerdos ante un oído atento. Los datos de la etapa

cuantitativa, surgidos de la aplicación de un exhaustivo cuestionario, describen con cifras ese mundo apasionante.

El desarrollo de esta tesis incluye una aproximación teórica a la profesión médica, desde el marco de la Sociología de las profesiones (Capítulo I), una revisión histórica de la atención y la profesión médica en la Argentina (Capítulo II) y del número y distribución de la población médica en el país (Capítulo III), los objetivos y la metodología utilizada (Capítulos IV, V y VI), los resultados, combinando el análisis de los datos cualitativos y cuantitativos (Capítulo VII) y una tipología de médicos (Capítulo VIII), resultado de un análisis multivariado, con la que muchos profesionales, retirados o no, podrán identificarse.

Para comodidad del lector, los Apéndices, que incluyen la Guía de Entrevistas, el Cuestionario, las Tablas estadísticas y la Bibliografía, se presentan en el Volumen II.

CAPÍTULO I

LA MEDICINA COMO PROFESIÓN

"Los rasgos característicos de la profesión médica están determinados, en una gran extensión, por la actitud de la sociedad hacia el cuerpo humano y por su valoración de la salud y la enfermedad. La esfera de acción de la medicina fue siempre la misma: curar la enfermedad y eventualmente prevenirla. La medicina siempre significó servicio: por lo tanto, en todos los tiempos se requirió de los médicos ciertas cualidades: disposición para ayudar, conocimiento respecto de la naturaleza de la enfermedad y habilidad para curar al enfermo. Sin embargo, el ideal médico fue muy diferente en diferentes períodos de la historia, determinado por la estructura de la sociedad en un momento dado y por su concepción general del mundo"¹.

1.1. Algunos orígenes de la medicina moderna

Aunque es sabido que existía un cuerpo desarrollado de conocimiento médico en culturas anteriores a la de Grecia, y que la Medicina griega fue influida por tales civilizaciones, la medicina de la antigua Grecia, que se desarrolló a lo largo de mil años, está incomparablemente más cerca de la medicina moderna que cualquier otra forma histórica de medicina, dada la aproximación a la enfermedad, claramente natural antes que sobrenatural, por parte de algunos de sus curadores². La medicina moderna no existiría sin el precedente griego y no es por accidente que la terminología de la medicina científica esté basada en la lengua griega³.

Apolo fue el dios de la enfermedad y de la cura hasta el siglo V a. C., cuando fue reemplazado por Esculapio, un médico legendario, cuyo báculo con la serpiente sagrada constituye hasta hoy el símbolo de la profesión médica⁴.

Hipócrates y su escuela de Cos desarrollaron un método clínico avanzado. Herófilo y Erasistrato en Alejandría establecieron la base de la anatomía humana. Pero en la Grecia antigua el médico era un artesano. Era entrenado no en una escuela sino como aprendiz de un maestro individual. Los artesanos sobresalientes establecieron centros de entrenamiento, pero el resultado no era un "doctor" como se lo conoce hoy día. El énfasis estaba puesto no en el diagnóstico sino en la prognosis y en el tratamiento, no en una enfermedad manifestada en un paciente, sino en el paciente mismo; no en la lesión de una parte del cuerpo, sino en el cuerpo como un todo. Su conocimiento era muy

limitado para diagnosticar y prescribir tratamientos específicos con éxito, por lo tanto, el acento en la prognosis se debía, no a una particular filosofía de la atención médica, sino a la peculiar posición social- poco protegida- del médico

griego: era un artesano andante que debía ganar la confianza del público a través de pronósticos asombrosos. Dado que no podía permitirse el fracaso, era de suma importancia poder decidir rápidamente si aceptar o no el tratamiento de un paciente y - eventualmente- si y cuando abandonar la ciudad⁵. En esas circunstancias necesitaba saber todo lo posible acerca del paciente, incluyendo, pero no sólo, su dolencia actual.

El período griego culmina con la síntesis de Galeno de Pérgamo (130-201), cuya influencia se hizo sentir en la Medicina durante más de mil años. El trabajo de Galeno estaba dominado por una teología aristotélica: todo

órgano tenía un objetivo particular y en consecuencia servía para una función especial; y, como Aristóteles y algunos médicos que lo precedieron, se adscribía a una concepción humoral de la enfermedad.

Fue en la universidad medieval que se creó el título de doctor y con él, un status en la sociedad, una educación apropiada y la afiliación a importantes organizaciones: universidades, colegios y corporaciones (no es obra del azar que en la Grecia antigua las llamadas "escuelas" tomaron su nombre de una persona en particular como Hipócrates o Herófilo, en tanto que las escuelas famosas de la Alta Edad Media fueron las Universidades de Montpellier, París, Salerno, Bolonia, Oxford y Padua, todos nombres de ciudades).

La primera fuente estable de distinción fue el título de «doctor» otorgado por la universidad y, por primera vez en la historia, la universidad medieval creó criterios administrativos definidos y diferenciados para establecer una identidad profesional única dentro del difuso conjunto de curadores de la época. El desarrollo de la universidad y, dentro de ella, de las facultades de medicina, facilitó la tentativa por parte del Estado y su selecto grupo de curadores de regular formalmente las ocupaciones relacionadas con la salud⁶. Las leyes acerca del ejercicio de la Medicina fueron promulgadas en Europa en el siglo XII y legislaban acerca del curriculum, los exámenes, las licencias y los honorarios, regulaban la práctica de los boticarios y controlaban la higiene de las ciudades⁷.

El desarrollo de corporaciones como asociaciones definitivamente seculares, integradas por individuos reunidos por su trabajo común y en cierta forma, hechos responsables del bienestar público, también facilitaron la regulación formal. Tanto la universidad medieval como las corporaciones otorgaron a

los médicos una identidad pública específica y pusieron en marcha los mecanismos que permitirían establecer su posición en relación con otras ocupaciones afines tales como especieros y boticarios.

La paradoja es que la Grecia antigua poseía un método de pensamiento, un marco de referencia conceptual que estaba más cerca de la medicina moderna que el que operaba en la Alta Edad Media. Por ejemplo, la disección del cuerpo humano era practicada como un método de investigación en Alejandría y no como el ejercicio ilustrativo que devino en la Edad Media. "...Después del siglo XIII, las disecciones se practicaron en gran escala... Los doctores supervisaban esas disecciones, pero no observaban realmente qué estaba siendo diseccionado; más bien veían lo que se suponía que debían ver de acuerdo a Galeno. Durante la disección, el profesor leía en voz alta los escritos de Galeno mientras que un cirujano secundario abría el cuerpo.

Entonces el profesor apuntaba al órgano y describía los cinco lóbulos del hígado y otros milagros de la anatomía galénica. Tal era el peso engeguecedor de la tradición y la autoridad... La mera técnica de la disección no hizo avanzar el conocimiento de la anatomía. Lo que se necesitaba era un nuevo abordaje, que no fue encontrado en la Edad Media"⁸.

Con el Renacimiento se aceleró el ritmo de nuevos descubrimientos y disminuyó el peso de las teorías antiguas. Los nuevos viajes de exploración establecieron contacto con otras especies botánicas, y por consiguiente, con nuevos medicamentos. En el siglo XVI, el trabajo de anatomía de Vesalius corrigió muchos de los errores de Galeno y la introducción, por Paracelsus, de remedios específicos provenientes de minerales como el hierro, el

arsénico y el sulfuro, paralelamente con su teoría química de la enfermedad, conmovieron la antigua teoría humoral.

Durante los siglos XVII y XVIII hubo un incremento acelerado de la observación sistemática, así como descubrimientos técnicos especializados. Frecuentemente se considera que uno de los avances más importantes fue la demostración de la circulación de la sangre, realizada por Harvey, mediante pruebas experimentales y morfológicas. De cualquier modo, no obstante su gran contribución y la de otros, los desarrollos de la época más importantes para la Medicina no parecen haber sido médicos, sino más bien científicos y tecnológicos, tal como la invención del microscopio y los trabajos de física de Newton y Galileo. El desarrollo de la física y de la química permitió por primera vez un fundamento sistemáticamente científico de la Medicina⁹.

El descubrimiento realizado en 1860 de que un bacilo causaba el carbunco tuvo una importancia decisiva en la historia de la Medicina, ya que de un solo golpe se resolvió el conflicto entre varias teorías. La idea de que había agentes específicos causantes de las enfermedades se estableció de la mano de Pasteur, Koch y otros. "Las causas de numerosas enfermedades se hicieron conocidas por primera vez en la historia. Se abrió el camino para reemplazar el tratamiento sintomático o empírico por un tratamiento causal y preventivo"¹⁰.

Además, el desarrollo técnico de la anestesia y de la asepsia, permitió éxitos en cirugía que antes no hubieran sido posibles, aun cuando los cirujanos habían desarrollado tempranamente destrezas y conocimientos verdaderamente refinados. Estos avances determinaron un corte cualitativo con el pasado, permitiendo por primera vez la predicción y el control

seguro de un amplio espectro de enfermedades humanas por parte de casi cualquier médico bien entrenado y no exclusivamente por un gran clínico¹¹. Dos factores separados forman parte del complejo conocido como medicina moderna. El primero es la ideología que da sustento a la ciencia racional y empírica. El segundo es una forma de organización social que provee al médico con un rol social suficientemente estable y protegido, que le permite desarrollar métodos para aplicar el conocimiento científico al tratamiento de la enfermedad. En la Grecia antigua el modo de pensamiento que dominaba la medicina conducía al desarrollo de una ciencia racional, pero el médico estaba en desventaja por el lugar que se le otorgaba en el esquema de la cultura griega¹². En la Alta Edad Media, los médicos tenían un status social alto y seguro, pero no fueron capaces de romper los límites del pensamiento prevaleciente en su época, decididamente antitético a los criterios de una ciencia racional. Sólo cuando el modo de pensamiento básico de la ciencia racional pudo coordinarse con el status social institucionalizado por las profesiones fue posible el desarrollo de la medicina moderna¹³.

Según Foucault "la medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido. De hecho, este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni en el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres"¹⁴.

1.2. La profesión médica

El médico es un miembro -y lo fue desde la época medieval- de un grupo ocupacional altamente organizado: la profesión médica. Cada médico ha sido cuidadosamente entrenado no sólo en las habilidades y conocimientos de su profesión, sino también en sus valores y actitudes. Su profesión está siempre presente en su vida, lista para reforzar, recompensar o castigar a sus miembros, de acuerdo con las reglas, tanto escritas como tácitas, que prevalecen en el grupo.

Para una mejor comprensión, aquí es necesario hacer una breve introducción a la Sociología de las profesiones.

En la sociología, una profesión está definida como tal, cuando existe un cuerpo específico de conocimiento para actuar en una realidad social y organizada.

El entrenamiento formal extendido y la orientación de servicio a la comunidad son características distintivas de una profesión. Otras dos características también han sido asociadas con las profesiones: una, los practicantes forman un grupo social distinto, clasificado así tanto por ellos mismos como por la sociedad en la cual operan. Dos, el grupo social está organizado en una asociación que establece reglas formales y prácticas informales de conducta.

A medida que la profesionalización aumenta, la definición de una profesión deviene más compleja. En el núcleo quedan las dos características primarias: a) un entrenamiento especializado prolongado en un cuerpo de conocimiento abstracto y b) una orientación de servicio.

Una profesión se define por un conjunto de dimensiones estructurales y actitudinales. Las características estructurales se van dando en la siguiente secuencia:

1. creación de una ocupación "full-time": el trabajo se convierte en una ocupación de tiempo integral, o sea, el profesional pasa a vivir de la remuneración que se origina de la actividad ejercida; esto ocurre dada la "necesidad social" y/o del surgimiento y ampliación del mercado de trabajo específico.

2. establecimiento de una escuela profesional: luego que la ocupación pasa a ser de tiempo integral, nuevas demandas y nuevas clientelas surgen buscando formación y entrenamiento; aparecen así las primeras escuelas dedicadas a la formación de nuevos profesionales, y se crea, de esta manera, un cuerpo esotérico de conocimiento específico de la materia, que es impartido, en las sociedades modernas, por las universidades. Además, la profesión determina su propio estándar de educación y entrenamiento.

3. formación de asociaciones profesionales: en este momento se definen perfiles profesionales que dan a este grupo una identidad; los profesionales se organizan a partir de la mutua identificación de intereses organizacionales distintivos, teniendo en cuenta, sobre todo, el control sobre el acceso, la selección, proyección y reglamentación de los participantes. La práctica profesional está a menudo reconocida por alguna forma de licencia, matrícula o registro; las juntas de admisión o registro están formadas por los miembros de esa profesión y la mayor parte de la legislación concerniente a una profesión es generada por la misma profesión.

4. reglamentación de la profesión: esta fase es esencial para una futura profesión, ya que en este momento se definirá el "territorio profesional"

asegurando así el "monopolio de competencia" no sólo del saber sino, sobre todo, de la práctica profesional. Se adopta un código de ética. Cerrando el proceso se establecen normas y reglas para actuar en el área profesional. Con esto estarán fuera del mercado el charlatán, el descalificado, con lo que se preserva así a los "genuinos profesionales".

El estudiante de una profesión pasa por un período más prolongado y un proceso más profundo de socialización adulta que los aprendices de otras ocupaciones, ya que el proceso incluye no sólo la educación formal sino la socialización que les hace internalizar determinadas actitudes y tipos de conducta.

Los atributos actitudinales del "modelo profesional" son:

1. el uso de la organización profesional formal y de los grupos informales de colegas como marco de referencia.
2. la creencia de que se brinda un servicio al público: el profesional cree que su profesión es indispensable para la sociedad.
3. la creencia en la propia regulación a través de sus pares que son los únicos capacitados técnicamente para juzgar la acción de un colega.
4. el sentimiento de vocación hacia la profesión que refleja la dedicación del profesional a su trabajo y su sentimiento de que continuaría trabajando en su profesión aún cuando sus recompensas fuesen menores; los miembros están más identificados con su profesión que los miembros de otras ocupaciones con las suyas. La profesión es, con un alto grado de probabilidad, una ocupación terminal. Los miembros, en general, no la abandonan y en alta proporción aseguran que si tuvieran que volver a elegir, elegirían esa misma profesión.
5. el sentimiento de autonomía: el profesional debe tomar sus decisiones sin permitir presiones por parte de clientes u organizaciones que no sean su

propia organización profesional. Este atributo es a la vez actitudinal y estructural: el aspecto estructural se revela en los esfuerzos de las asociaciones profesionales para excluir a los no calificados y para lograr un reconocimiento legal de su práctica^{15 16 17 18 19 20}.

La combinación de los atributos estructurales y actitudinales forma el "modelo profesional". Sin embargo, es erróneo suponer una covariación perfecta entre esos dos aspectos. Así, hay grupos profesionales ya institucionalizados -es decir, que cumplen todos los requisitos estructurales- que ponen menos énfasis en los aspectos actitudinales, posiblemente porque les son menos necesarios que a las profesiones en vías de profesionalización o porque ya los tienen tan internalizados que es innecesario reforzarlos.

Estas características, dice Goode, son interdependientes, expresan relaciones sociales y establecen obligaciones y derechos entre el cliente y el profesional, entre éste y sus colegas o las instituciones formales. "Consecuentemente, una parte importante del proceso por el cual una ocupación deviene una profesión es la gradual institucionalización de las relaciones de rol entre el profesional y otras partes de la sociedad"²¹. Los clientes, las agencias o la sociedad en general concederán autonomía a la profesión sólo si sus miembros son capaces de regularse a sí mismos, les acordarán honorarios más altos o mayor prestigio sólo cuando su competencia y su área de competencia lo merezcan y garantizarán un efectivo monopolio de la profesión, a través de las licencias, cuando se demuestre que la profesión es la única experta en una habilidad especial y que sus decisiones no son revisadas por otras profesiones.

Al analizar las profesiones, la del médico ha sido considerada "la profesión" por antonomasia. El médico aparecía como el prototipo del profesional,

definido por su pertenencia a un grupo de pares, por su formación técnico-intelectual adquirida a través de un entrenamiento especial y por su autonomía con relación a toda injerencia exterior.

Para Parsons²², la práctica de la medicina moderna está organizada para aplicar los conocimientos científicos a los problemas de la salud y de la enfermedad y el control de las enfermedades.

El rol del médico, es decir, el patrón de conductas esperado, es funcionalmente específico; por lo tanto se espera que aplique los conocimientos y destrezas adquiridas a los problemas de la salud y de la enfermedad. El médico no es un sabio, es un especialista técnico en el área de la salud y la enfermedad, un especialista en virtud de su propia dedicación a un entrenamiento científico riguroso, que en su campo tiene poder y autoridad. Esta autoridad, que Weber²³ llama "carismática", es propia del rol, no de la persona que lo ocupa. Y el status que la sociedad le otorga es un status adquirido, no adscripto.

Asociados a este atributo de rol, que Parsons denomina "especificidad funcional", el médico tiene algunos privilegios inusuales: puede examinar a sus pacientes físicamente e indagar acerca de áreas íntimas de su vida física y psíquica. Este privilegio no está legitimado porque se crea que el médico es más honorable que otras personas, sino porque su trabajo, la aplicación de sus habilidades técnicas específicas, requiere esa intimidad. El secreto profesional es un deber correlativo a este privilegio.

Un segundo atributo del rol del médico es la "neutralidad afectiva": se espera que sea objetivo y emocionalmente imparcial. Este aspecto del rol requiere un balance sutil: por un lado, se espera que se preocupe por su paciente, que sea comprensivo y compasivo; pero, por otro lado, se espera que sea neutral

en sus juicios y que se controle emocionalmente, de modo que sus reacciones emocionales y sus valores no interfieran en el diagnóstico y tratamiento.

En muchos casos, hay una tensión considerable para poder mantener la "neutralidad afectiva". Como miembro de la sociedad en general y como afiliado a distintos grupos sociales, el médico tiene valores personales. Cuando su paciente muestra conductas que contradicen esos valores, el estrés derivado de la necesidad de mantener la neutralidad valorativa es muy fuerte. Lo mismo sucede cuando debe controlar respuestas emocionales espontáneas, que, como todo ser humano, experimenta. El hecho de estar siempre en presencia del sufrimiento y la muerte hace que esa neutralidad afectiva no sea solamente un requisito del rol sino también un mecanismo de defensa frente a la ansiedad que pueden provocar esas situaciones angustiantes.

El tercer atributo es la "orientación a la comunidad": del médico se espera que trate a sus pacientes de acuerdo con los requerimientos de salud de la comunidad y no de acuerdo con sus propias necesidades. La meta es el bienestar del paciente y no el desarrollo personal.

Por último, el requisito del "universalismo" exige que el médico trate a todos sus pacientes de acuerdo a estándares científicos y médicos, sin tener en cuenta las características personales y sociales de los mismos ni las demandas de una situación en particular.

Esta definición toma como referencia al médico particular, que ejerce su profesión en una estructura liberal, fundada en la relación directa con su paciente, y por lo tanto, el análisis no se corresponde con la realidad actual. Un examen de la práctica médica y de sus condiciones muestra una variedad de formas: práctica individual o práctica grupal, práctica hospitalaria o en otras instituciones burocráticas, práctica en consultorio o en clínicas y un acentuado decrecimiento de la práctica estrictamente liberal e individual.

Parsons también definió normativamente el rol del paciente y en esta noción reúne, en un esquema coherente, los diversos elementos de la situación del enfermo (el abandono de las responsabilidades sociales, el carácter involuntario de su estado y el derecho a recibir ayuda) y de su comportamiento (recurrir al médico, colaborar con él y obedecer sus indicaciones). Esta definición responde a la constatación de que en todas las sociedades se desarrollan exigencias normativas respecto al hecho de que un enfermo debe conducirse de una manera que se considera apropiada en dicha sociedad. Su comportamiento aparece complementario al de su entorno, responde a sus exigencias y en particular, a aquéllas de su médico. No se puede, sin embargo, dejar de señalar su débil valor descriptivo: el rol del enfermo, concebido por Parsons como un tipo ideal, se corresponde y sólo globalmente, con algunos tipos de enfermedades y con ciertas etapas de las mismas (aquéllas en que se recurre al médico). Sería necesario distinguir, según Schufer²⁴, por lo menos entre los roles del enfermo y del discapacitado (incluyendo aquí a los enfermos crónicos, para los cuales muchas de las características del modelo no se aplican: deber de curarse, abandono de roles sociales mientras dura la enfermedad).

1.3. Conceptos alternativos de la profesión médica

1.3.1. Dominación profesional

La concepción "funcionalista" de la relación médico-paciente y de la naturaleza de la profesión médica, descrita en los párrafos precedentes, fue puesta en jaque por Freidson²⁵, uno de los primeros en reconocer el conflicto

y las complejidades de la relación médico-paciente, con su teoría de la "dominación profesional".

En un nivel más amplio, su teoría de la dominación profesional desafió los conceptos claves sobre la naturaleza de las profesiones.

Freidson, tomando la sistematización de los criterios de profesión realizada por Goode²⁶, plantea que en esa ordenación existen dos características centrales, de las cuales se derivan las demás. Estas dos características centrales son "una prolongada educación especializada en un cuerpo de conocimiento abstracto" y "una orientación de servicio o colectividad". Entre las características derivadas, que presumiblemente son causadas por las características centrales, cinco se refieren a la autonomía: a) La profesión determina sus propias normas de educación y entrenamiento [...]. c) La práctica profesional frecuentemente es reconocida legalmente por alguna forma de licenciatura. d) Las juntas de licencia y de admisión están integradas por miembros de la profesión. e) La mayor parte de la legislación relativa a la profesión es estructurada por la misma profesión [...]. g) El ejerciente está relativamente liberado de la evaluación y el control lego²⁷.

Evidentemente, en el análisis de Goode, las características centrales son criterios decisivos para las profesiones en tanto se les atribuye ser la causa de la autonomía profesional y de otros muchos atributos. Y Freidson se pregunta: "¿Cuáles son, exactamente, los referentes empíricos de estas características centrales? En el primero, la educación, hay por lo menos tres problemas encubiertos de especificación: prolongado, especializado y abstracto. Dado que toda educación requiere cierto tiempo, ¿cuán prolongada ha de ser ésta para ser calificada? Considerando que cualquier educación es especializada, ¿cómo se decide si es lo suficientemente

especializada como para ser calificada? Dado que abstracto es más bien un término relativo que absoluto, ¿cómo se determina si la educación es suficientemente abstracta o teórica?"²⁸.

Por lo tanto, según Freidson, el contenido objetivo y la duración del aprendizaje es considerablemente menos decisivo que el control ocupacional sobre el aprendizaje. No la educación por sí misma, entonces, sino la cuestión de la autonomía y el control sobre la educación, concedidos a la ocupación por una elite o por un público convencido de su importancia, los que permiten diferenciar entre ocupaciones y profesiones.

La segunda característica central especificada por Goode es mucho más problemática. La colectividad u orientación de servicio se refiere habitualmente a la orientación de los miembros individuales de una ocupación más que a las organizaciones. Pero de un modo claro, las actitudes de los individuos constituyen un criterio completamente diferente al de los atributos de las instituciones ocupacionales. Éstas últimas pueden ser evaluadas empíricamente a través del examen de la legislación, de las normas administrativas y de otros documentos formales incluyendo los planes de estudios prescritos, pero, a pesar de que las actitudes de los individuos deben ser determinadas a través del estudio directo de los mismos, los estudios sobre profesiones asumen o aseguran por definición y sin soporte de evidencia empírica que la «orientación hacia el servicio» es especialmente común entre los profesionales, aun cuando faltan los tres tipos de datos necesarios para tal demostración: ¿qué proporción de profesionales manifiestan una orientación hacia el servicio y con qué intensidad? ; ¿es la orientación hacia el servicio más intensa y está más ampliamente diseminada entre los profesionales que otras orientaciones? y

¿es mayor la distribución y la intensidad de una orientación hacia el servicio entre profesionales que entre otro tipo de trabajadores?²⁹.

Como ocurría con la educación, lo único que puede ser distintivo de las profesiones en lo que se refiere a una orientación hacia el servicio es la aceptación general de su proclamación, aceptación que es fruto de su temprano éxito en la persuasión. Tal como dice Goode, "sólo en la medida que la sociedad crea que la profesión está regulada por su orientación hacia la colectividad, le concederá a la profesión una gran autonomía o libertad respecto a la supervisión y el control profano"³⁰. La orientación hacia el servicio de la profesión es una imputación pública que logró triunfalmente en un proceso por el cual sus dirigentes persuadieron a la sociedad que concediera y apoyara su autonomía. Tal imputación no significa que sus miembros se adhieran más a menudo o más intensamente a una orientación hacia el servicio que los miembros de otras ocupaciones.

Según Freidson, el único criterio verdaderamente importante y uniforme para diferenciar a las profesiones de otras ocupaciones es el hecho de la autonomía: una posición de control legítimo sobre el trabajo. Dicha autonomía no es absoluta, su existencia depende de la tolerancia e inclusive de la protección del Estado y no incluye necesariamente todas las esferas de la actividad profesional. La autonomía es el resultado crítico de la interacción entre el poder político y económico y la representación ocupacional, interacción facilitada a veces por instituciones educativas y otros dispositivos que convencieron satisfactoriamente al Estado de que el trabajo de la ocupación es fiable y valioso.

El fundamento del control médico sobre su trabajo tiene entonces un carácter claramente político, incluyendo la colaboración del Estado en el establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión y los

intentos por parte de la ocupación de dirigir los esfuerzos del Estado hacia las políticas deseadas por el grupo ocupacional. De un modo u otro, a través de un proceso de negociación política y de persuasión, la sociedad es llevada a creer que es conveniente conceder a una ocupación el status profesional de autonomía reguladora propia.

Los criterios formales de profesión determinan el marco de referencia dentro del cual tienen lugar las conductas de todos los profesionales individuales, pero no pueden especificar si los individuos difieren o no en el desempeño de su trabajo, si existen o no diferencias sistemáticas y, si así es, cuál es la naturaleza y el origen de éstas.

La cuestión del control es el anverso de la cuestión de la autonomía, ya que la autonomía es conferida a la profesión en el supuesto de que ella misma, sin interferencia exterior, regulará o controlará la actuación de sus miembros. Los profesionales gozan del especial privilegio de la exención del control ejercido por extraños. Su privilegio se justifica a través de tres proclamas. Primero, el grado de pericia y conocimiento implícito en el trabajo profesional es tal, que los no profesionales no están equipados para evaluarlo o regularlo. En segundo lugar, se reivindica que los profesionales son responsables, que se debe confiar en que ellos trabajan conscientemente sin supervisión. En tercer lugar, la proclama es que se ha de confiar en que la misma profesión se hace cargo de las correspondientes acciones regulatorias en las raras ocasiones en las que un individuo no desempeña su trabajo competente o éticamente. La profesión es la única fuente de competencia para reconocer la actuación errónea y, para regularse a sí misma en general. Su autonomía es justificada y probada por su autorregulación. "Así como la autonomía es la prueba del status profesional, del mismo modo la regulación propia es la prueba de la

autonomía profesional"³¹.

La autonomía profesional está siempre limitada en cierto grado por el poder político del que precisa para existir y estar protegida, y esos límites varían según la época y el lugar. Es una autonomía organizada creada oficialmente; lo que no implica simplemente liberarse de la competencia o de la regulación de otros trabajadores, sino que en el caso de una profesión como la medicina supone también la posibilidad de regular otras ocupaciones. "Donde encontramos una ocupación con autonomía organizada dentro de una división del trabajo, ésta domina a las otras. Libre de la regulación legítima o de la evaluación efectuada por otras ocupaciones, ella misma puede evaluar y ordenar legítimamente el trabajo de otros. Por su posición en la división del trabajo la podemos designar como una profesión dominante"³². Finalmente, en tanto se regula a sí misma y no está sometida a la evaluación ni a la regulación de otros, ella también se educa a sí misma; es decir, sus instituciones educativas o de entrenamiento tienden a ser autosuficientes y a segregarse de las otras escuelas profesionales con recursos propios y facultades independientes.

Además de la autonomía sobre su propio trabajo, el control sobre el trabajo de otros en su dominio y el poder institucional, lo que hace que una profesión sea dominante, son las creencias culturales y la deferencia que la gente acuerda a los médicos como curadores. Según Light y Levine "la cultura es la fuente fundamental del poder profesional, pero es sutil, intangible, y puede cambiar cuando la deferencia se transforma en cautela"³³.

Desde una perspectiva marxista, Menéndez lleva la teoría de la dominación profesional al extremo y habla del Modelo Médico Hegemónico que "se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente

con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía-proletariado"³⁴.

El Modelo Médico se impone no sólo a las clases dominantes, sino también a los trabajadores urbanos. Estos no sólo pasan a ser uno de los principales consumidores, sino que operan como propagandistas de dicho tipo de práctica médica y para sus principales problemas de salud, no demandan la medicina de tipo "tradicional", sino la denominada medicina "científica".

El Modelo Médico es en consecuencia reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de determinadas enfermedades y "desviaciones". Las características dominantes de dicho modelo son "su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como 'pacientes' "³⁵.

Habermas³⁶, sin mostrar ningún compromiso con la teoría marxista, aunque tiene en consideración su importancia, considera que la profesión médica reproduce la ideología del "especialista profesional", que enfatiza la racionalidad tecnológica e instrumental, cuyo único criterio de verdad es su efectividad y su valor operativo al interior de un conjunto estrecho de intereses industriales, burocráticos o militares. Estos componentes ideológicos refuerzan la reivindicación de que el conocimiento tecnológico es un poder beneficioso para la sociedad, aunque legitime desigualdades,

injusticias, opresión o elitismo. Según este autor, la medicina realiza la mediación de importantes valores sociales que sirven a los intereses socio-económicos, políticos y culturales dominantes y adquiere legitimidad en función de su posición en estrecha sintonía con la sociedad y la cultura hegemónicas.

Maseide³⁷ al analizar la relación médico - paciente dice que los sociólogos, basándose en conceptos marxistas, weberianos o conductistas acerca del poder, han enfatizado que los pacientes son víctimas de una asimetría en la relación, de la soberanía médica y de la explotación del profesional y que esa descripción de las variadas formas de influencia, control y dominación sólo permiten una incompleta e inadecuada comprensión de la relación entre conocimientos, competencia y poder en la práctica médica. En una vuelta de tuerca acerca del problema del control, sostiene que, en el encuentro clínico, el poder es necesario y muchas veces benigno. Permite que el médico actúe con competencia en una situación específica dentro de un marco institucional, que es lo que los pacientes demandan y lo que prescribe la comunidad profesional.

1.3.2. Proletarización

Otra teoría que trata de explicar los cambios en la profesión médica, desde una perspectiva marxista, con un signo opuesto a la de la dominación profesional es la de la "proletarización".

Según McKinlay y Arches³⁸ la proletarización es el proceso por el cual una categoría ocupacional es despojada del control de ciertas prerrogativas relacionadas con la ubicación, el contenido y la esencia de sus actividades

laborales y de este modo subordinada a las exigencias más amplias de la producción bajo el capitalismo avanzado. Dado que los desarrollos tecnológicos han incrementado los requerimientos de capital, los profesionales están forzados a depender de los capitalistas para obtener insumos y equipos y al aumentar esa dependencia, aumenta el poder de los capitalistas para modificar la práctica médica, la "producción".

Este entendimiento está basado en la concepción inicial de Marx y Engels de que con el desarrollo del capitalismo seríamos testigos de una creciente proletarización de las clases. De acuerdo con esa tesis, un número creciente de estratos, incluyendo las profesiones, serían arrastrados hacia una de las dos clases opuestas: la clase capitalista, poseedora de los medios de producción y la clase trabajadora, que sólo posee su fuerza laboral y la vende al capital. "La burguesía ha despojado de su aureola a todas las profesiones hasta entonces reputadas de venerables y veneradas. Del médico, del jurisconsulto, del sacerdote, del poeta, del sabio, ha hecho trabajadores asalariados"³⁹. Aunque Marx y Engels no usaron el término proletarios en esta frase, usan trabajadores asalariados como un sinónimo. Siguiendo esta posición atribuida al joven Marx, varios autores contemporáneos definieron el proceso de declinación del control profesional sobre sus condiciones de trabajo como un proceso de proletarización. McKinley y Arches⁴⁰ son los autores que mejor articulan esta tesis cuando dicen que se están dando dos procesos interrelacionados: la burocratización de la atención médica -principalmente a través de la introducción de relaciones capitalistas- tiene como resultado que, incluso los médicos, presentan evidencias de ser lentamente proletarizados.

Argumentan que la expansión del capitalismo ha inducido un mayor control social a través de la burocracia. Los médicos toman, en forma

creciente, posiciones asalariadas en organizaciones burocráticas donde las normas regulatorias y la jerarquía administrativa moldean la forma en que se ejerce la medicina. Además el creciente número de médicos debilita su poder en el mercado y aumenta el poder de los burócratas para imponer los términos.

"Con relación a la empresa médica, la burocratización facilita, entre otras cosas, la introducción de tecnología cada vez más sofisticada, que recorta los precios y la viabilidad de formas anteriormente rentables de provisión de servicios (en particular, la práctica aislada y los pequeños grupos de profesionales) y lentamente las canaliza hacia un mercado médico cada vez más competitivo"⁴¹.

Las razones que se manejan generalmente para explicar la burocratización de la atención médica se relacionan con criterios tales como racionalidad, necesidad de centralización, supuestas economías de escala, los llamados "adelantos" en tecnología médica, argumentos concernientes a la calidad de la atención y a la eficiencia. Contrariamente, ellos sostienen que la organización burocrática resulta directamente de la necesidad que tienen todas las instituciones de someterse a la lógica del capitalismo para proteger y extender las relaciones capitalistas, principalmente por el ejercicio de formas penetrantes de control social. Históricamente, la burocratización ha sido el mecanismo a través del cual los principales requerimientos del capitalismo han sido cumplidos y sus relaciones protegidas, situación que parece afirmarse en mayor medida en la actualidad.

El principio fundamental del argumento de la proletarización es que a medida que este proceso ocurre, la profesión médica es sistemáticamente desposeída de su control sobre ciertas prerrogativas ocupacionales clave:

1. los criterios de ingreso (por ej. el sistema de acreditación y los requisitos para convertirse en miembro);
2. el contenido de entrenamiento (por ej. los contenidos y objetivos del currículum);
3. la autonomía con relación a los términos y contenidos del trabajo (por ej. las formas mediante las cuales se realiza lo que debe hacerse);
4. los objetos de trabajo (por ej. los bienes producidos y los clientes servidos); 5. los instrumentos de trabajo (aparatos, biotecnología, complejo químico);
6. los medios de trabajo (edificios, terrenos);
7. el monto de la remuneración por el trabajo (por ej. niveles de sueldos y salarios, honorarios)^{42 43}.

Los tres cambios que subyacen al argumento de la proletarización son la creciente complejidad técnica y organizacional de la medicina moderna, el aumento de las corporaciones de salud cuyos propietarios son inversionistas y la necesidad de esas corporaciones de controlar los costos crecientes de la atención médica.

Consistente con esta postura, Donnangelo⁴⁴ interpreta el creciente asalaramiento de los médicos como una consecuencia inevitable del paso de un patrón "artesanal" a nuevas modalidades de organización de la producción, en donde el aumento de la productividad y la diversificación de los medios de trabajo generan un cuadro organizacional complejo y burocratizado en el que el productor de servicios (el médico) tiende a perder el control del proceso y la posesión de los medios de producción.

1.3.3. Desprofesionalización

Casi al mismo tiempo en que Freidson percibía los excesos y desbalances de la dominación profesional, Haugh⁴⁵ describía los inicios de la "desprofesionalización", definiéndola como la pérdida "de su monopolio sobre el conocimiento, de la creencia del público en sus características de servicio y de las expectativas de autonomía sobre su trabajo y de autoridad sobre su cliente".

Según esta autora, a las nuevas configuraciones del trabajo manifestadas en la profusión de paramédicos o de nuevas especialidades como la medicina familiar, se agregan otras fuerzas que debilitan la dominación de la profesión: la difusión del conocimiento a través de las computadoras, el aumento de la alfabetización, el aumento de la disconformidad entre los legos con algunos profesionales por una práctica que no tiene en cuenta los intereses del cliente.

Su hipótesis es que a medida que más personas crean que las decisiones de los profesionales están sujetas a discusión lega y que el carisma del profesional se opaque, los desafíos a la autoridad y autonomía de los expertos aumentarán.

Para verificarla examina las tendencias que socavan 1) el monopolio del conocimiento, 2) la autoridad del profesional y 3) la autonomía en el trabajo⁴⁶.

Con respecto al monopolio del conocimiento señala que, a pesar del continuo descubrimiento de nuevas técnicas y conocimientos, los medios han popularizado y hecho accesible gran parte de los conocimientos médicos a públicos cuyo nivel educacional creciente les permite comprenderlos, por lo menos en líneas generales. El creciente mercado existente para los libros sobre cuestiones médicas indica que un número

cada vez mayor de personas puede o quiere ser su propio médico, o por lo menos estar más informado cuando acude a la consulta con un profesional. Sin embargo, cree que la mayor amenaza es la tecnología informática: ya están disponibles programas para el diagnóstico computarizado y para evaluar árboles de decisión que indican cuál es el curso de tratamiento con mayores probabilidades de éxito. No se sabe cuál es el grado en el que los desarrollos computacionales pueden reemplazar el juicio médico, pero los avances son tan rápidos que el monopolio del conocimiento médico está comprometido.

Con respecto al segundo punto, la erosión de la autoridad sobre los pacientes, señala que existe renuencia por parte de muchos pacientes a prestar una obediencia sin cuestionamientos a la autoridad del médico. La educación creciente de vastos sectores de la población hace más difícil la aceptación acrítica de las órdenes del médico. Si antes la desobediencia era encubierta, bajo la forma de no-cumplimiento de las indicaciones, ahora las demandas por una mayor participación en las decisiones se exigen abiertamente. Los pacientes son exhortados a demandar y hacer valer sus derechos en los medios, en los libros populares destinados al público en general y aun en revistas científicas. Y los juicios de mala praxis son un fenómeno creciente que asusta y moviliza a los profesionales. Además, el crecimiento de los grupos de auto-ayuda de consumidores y pacientes, junto con la emergencia de una variedad de trabajadores de la salud aliados, ha aumentado la confianza en el sistema lego o por lo menos no profesional, de referencia. Para mucha gente, la información intercambiada en esos encuentros legos o no profesionales plantea una alternativa atractiva al conocimiento académico de los médicos.

Por último, la autonomía se ve amenazada, bajo la forma de una mayor exigencia del control del desempeño profesional individual por los pares, o por la aparición de organizaciones que fijan estándares acerca del número de consultas, de los medios diagnósticos a utilizar o del tipo de tratamiento a prescribir. También la creciente especialización dentro de la medicina hace a los médicos más dependientes entre sí y de otros expertos no médicos. La dependencia de otros médicos esfuma el poder de cualquier médico individual, dado que debe confiar en el consejo y la pericia de sus colegas y la dependencia de expertos no médicos diluye el poder de todos los médicos, dado que deben confiar en el consejo y la pericia de otros fuera de la profesión.

Según Haug⁴⁷ la hipótesis de la desprofesionalización no puede ser rechazada pero tampoco verificada totalmente y el mayor imponderable es el efecto de la tecnología, especialmente la computacional.

1.3.4. Corporativización

El argumento de la corporativización acompaña la teoría de la proletarización sin los supuestos marxistas⁴⁸. Se refiere a la experiencia de ser sometido a formas de control corporativo, tales como auditoría de utilización y de calidad, estructuras de incentivos, restricciones a los patrones y organización de la práctica y la reestructuración del mercado de trabajo de proveedores individuales o en pequeños grupos a complejos multi-institucionales. La corporativización se refiere también a la paradoja de que los médicos dependen de estas organizaciones complejas y de esos arreglos financieros para desarrollar su trabajo, dándose cuenta al mismo tiempo que estas instituciones se entrometen en su trabajo, mediatizan la relación con los

pacientes y dañan potencialmente su credibilidad ante la sociedad como un todo. Según Derber⁴⁹ esto conlleva una "proletarización ideológica", entendida como la pérdida de control sobre el producto o los fines del propio trabajo, aun cuando se mantenga el control sobre los medios o las técnicas del trabajo.

Derber cree que la mayoría de los profesionales se adaptan a esta proletarización ideológica. Se desensibilizan del asunto dissociándose de los fines de la institución y/o negando que ese control sobre el producto de su trabajo sea importante. Lo que importa es que uno haga bien su trabajo.

El término corporativización también debe considerar el desarrollo de un impulso corporativo dentro de la profesión a medida que los médicos transformaron sus consultorios en centros ambulatorios capital-intensivos para el diagnóstico y el tratamiento. Ambas dimensiones del concepto deben ser tenidas en cuenta. Y debe ser objeto de una investigación más profunda cómo las nuevas estructuras corporativas afectan el trabajo profesional sin romantizar el grado de autonomía que los médicos tenían en los "viejos años dorados" de la práctica privada.

La corporativización está impulsada por una serie de factores, de los cuales el más importante parece ser un obsesivo afán por la eficiencia para reducir costos de la atención médica (o aumentar los beneficios) a través de economías de escala, modelos alternativos de cuidado (ambulatorios versus hospitalización), trabajadores de salud no médicos y programas de reducción del uso de los servicios médicos⁵⁰.

En 1982 Starr⁵¹ alertaba sobre la aceleración del cambio más importante que se estaba operando sobre la profesión médica: "el crecimiento de las empresas corporativas en los servicios de salud, con su profundo impacto en el carácter y la política de la atención médica y sus instituciones".

El cambio va más allá de la penetración creciente de empresas con fines de lucro en los servicios de atención médica y se expresa en un movimiento, a través de toda la industria del cuidado de la salud, en pos de mayores niveles de integración del control.

Según Starr⁵² deben distinguirse cinco dimensiones:

1. Cambios en el tipo de propiedad y control: traspaso de organizaciones gubernamentales o sin fines de lucro a compañías lucrativas.
2. Integración horizontal: declinación de instituciones independientes y crecimiento de los sistemas multi-institucionales, con el consecuente cambio del control a corporaciones de alcance nacional.
3. Diversificación y reestructuración corporativa: paso de organizaciones únicas que operaban en un solo mercado a empresas conglomeradas, muchas veces organizadas en "*holdings*", que prestan servicios a diferentes mercados de salud.
4. Integración vertical: el pasaje de organizaciones de un solo nivel de atención a organizaciones que atienden diferentes niveles de complejidad.
5. Concentración industrial: la creciente concentración de propiedad y control de los servicios de salud a nivel regional, nacional y aún mundial.

1.3.5. La discusión entre las teorías

Las teorías sobre la profesión médica y sus cambios tienen sus defensores y sus críticos.

Freidson⁵³, en primer lugar, rebate las críticas acerca de su análisis del status privilegiado de la profesión médica. Aunque reconoce que algunos cambios específicos se han producido en las décadas de los '70 y '80, descarta la tesis de la desprofesionalización, ya que según él, las profesiones siguen

teniendo el monopolio sobre un segmento importante del conocimiento formal, y aunque los competidores y el aumento del conocimiento en manos de los legos pueda apropiarse de algunos de estos, nuevos conocimientos toman el lugar de lo que se ha perdido y por lo tanto, la brecha se mantiene. De igual modo, aunque el poder de las computadoras para almacenar conocimiento codificado no puede ser ignorado, son los miembros de cada profesión los que deciden qué es lo que se va a almacenar, cómo se lo va a hacer y quiénes están capacitados para interpretar y emplear lo que se recupera. Si bien reconoce la importancia de los cambios identificados por Haug, se niega a aceptarlos como evidencia para el argumento de desprofesionalización y rechaza completamente las nociones de que la medicina ha perdido su *relativa* a) posición de prestigio y respeto, o b) pericia o c) el monopolio sobre esa pericia (expertise).

Con respecto de la tesis de la proletarización, Freidson⁵⁴ enfatiza que si bien la autonomía de los médicos individuales puede haber sido reducida, la autonomía de la profesión permanece igual. Y que si bien cumplen órdenes como muchos otros trabajadores, esas órdenes son impartidas sólo por médicos. Al respecto, creo que no tiene en cuenta que en la situación actual muchos de los administradores de las instituciones no son médicos y que si lo son, su nuevo rol los hace apartarse de los intereses de la profesión.

En esencia, aunque acuerda con McKinlay respecto de algunos cambios, Freidson⁵⁵ los ve como ocurriendo dentro de la medicina, más que afuera de ella. Dice Freidson que los cambios deben ser interpretados como burocratización en el sentido de los tipos ideales de Weber, porque están acompañados de un crecimiento de las posiciones jerárquicas a medida que las organizaciones de atención médica crecen en tamaño, los registros son

cada vez más elaborados, la evaluación del trabajo es regulada cada vez más por estándares específicos, se extiende la supervisión en la forma de evaluación del trabajo y las posiciones jerárquicas de responsabilidad aumentan en número y variedad. Estos cambios afectan más la organización interna de la profesión, las relaciones entre los médicos que la posición de la profesión como un cuerpo corporativo en la división social e institucional del trabajo.

Las respuestas de Freidson a sus críticos son una clarificación, no una modificación de los alcances de su teoría de la dominación profesional.

El debate dominación profesional/desprofesionalización/proletarización ha sido complicado por los diferentes marcos de referencia analíticos utilizados. Freidson ha elegido dirigir sus argumentos hacia la medicina en un nivel macro-organizacional, mientras que muchos de los contraargumentos de las escuelas de la desprofesionalización y la proletarización focalizaron los cambios en el nivel de los profesionales (ya sea como individuos o colectividades). El resultado ha sido que Freidson pudiera aceptar los datos citados para apoyar esas teorías alternativas al mismo tiempo que demostrar que ninguno de ellos indicaba el debilitamiento del status dominante de la medicina como una entidad corporativa.

La habilidad de Freidson para desafiar exitosamente a sus críticos ha oscurecido las similitudes compartidas por las tres perspectivas⁵⁶.

Haugh, Mc Kinlay y Freidson están de acuerdo en que la provisión de los servicios médicos está sufriendo cambios sustanciales, incluyendo un aumento en la racionalización y en la formalización. Todos reconocen el aumento en la oferta de médicos y la intensificación de la competencia entre ellos. También reconocen la promulgación de regulaciones que

gobiernan la práctica médica y un descenso en la autonomía y en la satisfacción con el trabajo entre los profesionales individuales. Todos citan una declinación o por lo menos una nivelación de los ingresos de los médicos y un aumento del consumismo entre los pacientes. Por lo tanto, a pesar de las diferencias, hay acuerdos sustanciales con respecto a la naturaleza y la dirección de los cambios que ocurren tanto en la medicina como en la sociedad. Lo que es claro es que la evidencia a nivel de los profesionales no desafía adecuadamente la tesis de Freidson de la dominación profesional⁵⁷.

Navarro⁵⁸, en cambio, cuestiona tanto la teoría de la dominación profesional como la teoría de la proletarización.

Se pregunta ¿dominaron los médicos alguna vez la Medicina? y su tesis es que los médicos no perdieron su dominación sino que nunca la tuvieron. Busca sustento en el análisis histórico del surgimiento de las profesiones que, según él, no muestra, como la posición de la dominación profesional postula, que las profesiones fueron hábiles para convencer a la elite de los méritos de su trabajo, sino, por el contrario, que fue la elite quien seleccionó, reprodujo y estableció las profesiones. La elite era una fracción de una clase dominante que jugó un rol central en la definición del contexto social, político y económico de las profesiones. La Medicina tal como la conocemos fue establecida en un contexto de gran inquietud social en la Alemania del siglo XIX. El capitalismo cambió la sociedad de un sistema mercantil a otro industrial y esos cambios tuvieron un impacto abrumador sobre las definiciones de la salud, la enfermedad y la medicina. Diferentes intereses de clase desataron un conflicto de ideologías: una versión de la medicina por parte de la clase trabajadora y los elementos revolucionarios de la burguesía naciente veía la enfermedad como un resultado de las

existentes relaciones de la sociedad y proponía intervenciones sociopolíticas y económicas para alterar esas relaciones de poder. Esta versión de la medicina no prevaleció. La burguesía una vez que obtuvo la hegemonía, se sintió amenazada por los llamados a un cambio estructural y apoyó otra versión de la medicina que no le resultaba peligrosa. Una versión para la cual la enfermedad no era un resultado de las relaciones de poder específicas sino un fenómeno biológico-individual en el cual la causa de la enfermedad era un microagente, la bacteria. En esta redefinición, la medicina clínica devino la rama que estudiaba el fenómeno biológico-individual y la medicina social y la salud pública, las ramas que estudiaban la distribución de la enfermedad como el agregado de los fenómenos individuales. Ambas ramas de la medicina compartían el mismo entendimiento de la enfermedad como una alternación patológica o cambio en el cuerpo humano, percibido como una máquina, causada por uno o varios agentes. Esta visión mecanicista de la enfermedad es todavía predominante en medicina y explica la división del trabajo (especialización) en el conocimiento y la práctica médica que se ha desarrollado alrededor de piezas específicas del cuerpo entendido como máquina (cardiología, neurología, etc.).

Según Kirschner⁵⁹ había una afinidad entre las demandas de profesionalidad como medio de cambio y la contención de la inquietud social, había y hay, una tensión estructural entre la democracia (deseo popular de mandar) y los expertos, apoyados por el *establishment* dominante, respecto de cómo dirigir la sociedad y los cambios y con qué propósitos.

Este recorrido histórico a través del origen de la profesión médica es esencial para entender el contexto sociopolítico en el que el poder de las

profesiones fue establecido y continua siendo reproducido. El poder profesional estaba y está sumergido en otras formas de poder tales como clase, raza, género y otras fuerzas que moldean la producción del conocimiento, la práctica y las instituciones de la medicina. El poder de las profesiones está subordinado a poderosas fuerzas tales como las clases sociales que tienen una abrumadora influencia en medicina. Es innecesario decir que las clases dominadas y otras fuerzas dominadas, como minorías y mujeres también tienen influencia en el desarrollo de la medicina, pero la dominación de una clase y la hegemonía de su ideología determina los parámetros dentro de los cuales este conjunto de influencias tiene lugar⁶⁰.

Aunque, según Navarro, la profesión médica nunca fue la fuerza dominante, fue una fuerza importante y su poder ha venido declinando. Pero esta pérdida de poder no puede ser igualada a una proletarización de la profesión médica.

La contribución intelectual de autores como Mc. Kinlay y Arches para dismantelar la posición teórica de la dominación profesional es importante, pero se debe diferenciar el proceso bien documentado de pérdida de la autonomía profesional del proceso de proletarización. Por otro lado, la creciente polarización de las sociedades en dos clases es una de las predicciones de Marx y Engels que ha probado ser errónea. Los mapas estructurales de las clases en nuestra sociedad muestran un estrato técnico - profesional creciente con intereses materiales diferentes de las dos clases polares. Los miembros de este estrato técnico - profesional se han convertido en asalariados y han visto declinar su autonomía. Los médicos, a pesar de perder poder profesional sobre los medios materiales de producir servicios médicos (hospitales, equipamiento médico y otros recursos), sobre las formas organizativas (sistemas de financiamiento y organización

de la atención médica) y aún sobre el proceso de acreditación de sus habilidades, retienen una considerable influencia sobre esos medios de producción, mucho más que la influencia que los proletarios tienen sobre los suyos. Mas aún, los médicos no serán gradualmente "descalificados", como estos autores pronostican⁶¹. Y esta imposibilidad es el resultado de las diferentes funciones que los profesionales y los trabajadores tienen en la sociedad capitalista.

La medicina tiene una función -curar y cuidar- que es necesaria en toda sociedad. Cómo se lleva a cabo esa función necesaria depende de las relaciones de poder en esa sociedad, reproducidas en el conocimiento, la práctica y la organización de la medicina. "Como mostraron los movimientos de los '60 y '70, la medicina reproduce el clasismo, sexismo y racismo dominantes en la sociedad, no sólo en los usos de la medicina (por ej. asignación de recursos) sino también en la producción de la medicina (conocimientos y práctica). En otras palabras, la medicina tiene tanto una función necesaria como una función dominante. Y las dos funciones no están relacionadas en condiciones de exterioridad; más bien, una función se realiza a través de la otra. Cómo se desarrolla la función necesaria está determinado por la función dominante o controladora"⁶².

Este punto es importante a la luz de la superabundancia de autores que ven a la medicina primordialmente como una agencia de control y dominación, por ejemplo, Illich⁶³, Menéndez⁶⁴. Esta escuela de pensamiento ignora la función necesaria, demostrada por la efectividad de la atención médica en el alivio de los daños creados por la enfermedad.

Por otro lado, la versión que sólo hace hincapié en la función necesaria corre el peligro de ver a la medicina como un conjunto neutral de

organizaciones, instituciones, prácticas y conocimientos, cuyo crecimiento debe ser estimulado como parte del "progreso".

Por último, según Navarro⁶⁵, el término "proletarización" puede ser políticamente engañoso: si los médicos se transforman en proletarios, se podría concluir que podrían tomar posiciones semejantes a las de la clase obrera; sin embargo, históricamente, la experiencia muestra otra cosa: la profesión médica y sus instrumentos (asociaciones profesionales, colegios, federaciones, etc.) raramente han apoyado las transformaciones demandadas por el movimiento obrero y otras fuerzas progresistas. Mas aún, la profesión médica incluye grupos con intereses diferentes, pero ciertos intereses son comunes y difieren de los intereses de la clase trabajadora. En este sentido el concepto y la terminología de la proletarización no se ajustan a la realidad.

1.4. Los cambios en la profesión

Los cambios en la profesión y en la práctica médicas que las teorías enunciadas más arriba pretenden explicar, desde una óptica u otra, o más modernamente a través de la convergencia entre ellas, aparecen ligados a múltiples factores, cada uno de los cuales podría ser objeto de una investigación específica y que están enunciados sin suponer ningún tipo de preeminencia:

* los avances tecnológicos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de innumerables enfermedades, que requieren nuevos equipos, nuevas plantas, diferente entrenamiento y nuevas categorías de profesionales: el aumento de los costos de la atención médica (expresado en términos de

porcentaje del PBI, en los EE.UU., se elevó del 4.4% en 1950 al 12.7% en 1990) puso bajo la lupa la tecnología, a la que se considera responsable de más de la mitad de los aumentos de costos en los años recientes.

El desarrollo, la difusión y el uso de las tecnologías médicas han sido descritos como un proceso que incluye por lo menos siete pasos:

- descubrimiento, a través de la investigación de nuevos conocimientos y relación de este desarrollo con la base de conocimiento existente;
- traslación del nuevo conocimiento, a través de la investigación aplicada, a una nueva tecnología, y desarrollo de la estrategia para incorporar la tecnología al sistema de atención de la salud;
- evaluación de la seguridad y eficacia de la nueva tecnología a través de medios tales como los ensayos clínicos controlados;
- desarrollo y operación de programas de demostración y control para evaluar la posibilidad de un uso extendido;
- difusión de la nueva tecnología, comenzando con los experimentos y demostraciones, y continuando a través de un proceso de aceptación creciente dentro de la práctica médica;
- educación del profesional y apoyo a las comunidades en el uso de la nueva tecnología;
- aplicación capacitada y equilibrada de los nuevos desarrollos a la población.

Esta secuencia de siete pasos ofrece un modelo lógico para atender el proceso de desarrollo, pero la tecnología médica, como otras, emerge de un proceso que es bastante menos sistemático y seguramente menos lineal que el que este modelo describe⁶⁶.

Las preocupaciones en torno a la tecnología médica trascienden el tema de los costos. Si bien la tecnología médica hizo sin duda grandes

contribuciones a la salud, los beneficios de cada tecnología específica no son siempre tan claros, especialmente en los años recientes. Los triunfos de las décadas previas parecen alentar una aceptación casi incuestionada de la nueva tecnología. Sin embargo, muchas de las tecnologías introducidas durante los últimos años fueron cuestionadas. Algunas tecnologías médicas fueron extensamente utilizadas y luego abandonadas debido a su falta de efectividad y los riesgos asociados a la tecnología están ganando una atención creciente⁶⁷.

Este desarrollo tecnológico no sólo se refiere al equipamiento médico sino también a la introducción de nuevas drogas y nuevos medicamentos, y en los últimos años, de la informática, tanto para el registro de datos como para la comunicación y la enseñanza.

* la aparición de nuevas enfermedades y la desaparición de otras (y la reaparición de algunas que se creían controladas): enfermedades, que constituían verdaderos flagelos, como la poliomielitis o el sarampión han sido controladas o, como la viruela, erradicadas totalmente, pero la aparición del SIDA plantea nuevos desafíos, no sólo técnicos sino éticos. El recrudecimiento del cólera y de la tuberculosis, asociadas a condiciones socioeconómicas críticas, retrotrae a grandes grupos poblacionales a situaciones que se creían superadas. La prolongación de la vida y la transformación de muchas enfermedades mortales en enfermedades crónicas plantean también un cambio en el objetivo de la práctica médica: cuidar en lugar de curar.

* la extensión de la medicalización a muchos fenómenos que antes no entraban dentro de la esfera de interés de la Medicina: este proceso de

expansión creciente de la intervención médica, altamente tecnificada, en la vida cotidiana de las personas⁶⁸ ha llevado a Illich⁶⁹ a sostener que se ha generalizado la idea de que una persona necesita cuidados médicos tan sólo y simplemente por estar embarazada, ser un recién nacido, encontrarse en la menopausia, ser un anciano. La vida no es más una sucesión de diferentes formas de salud, sino una secuencia de períodos, cada uno de los cuales exige una forma particular de consumo terapéutico.

* la especialización y superespecialización de los profesionales, con la fragmentación del paciente que esa tendencia conlleva: desmintiendo una afirmación de un médico norteamericano en 1939 que sostenía que "el día del especialista ha pasado"⁷⁰, la tendencia a una especialización cada vez mayor lleva a Fryer⁷¹ y a García Díaz⁷² a hablar de la existencia de una "plétora de especialistas". Según Rosen⁷³ este desarrollo de la especialización médica no deriva tanto de la acumulación de conocimientos empíricos especializados, sino de una concepción de la enfermedad que permite una aplicación intensiva a áreas problemáticas circunscriptas, lo que a su vez lleva a nuevos procedimientos que necesitan de una experiencia especializada para manejar los problemas dados.

* el surgimiento de los administradores médicos como un nuevo grupo profesional: las necesidades de organizaciones más complejas están convirtiendo la administración de las instituciones de salud en una ocupación de tiempo completo, llevada a cabo muchas veces por profesionales no-médicos: ingenieros, administradores de empresas, economistas. La racionalidad que los guía no es médica, sino económica - o mejor dicho, economicista- para tratar de poner freno a los costos siempre en alza de la

atención médica. Y sus decisiones ponen en jaque la autonomía del médico para llevar a cabo su tarea.

* la plétora médica, o más precisamente, el fenómeno de la desigual distribución de profesionales entre las distintas regiones de un país: la superabundancia de médicos es un tema que aparece en forma reiterada en diferentes autores^{74 75 76}. Ya en 1923, un médico de Córdoba⁷⁷ se refería a los problemas que trae el aumento del número de médicos: "La cantidad ha destruido la austeridad y la autoridad de los galenos... La cantidad ha quitado el encanto del arte, para darnos la desilusión de la industria... La profusión de médicos atenta contra los intereses morales y materiales de los mismos...". Aunque reconoce algunas de sus ventajas "para la humanidad doliente y la que no sufre... La cantidad ha despertado el adelanto de la ciencia, la ha socializado, la ha puesto al servicio de todos...". Este tema con respecto a nuestro país se trata más exhaustivamente en el Capítulo III.

* la feminización de la profesión: en las últimas décadas se ha producido un constante y creciente ingreso de las mujeres en la carrera de Medicina. El avance cuantitativo ha creado según Ferreira⁷⁸ "una ilusión de igualdad", ya que las condiciones del ejercicio profesional no son similares entre hombres y mujeres. Schufer⁷⁹, al analizar comparativamente los hombres y mujeres de una muestra de 617 profesionales en actividad de la Provincia de Buenos Aires, 21% de los cuales eran mujeres delinea el perfil de la mujer médica: es una profesional cuyas expectativas apuntan no tanto a los logros económicos⁸⁰ o al prestigio académico sino más bien a una actitud de servicio. Aunque últimamente hay más médicas en todas las especialidades, generalmente eligen aquéllas que supuestamente están más de

acuerdo con su rol femenino: cuidar - a los niños (pediatría) o a otras mujeres (ginecología) y desechan las quirúrgicas, más prestigiosas y mejor remuneradas. No ocupan cargos jerárquicos en las instituciones asistenciales ni en las asociaciones científicas o académicas y dedican menos tiempo a su profesión condicionadas por su rol femenino como esposa - madre- ama de casa. Según Young⁸¹ "cualquiera sea la forma de vida doméstica que una mujer médica elija, haya o no sacrificado su sexo y/o reproducción, dejará una gran parte de su condición femenina en su casa, y si ocupa una posición de responsabilidad, tenderá a adoptar una postura masculina en su trabajo. A las mujeres con menos responsabilidades o con dedicación parcial les resultará más fácil ser femeninas, pues a ellas no se les ha exigido cultivar los atributos masculinos para alcanzar la posición en que están... una mujer médica, cualquiera sea su puesto, es vista en nuestra cultura como una especie de hombre honorífico, en función simplemente del concepto social acerca de lo que es un doctor y de lo que es una mujer, y por tanto, tendrá dificultades para integrar su auto-identidad como mujer con su condición de doctor, y para expresarse enteramente como sí misma en su trabajo..."

Con respecto a la elección de la especialidad, Machado y Boaventura Leite⁸² se preguntan "¿Por qué no se ven por lo común mujeres ortopedistas, cirujanas o nefrólogas?. ¿Por qué las mujeres no ejercen la Urología, como sería normal visto el excesivo número de médicos ginecólogos actuando en el mercado? ¿Se tratará de una simple cuestión de preferencia? ¿Qué justificaciones se dan para la ausencia de mujeres en las áreas superespecializadas de la medicina? ¿Será una preferencia masiva por la medicina general?".

* la inclusión de grandes capitales financieros e industriales en el negocio de la Medicina: este aspecto ha sido comentado más arriba cuando se trató la teoría de la corporativización. Este fenómeno no es nuevo: ya en 1980 el editor de *The New England Journal of Medicine* señalaba que el surgimiento de un "nuevo complejo médico - industrial" era, en la actualidad, el "acontecimiento más importante de la atención médica" y distinguía entre el actual negocio de vender servicios de salud a los pacientes para obtener beneficios del "viejo" complejo de empresas que vendían drogas, equipos y seguros⁸³.

* la aparición y la extensión de la cobertura de los sistemas de la seguridad social a sectores que antes no tenían acceso a la atención de su salud: en otras épocas, sólo las clases sociales más altas podían acceder a los servicios privados de salud mientras que los pobres era cubiertos por la atención brindada por las órdenes religiosas o la beneficencia pública. Más tarde, los trabajadores industriales cubrieron su atención médica general mediante seguros voluntarios, que luego se convirtieron en seguros sociales obligatorios. Gradualmente, otros tipos de trabajadores fueron incluidos en esa cobertura, como los trabajadores rurales. Así, hacia la Segunda Guerra Mundial, esta extensión gradual de la cobertura llegó, en los países industrializados, al 50% de la población.

El incremento de la cobertura de salud de la población es una tendencia general de casi todos los países del mundo y se ha logrado, con sus más y sus menos, a través de la seguridad social o de la financiación por rentas generales⁸⁴.

Según Laín Entralgo⁸⁵ la sociedad europea comenzó a rebelarse contra el desvalimiento en virtud de tres instancias principales: el sentimiento de

dignidad de la persona, la lucha por el reconocimiento de un derecho y la deliberada persecución de una ventaja.

Entre los utopistas y filántropos ulteriores al Renacimiento y sobre todo a partir de la Declaración de los Derechos Humanos por la Asamblea Constituyente de la Revolución Francesa (1789) comenzó a afirmarse que a esa dignidad debe corresponder el derecho de todos los hombres al tratamiento de sus enfermedades sin discriminación por su situación socioeconómica. El siglo XX va a ser testigo de la lucha por la consecución de ese derecho, a través de la lucha de los trabajadores, en un momento en que la Medicina comenzó a ser más eficaz pero más cara. Por otra parte, la consideración del mejor rendimiento laboral del obrero sano, la visión del operario como fuerza de trabajo actuó como contrapartida a aquella lucha, cualquiera fuera la índole de la empresa, estatal o capitalista. En 1927, una recomendación de la Organización Internacional del Trabajo decía: "...el mantenimiento de una mano de obra sana y vigorosa es de capital importancia no sólo para los trabajadores sino también para las comunidades que deseen desarrollar su capacidad de producción..."

* el rol del Estado a través del financiamiento y la regulación, de acuerdo a sus distintas formas de intervención en los distintos momentos históricos: la preocupación del Estado por la salud pública y la atención médica aparece con el surgimiento de la clase obrera. "Aunque ya en la Antigua Roma se había implementado un modelo higienista, la intervención del Estado en salud no fue significativa hasta el siglo XVII" ⁸⁶. El Estado interviene en salud a través de: a) la información y persuasión a la población tanto respecto de prácticas preventivas como de los riesgos de determinadas conductas; b) la provisión de servicios que brinda directamente a la

comunidad; c) la compra de servicios al sector privado, ya sean equipos, medicamentos o prestaciones; d) la financiación de las acciones, cuando destina recursos públicos para la atención de la salud; e) la regulación de la actividad global del sistema, respecto de los recursos humanos, de la infraestructura, de la organización de los sistemas prestacionales, de la oferta de medicamentos; f) la legislación acerca del funcionamiento del sistema y de las relaciones entre los diferentes actores.

* la demanda creciente de atención médica por parte de la población: tanto en lo que hace al número de consultas médicas como a la diversidad y complejidad de los servicios demandados. Muchos fenómenos, tanto sociales como específicos del campo de la salud, algunos ya mencionados en los párrafos precedentes, actúan en forma concomitante para producir este efecto: los progresos en el diagnóstico y tratamiento de innumerables enfermedades aumentaron la confianza en la Medicina de sectores cada vez más amplios de la población, que, por el proceso de industrialización y urbanización, estaban más cerca y tenían una accesibilidad a los servicios asistenciales mayor que en cualquier época del pasado. La prédica de los movimientos sociales y sindicales que hicieron tomar conciencia del derecho a la salud también se tradujo en una mayor demanda de asistencia. Los cambios en la composición de la población, con el envejecimiento paulatino de la misma en muchos países también es un factor coadyuvante en el aumento de la demanda.

* la emergencia de un público más conocedor y cuestionador: como se comentó a propósito de la teoría de la desprofesionalización, la elevación de los niveles educativos de la población y la circulación creciente de

información médica a través de los medios de comunicación ha reducido la brecha entre el saber médico y el saber profano. "Una sociedad más informada y escolarizada -con menos analfabetos y semi-analfabetos y con más individuos con estudios medios y superiores- es una sociedad en la que habría más sujetos en condiciones de posicionarse más simétricamente frente al médico... Aunque la índole de la vida social moderna arraiga profundamente en mecanismos de confianza en sistemas abstractos -como los conocimientos científicos de la medicina-, se trata de una confianza muy especial: una confianza 'activa' que, en contraste con las épocas previas, tiene que ser permanentemente 'ganada' y 'retenida', habida cuenta de una incertidumbre creciente. A diferencia del pasado, cuando la ciencia estaba revestida de un importante grado de mística, la relación entre la medicina y la gente profana se construye cada vez más alrededor de una dialéctica reflexiva de confianza y duda, certeza e incertidumbre, reverencia y desilusión" ⁸⁷.

1.5. Niveles de análisis

El estudio de los cambios en la profesión médica supone cuatro niveles de análisis⁸⁸ :

* el nivel del capital financiero e industrial: se hace referencia a la actividad de vastas instituciones multinacionales, a los individuos e intereses que las controlan y cómo su presencia en el negocio de la medicina cambia todas las esferas de la atención médica y especialmente la organización y el contenido del trabajo médico.

* el nivel del gobierno o del Estado: se estudia cómo los recursos del Estado y la actividad legislativa modifican el panorama de la atención de la salud y dan forma al contenido de la práctica médica y a las conductas del público respecto del cuidado de su salud.

* el nivel de la Medicina en sí misma: en este nivel, que es el que aborda esta tesis, interesa cómo la práctica médica se lleva a cabo realmente y cómo fue cambiando a lo largo del tiempo. Algunos de los temas que se tienen en cuenta son: los criterios para entrar a la profesión, el contenido del entrenamiento, la autonomía respecto de los términos y contenidos de la práctica médica, los objetos de esa práctica (los pacientes), las herramientas del trabajo (instrumental, biotecnología, arsenal químico), los medios para el trabajo (infraestructura, facilidades), la cantidad y el valor de la remuneración por el trabajo (niveles de salario, tipo de remuneración).

* el nivel del público: se estudian las características de los usuarios actuales o potenciales y cómo estas características (culturales, económicas, sociales o psicológicas) facilitan o dificultan el acceso a la atención de la salud. Esta área ha sido abordada por la autora de la tesis en varias investigaciones ⁸⁹.

Referencias del Capítulo I La Medicina como profesión

-
- ¹ Sigerist, H.E. *The Physician's Profession Through the Ages*, en Marti Ibañez, F. (ed) Henry E. Sigerist on the History of Medicine, MD Publications, New York, 1960, p.3, citado por Bloom, S.W. *The Doctor and his patient, A Sociological Interpretation*, New York: Russell Sage Foundation, 1963.
- ² Freidson, E. *La profesión médica*, Barcelona: Ediciones Península, 1978, (primera edición en inglés 1970).
- ³ Bloom, S.W. *The Doctor and his patient, A Sociological Interpretation*, New York: Russell Sage Foundation, 1963.
- ⁴ Ackerknecht, E.H. *A Short History of Medicine*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982 (edición revisada; primera edición: 1955).
- ⁵ Ackerknecht, E.H., 1982, op.cit.
- ⁶ Freidson, E., 1978, op.cit.
- ⁷ Bloom, S.W., 1963, op.cit.
- ⁸ Ackerknecht, E.H., 1982, op.cit., p. 90.
- ⁹ Freidson, E., 1978, op.cit.
- ¹⁰ Ackerknecht, E.H., 1982, op.cit., p. 183
- ¹¹ Freidson, E., 1978, op.cit.
- ¹² Passos Nogueira, R. Orígenes de las corporaciones médicas en la antigüedad, *Cuadernos Médico Sociales*, 1990, (52), 37- 46. Aunque admite que de hecho en la Antigüedad Clásica no existió una regulación estatal sobre la enseñanza y los límites de la práctica médica, el estudio de textos hipocráticos y el análisis de algunos historiadores lo lleva a dar fundamento a tres ideas: a) en ausencia de esa regulación institucionalizada, los médicos hipocráticos adoptaron una estrategia de subsistencia profesional que es, para todos los efectos, de cuño corporativo; b) existió una patente regulación de la práctica médica realizada por el grupo de practicantes organizados que funcionaba, en todo aspecto, como una corporación; c) esa corporación, a pesar de ser relativamente informal, asumió formas que tienen algunos trazos comunes con la estructura corporativa medieval y, en cierto modo, puede ser vista como su precursora, diferenciándose de aquella por particularidades inevitables de la cultura helénica, que el cristianismo filtró y reacomodó a su época.
- ¹³ Ackerknecht, E.H., 1982, op.cit.
- ¹⁴ Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid: Siglo XXI, 1996 (primera edición en francés 1963), pp. 4-5.

-
- ¹⁵ Machado, M.H. Sociología de las Profesiones: Un nuevo enfoque, *Educación médica y Salud*, 1991, 25 (1), 28-36.
- ¹⁶ Moore, W. Economic and Professional Institutions, en Smelser, N.J. (ed.) *Sociology: an Introduction*, Englewood Cliffs, N.J.: John Wiley and sons, 1967.
- ¹⁷ Goode, W.C. Encroachment, Charlatanism and the Emerging Professions: Psychology, Sociology and Medicine, *American Sociological Review*, 1960, 25 (6), 902-914.
- ¹⁸ Hall, R.H. Professionalization and Bureaucratization, *American Sociological Review*, 1968, 33 (1), 92-104.
- ¹⁹ Hall, R.H. *Occupations and the Social Structure*, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.
- ²⁰ Wilensky, H.L. The Professionalization of Everyone, en Grusky, O. & Miller. G. (eds), *The sociology of organizations: basic studies*. Nueva York: The Free Press, 1970, citado por Machado, M.H., 1991, op.cit.
- ²¹ Goode, W.C., 1960, op.cit., p. 903.
- ²² Parsons, T. *Ensayos de Teoría Sociológica*, Buenos Aires: Paidós, 1967, primera edición en inglés 1954.
- ²³ Weber, M. *Economía y Sociedad*, México: Fondo de Cultura Económica, 1944.
- ²⁴ Schufer, M.L. Aportes de la Sociología a la Medicina: Una perspectiva histórica, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (1-2), 13-18.
- ²⁵ Freidson, E., 1978, op.cit.
- ²⁶ Goode, W.C., 1960, op.cit.
- ²⁷ Goode, W.C., 1960, op.cit., p. 903.
- ²⁸ Freidson, E., 1978, op.cit., pp.88-89
- ²⁹ Freidson, E., 1978, op.cit.
- ³⁰ Goode, W.C. The Librarian: From Occupation to Profession?, en Vollmer, H.M. & Mills, D.L. (eds.), *Professionalization*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1955, p. 36, citado por Freidson, E., 1978, op.cit.
- ³¹ Freidson, E., 1978, op.cit., p.95.
- ³² Freidson, E., 1978, op.cit., p.362.
- ³³ Light, D., Levine, S. The Changing Character of the Medical Profession. A Theoretical Overview, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 10-32, p. 12.
- ³⁴ Menéndez, L. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985, (33), 55-63, p. 55.
- ³⁵ Menéndez, L., 1985, op.cit., p. 57.
- ³⁶ Habermas, J. *Toward a rational society*, London: Heineman, 1972.
- ³⁷ Maseide, P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and

-
- domination in medical practice, *Sociology of Health & Illness*, 1991, 13 (4), 545-561.
- ³⁸ McKinlay, J., Arches, J. Hacia la proletarización de los médicos, *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, (35), 35-61.
- ³⁹ Marx, C y Engels, F. *Manifiesto Comunista*, Ediciones Inca, sin pie de imprenta ni paginación.
- ⁴⁰ McKinlay, J., Arches, J., 1986, op.cit.
- ⁴¹ McKinlay, J., Arches, J., 1986, op.cit., p.37.
- ⁴² McKinlay, J., Arches, J., 1986, op.cit.
- ⁴³ McKinlay, J. Introduction, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 1-9.
- ⁴⁴ Donnangelo, M.C.F. *Medicina e Sociedade*. Sao Paulo: Ed. Pioneira, 1975, citado por Queiroz, M. de S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profisao médica: uma proposta de enfoque antropológico, *Saúde Pública*, Sao Paulo, 1991, 25 (4), 318-325.
- ⁴⁵ Haug, M.R. Desprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future, *Sociological Review Monograph*, 1973, 20, 195-211, citado por Haug, M.R. A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 48-56.
- ⁴⁶ Haug, M.R. A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 48-56.
- ⁴⁷ Haug, M.R., 1988, op.cit.
- ⁴⁸ McKinlay, J., Stoeckle, J.D. Corporatization and the Social Transformation of Doctoring, *International Journal of Health Services*, 1988, 18, 191-206, citado por Light, D., Levine, S., 1988, op. cit.
- ⁴⁹ Derber, C. *Professionals as Workers: Mental Labor in Advanced Capitalism*, Boston: G. K. Hall, 1982, citado por Light, D., Levine, S., 1988, op. cit.
- ⁵⁰ Stoeckle, J.D. Reflections on Modern Doctoring, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 76-91.
- ⁵¹ Starr, P. *Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books, 1982, p. 421.
- ⁵² Starr, P., 1982, op.cit.
- ⁵³ Freidson, E. The Changing Nature of Professional Control, *Annual Review of Sociology*, 1984,, 10, 1-20, citado por Wolinsky, F.D. The Professional Dominance Perspective Revisited, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 33-47.
- ⁵⁴ Freidson, E. The Reorganization of the Medical Profession, *Medical Care Review*, 1985, (42), 11-35, citado por Wolinsky, F.D., 1988, op.cit.
- ⁵⁵ Freidson, E., 1985, op.cit.
- ⁵⁶ Hafferty, F.W. Theories at the Crossroads: A Discussion of Evolving Views on Medicine

-
- as a Profession, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 202-225.
- ⁵⁷ Hafferty, F.W., 1988, op.cit.
- ⁵⁸ Navarro, V. Professional Dominance or Proletarianization?: Neither, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 57-75.
- ⁵⁹ Kirschner, D.S. *The Paradox of Professionalism: Reform and Public Service in Urban America 1900-1940*. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1986, citado por Navarro, V., 1988, op.cit.
- ⁶⁰ Navarro, V., 1988, op.cit.
- ⁶¹ McKinlay J., Arches, J., 1986, op.cit., p.51.
- ⁶² Navarro, V., 1988, op.cit., p. 71.
- ⁶³ Illich, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México: Planeta, 1984 (primera edición en inglés, 1976).
- ⁶⁴ Menéndez, L., 1985, op.cit.
- ⁶⁵ Navarro, V., 1988, op.cit.
- ⁶⁶ President's Biomedical Research Panel, Report, *DHEW Publications*, 1976, N° 76-500, p. 7, citado por Banta, H.D., Kesselman Burns, A., Behney, C.J. Implicaciones políticas de la difusión y control de la Tecnología Médica, *Cuadernos Médico Sociales*, 1988, (43), 37-49.
- ⁶⁷ Fineberg, H., Hiatt, H. Evaluation of Medical Practices, *New England Journal of Medicine*, 1986, 301 (20), citado por Banta, H.D. *et al.*, 1988, op. cit.
- ⁶⁸ Schufer, M.L., Prece, G., Necchi, S., Adamo, M.T. Medicalización y autocuidado, *Medicina y Sociedad*, 1987,10 (4) (número especial: Sociología de la salud), 101-109.
- ⁶⁹ Illich, I., 1984, op. cit.
- ⁷⁰ Miller, C. The doctor of tomorrow, *Bulletin of the Stuart Circle Hospital* (Virginia), 1939, 10 (1), 3-4.
- ⁷¹ Fryer, G. The United States medical profession: an abnormal form of the division of labour, *Sociology of Health & Illness*, 1991, 13 (2), 213-230.
- ⁷² García Díaz, C. (Editorial) Plétora de especialistas, *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (5-6), 15-16.
- ⁷³ Rosen, , G. *The Specialization of Medicine*, New York: Arno Press, 1972 citado por Fryer, G., 1991, op. cit.
- ⁷⁴ Starr, P., 1982, op.cit.
- ⁷⁵ McKinlay, J., Arches, J., 1986, op.cit.
- ⁷⁶ Fryer, G., 1991, op. cit.
- ⁷⁷ Capizzano. N. Aspecto general del ejercicio de la profesión de médico en la Argentina, *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 1923, 23, 1532-

1540.

⁷⁸ Ferreira, A. Las médicas: desarrollo profesional y género, en Kohen, B. (compiladora) *De*

mujeres y profesiones, Buenos Aires: Letra Buena, 1992.

⁷⁹ Schufer, M.L. Características diferenciales entre hombres y mujeres en el desempeño del

rol del médico, Trabajo presentado en las *VIª Jornadas Multidisciplinarias: Mujer y Salud*,

Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, 1984.

⁸⁰ Coria, C. *El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina*, Buenos Aires:

Grupo Editor Latinoamericano, 1986. Dedicar un apartado de su libro a los honorarios profesionales y ya desde el título plantea una cuestión inquietante: Los honorarios profesionales o el dinero "que se cobra". Un dilema difícil de resolver: ¿mala madre o mujer pública?. Según esta autora, "el cobro de honorarios por parte de mujeres pone en

evidencia un comportamiento que no es altruísta ni desinteresado. Es lo opuesto a las actividades 'maternales' que se ostentan como servicios 'que no tienen precio'... Es posible

observar en las mujeres una tendencia a tolerar honorarios más reducidos que los de los

hombres, aceptar como natural 'techos' más bajos, mantener durante años tareas cuya rentabilidad no tiene posibilidades de incrementarse e incluso dedicar, en forma gratuita,

muchas horas de trabajo" (pp. 84-85).

⁸¹ Young, G. A woman in medicine: reflections from the inside, en Roberts, H. (ed) *Women, health and reproduction*, Londres: Roulledge & Kegan, 1981, pp. 153-154, citado por

Llovet, J.J. Transformaciones de la profesión médica: Un cuadro de situación al final del

siglo. Trabajo presentado en la mesa "Las profesiones de la salud al final del siglo" en el

IVº Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, México, 1997.

⁸² Machado, M.H., Boaventura Leite, Y. La médica y el mercado de trabajo, *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, (35), 25-34.

⁸³ Relman, A.S. The New Medical-Industry Complex, *The New England Journal of Medicine*, 303, 963-970, citado por Starr, P., 1982, op.cit.

⁸⁴ Roemer, M.I. Los Servicios de salud en perspectiva internacional, en Mera, J.A.(ed.) *Los*

servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud, Buenos Aires: Fundación

Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.

⁸⁵ Laín Entralgo, P. *La medicina actual*, Madrid: Dossat, 1981.

⁸⁶ González García, G., Tobar, F. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de*

-
- salud en Argentina*, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD, 1997, p. 78.
- ⁸⁷ Llovett, J.J., 1997, op. cit., pp. 7-8.
- ⁸⁸ McKinlay, J., 1988, op.cit.
- ⁸⁹ Schufer, M.L., Prece, G., Necchi, S. y Adamo, M.T. *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud*, Informe CONICET, 1987.
- Prece, G., Necchi, S., Adamo, M.T. y Schufer, M.L. Estrategias familiares frente a la atención de la salud: una respuesta a la fragmentación del sistema de atención médica argentino, *Medicina y Sociedad*, 1988, 11, (1-2), 2-11.
- Prece, G., Necchi, S., Schufer, M.L. y Adamo, M.T. La salud: una tarea cotidiana, *Actas del Tercer Seminario-Taller de Investigaciones en Ciencias Sociales y Salud*, Área de Estudios e Investigaciones en Ciencias Sociales para la Salud, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1988, 57-72.
- Schufer, M.L., Prece, G., Necchi, S. y Adamo, M.T. *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud. Estudio descriptivo de las ciudades de Buenos Aires y de San Salvador de Jujuy*, Informe CONICET, 1990.
- Prece, G. y Schufer, M.L. Diferente percepción de enfermedad y consulta médica según niveles socioeconómicos en las ciudades de Buenos Aires y San Salvador de Jujuy, *Medicina y Sociedad*, 1991, 14 (4), 27-30.
- Schufer, M.L., Prece, G., Necchi, S. y Adamo, M.T. El cuidado de la salud en familias de la Ciudad de Buenos Aires: su caracterización según nivel socioeconómico, *Medicina y Sociedad*, 1992, 15 (2), 34-37.
- Schufer, M.L., Prece, G., Necchi, S. y Adamo, M.T. Estrategias familiares frente a la salud, en Lolas, F., Florenzano, R., Gyamarti, G., Trejo, C. (eds) *Ciencias Sociales y Medicina, Perspectivas Latinoamericanas*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1992, 110-114.
- Adamo, M.T., Schufer, M.L. y Prece, G. *Servicios de salud: Elección, uso y satisfacción*, Centro de Investigación Social Aplicada, Medicina y Sociedad, 1993.
- Prece, G. y Schufer, M.L. *Entre la espada y la pared. El desafío que impone el niño enfermo renal*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 1995.

CAPÍTULO II

LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA

2.1. Una breve historia de la atención médica o de la profesión médica en la Argentina

2.1.1. De la Colonia a la Organización Nacional

Una historia de la profesión médica en la Argentina no puede estar aislada del devenir de la atención médica en el país. Permítaseme entonces, imbrincar en el relato ambos procesos.

¿Dónde comenzar esta historia? Pasemos rápidamente por las etapas constitutivas del país para detenernos en lo ocurrido en el último siglo.

Veronelli¹ llama etapa "fundacional" al período colonial. La capitulación del Rey de España con el primer Adelantado del Río de la Plata decía "Ítem que vos, el dicho Pedro de Mendoza, seáis obligado a llevar a dicha tierra un médico y un cirujano para que curen los enfermos que en ella y en el viaje adolecieren..."².

Las Leyes de Indias de 1541 establecían: "Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado, provean que en todos los pueblos de españoles e indios, de provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana..."³.

Pero del dicho al hecho... No era fácil conseguir médicos y, a pesar de que en la demarcación de las ciudades podía reservarse una manzana para ubicar el hospital, construirlo era más problemático. En Buenos Aires, Juan de Garay destinó una manzana en 1580, pero el hospital, con el nombre de

San Martín, se inauguró en 1614. Dado que estaba destinado principalmente a los marineros y esclavos introducidos al país de contrabando, en 1611 el Cabildo decide cambiar su emplazamiento y se construye una capilla y un rancho para enfermos, ambos de tierra apisonada y paja⁴.

El Cabildo de Buenos Aires tuvo que hacer ingentes esfuerzos para conseguir médicos, ya que estos preferían radicarse en Lima y frecuentemente se vio obligado a impedir la partida de los que estaban instalados en la ciudad o a promover colectas para costear la instalación de alguno⁵. Si bien no era un hecho oficial, en Buenos Aires y sus alrededores, a fines del siglo XVIII, y ante la carencia de médicos, se permitió el ejercicio de la medicina a curanderos y sanadores⁶.

El Cabildo de Córdoba en 1604 estableció cuáles debían ser los honorarios médicos: "por una visita simple: cuatro reales; por visita de media noche: un peso; ...por amputación de una pierna: un peso;...por visita a dos leguas: un peso cada legua; por las sanguijuelas: dos reales..."⁷.

La Compañía de Jesús durante los años de su ministerio en el país, desde 1610 hasta 1767, desarrolló una organización de avanzada para su tiempo. No parece que hayan creado hospitales en las misiones, pero practicaban la internación domiciliaria a cargo de indios entrenados en el cuidado de los pacientes. Algunos jesuitas se distinguieron como médicos y recopilaron los conocimientos médicos autóctonos⁸.

En 1780 el virrey Vértiz, el segundo en ostentar ese cargo, reclamó ante el rey por la escasa eficacia del Protomedicato instalado en Lima: "...descuidar en estas partes extremadamente sus obligaciones... y de que a mil leguas de distancia nunca se podían remediar los desórdenes que perjudican la salud"⁹.

El Protomedicato era una institución corporativa creada en España antes del descubrimiento de América. Era la máxima instancia de justicia en temas de salud y estaba a cargo de médicos designados por el rey. Tenía como funciones la dirección de la enseñanza y de los problemas de gobierno en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; administraba justicia, constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos y perseguía a los curanderos; fijaba los aranceles para exámenes y visitas de boticas¹⁰.

El Protomedicato de Buenos Aires tuvo como primer titular al doctor Miguel Gorman, quien intentó regular el ejercicio de las profesiones de curar, para darles legitimidad. Para eso no sólo se propuso revisar los títulos de quienes se decían médicos, sino que hizo rendir examen a quienes ejercían sin haber completado la licencia¹¹.

Durante el cuarto de siglo que duró su gestión y la de sus colaboradores, aumentó el número de camas hospitalarias, habilitó leprosarios, propició el aislamiento de los enfermos contagiosos y la desinfección durante las epidemias, ordenó que se notificaran las infecciones, se preocupó primordialmente por la prevención, especialmente de la viruela, para lo que introdujo primero la variolización (1785) y después la vacunación por medio del fluido vacuno importado (1805), haciéndola obligatoria en todo el país; reguló los aranceles, tarifas y precios de los medicamentos; dictó normas sobre el abastecimiento de agua potable, el ordenamiento de los basurales y las letrinas; reglamentó la labor de las panaderías, mercados y cementerios; abrió un montepío -primera caja de previsión- para médicos y boticarios; persiguió el curanderismo; propuso la creación de la Universidad de Buenos Aires y de la Academia de Medicina de Montevideo; hizo funcionar la primera escuela de Medicina en 1801 con el plan de estudios de Edimburgo.

Esta escuela era una sección del Protomedicato y Gorman fue designado catedrático de medicina, cargo al que renunció en 1802, siendo reemplazado por Cosme Mariano Argerich; catedrático de cirugía fue Agustín Fabre^{12 13}
¹⁴. "En nuestro país fue el primer antecedente administrativo y jurídico de regulación del 'arte de curar' sujeto a bases éticas y científicas y también el comienzo de la preocupación del Estado por la higiene pública"¹⁵.

En este período comienzan a consolidarse los cuatro procesos que, según Foucault¹⁶, caracterizan a la medicina del siglo XVIII: aparición de una autoridad médico social, su intervención en el espacio y en el medio ambiente, el comienzo de la "medicalización" hospitalaria y la introducción de mecanismos de administración médica.

El problema más acuciante de la salud pública eran las epidemias, al que se agregó durante el período de la Independencia, el problema militar. Para controlar las primeras se creó la Junta de Sanidad del Puerto, pero los recursos eran escasos y en 1811 los inspectores no podían llegar a los barcos "por falta de bote..."¹⁷. Para atender el segundo, Gorman y Fabre, conjue del Protomedicato, propusieron la creación de un Estado Mayor Médico del Ejército.

Los médicos eran escasos, no les resultaba rentable instalarse en los pequeños pueblos de campaña, debían hacer frente a la competencia de los curanderos y muchos eran convocados por el ejército.

Durante las Invasiones Inglesas (1806 -1807) se habilitaron hospitales transitorios en algunas parroquias de Buenos Aires, medida que fue tomada por el Cabildo, institución que congregaba a los vecinos, y que se repitió, ya en la época de la Independencia, durante la guerra con el Brasil (1826 - 1827)^{18 19}.

Los precarios hospitales que existían en las ciudades fundadas durante la época colonial estaban en manos del clero; en Buenos Aires y Córdoba a cargo de la orden de los Bethlemitas. Estos tuvieron una destacada actuación en las luchas por la independencia, atendiendo a los soldados después del combate de San Lorenzo o como cirujanos en la flota de Hipólito Bouchard y construyeron el primer hospital de Santa Fe bajo el gobierno de Estanislao López²⁰.

En 1815, el Director Alvarez Thomas, inspirado por Rivadavia, firmó un decreto creando juntas hospitalarias locales para "el régimen y la administración de los Hospitales Bethlemíticos"²¹.

Después de los dramáticos acontecimientos del año 1820, y con la caída de la autoridad nacional - el Directorio -, las provincias del interior comenzaron una lenta declinación, al margen de la recién creada Buenos Aires, que emprendió un proceso de transformación que le permitió un pujante despegue económico, con el que ganó naturalmente y en forma indiscutida una posición hegemónica en el país²². Refirámonos pues a ella... Bajo el gobierno del General Martín Rodríguez, el pensamiento de Rivadavia en materia sanitaria se materializa en la ley de "Arreglo de la Medicina", que constituye un verdadero código sanitario: establecía la forma y condiciones de la asistencia médica y de la farmacia; reemplazó el Protomedicato por un Tribunal de Medicina; el Instituto Médico Militar que tenía a su cargo formar cirujanos para los ejércitos dio paso a la Escuela de Medicina, que se incorporaría a la Universidad de Buenos Aires; se creó la Academia de Medicina. La Sociedad de Damas de Beneficencia, creada en 1823, se fue haciendo cargo de los distintos hospitales existentes hasta ese momento, que atendían a la población sin recursos^{23 24 25}.

La época de Rosas da pie para opiniones contrapuestas, como sucede en otros aspectos de la historia de ese período. Según Furlong²⁶ bajo los gobiernos bonaerenses de Dorrego, Viamonte y Rosas hubo un relativo mejoramiento hospitalario y bajo el régimen rosista, no obstante la presión política sobre las instituciones de enseñanza se graduaron más de 160 médicos, entre ellos Rawson. Jankilevich²⁷, por el contrario, dice que "los hospitales de Buenos Aires, como en general las instituciones civiles y la participación comunitaria bajo el gobierno de Rosas entraron en un estado de letargo y de inmovilidad, producto del régimen de terror que imperaba en la ciudad". Redujo primero el presupuesto de los hospitales y en 1838, ante el bloqueo por parte de las fuerzas navales de Francia, resolvió retirar por completo toda asignación destinada a esas instituciones y a la Universidad. Pégola, Fustinoni y Pégola presentan esta misma perspectiva histórica²⁸.

Después de Caseros (1852) se revitalizó la Facultad de Medicina, se creó el Consejo de Higiene Pública en reemplazo del Tribunal de Medicina, se intentó establecer un régimen de registro de la producción hospitalaria y de notificación de enfermedades infecciosas y se reglamentó el ejercicio de la profesión a través de una nueva ley de arreglo de la medicina²⁹.

El crecimiento de la población, vía inmigración, el movimiento portuario, la falta de una organización sanitaria y la negligencia de los funcionarios facilitaron la diseminación de las epidemias, especialmente la de fiebre amarilla que azotó a las ciudades de Buenos Aires y Corrientes en los años 1870-1871. Jankilevich³⁰ asevera que este acontecimiento instaló definitivamente el tema de la salud pública en el debate político y dentro de las prioridades del Estado.

En todo este período los escasos médicos diplomados constituían sólo una pequeña parte de las personas dedicadas a curar. Los curanderos y curanderas (ésta es la única ocupación que en el Censo de 1869 aparece también en femenino) representaban la forma más extendida de asistencia, dado que los médicos eran inexistentes en la campaña y los pobres sólo en última instancia acudían a ellos o al hospital. A partir de la creación del Protomedicato y más aún en el período independiente, especialmente con las leyes de Rivadavia y la creación de la Facultad, los médicos lograron una mayor legitimidad, aunque su influencia fue siempre limitada³¹.

En la época de Rosas, la Facultad, órgano vital en todo proyecto profesional, y el territorio que los médicos habían podido conquistar en el espacio público prácticamente desaparecieron y la misma élite de la profesión se vio diezmada por el conflicto político que arrastró a muchos de sus miembros al exilio³².

Las medidas tomadas luego de la caída de Rosas fueron el resultado de la negociación entre los representantes gubernamentales y un pequeño grupo de profesionales que constituían la élite de la profesión y que tendrían una actuación decisiva en el futuro inmediato, con un desempeño simultáneo en diferentes espacios de poder: la Facultad, la política, las instituciones de salud.

El incremento de la cantidad de médicos y la creciente diversificación de sus intereses hicieron surgir conflictos de distinto tipo: conflictos estudiantiles, tensiones provocadas por las aspiraciones de los médicos jóvenes, problemas de incumbencias con los farmacéuticos, desafío creciente de médicos extranjeros. A pesar de estos conflictos, los médicos diplomados, en su conjunto, intentaron mantener durante este período un sutil equilibrio frente a las instituciones gubernamentales: formaban parte

de ellas, en muchos casos eran sus voceros, solicitaban su intervención frente a los competidores pero al mismo tiempo intentaban preservar cierta distancia cuando veían peligrar su identidad³³.

2.1.2. El impacto científico y la Generación del '80

Durante las últimas décadas del siglo XIX los avances científicos y tecnológicos impactaban sobre la medicina y su organización y le exigían modernizarse³⁴.

La situación sanitaria era negativa pero se comenzaba a tomar conciencia desde el ámbito médico, impactado por el progreso de la medicina europea³⁵.

La generación médica y los hospitales de la década de 1880 estaban impregnados de estos cambios, de las luchas contra las grandes epidemias y de los progresos científicos y sociales en la medicina: los descubrimientos de Pasteur, la antisepsia y asepsia de Lister, los procedimientos quirúrgicos, la valoración de las condiciones de vida, alimentación, vivienda e higiene de los sectores populares y en general, de los resultados exitosos de la prevención y de las obras públicas de saneamiento, ya preconizadas por Rawson desde su cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de Buenos Aires³⁶.

Sin embargo, el enfoque sanitario de ese momento, entendido como intervención de los poderes públicos para proteger la salud de la población, se limitaba a una visión higienista, destinada a vigilar las condiciones del medio-ambiente urbano y a circunscribir la diseminación de las epidemias³⁷.

Los hospitales de esta época (1880-1925), que Arce³⁸ denomina de primera generación, tienen como primer objetivo el aislamiento de los pacientes entre sí, según su patología, y del resto de la sociedad. El segundo objetivo es la caridad de las clases pudientes hacia los pobres, característica ésta que permite a García Díaz³⁹ definir esta época como la del "hospital de beneficencia" y a Vera Ocampo y Quaglia⁴⁰, con un enfoque no sólo político y sanitario, sino también arquitectónico, como la del "hospital de la caridad".

Los médicos de esta generación eran hombres que, como practicantes o estudiantes de Medicina, había actuado y arriesgado sus vidas durante las grandes epidemias de cólera y fiebre amarilla, que inauguraban nuevas cátedras en las que incorporaban los últimos conocimientos médicos, que se desempeñaban como funcionarios higienistas del estado⁴¹, pero además de esa minoría intelectual, una verdadera élite médico - científica, existía un número importante que "fueron llamados a desempeñar una labor oscura, tenaz, pero no menos noble: la de médico de barrio o médico rural"⁴².

2.1.3. El gremialismo médico, 1920 -1945

En la bibliografía consultada, especialmente aquella publicada por médicos en revistas tales como *El Día Médico*, *La Semana Médica*, *Revista del Colegio de Médicos* y otras que aparecían en la época, la palabra que aparece con más frecuencia es "crisis".

Hay una referencia constante a una época dorada anterior, nunca precisada concretamente, cuando el prestigio y la autoridad del médico ocupaban un lugar privilegiado en la consideración social. "La levita y la chistera han

dejado paso al saco y al chambergo; el gesto, el ademán, el porte severo con que la pintura ha inmortalizado a los médicos de veinte años atrás se ha cambiado por la reclame charlatanera y un exhibicionismo escandaloso", escribe el Dr. Capizzano en 1923⁴³. Y con el aumento del número de médicos aparece el fantasma de la proletarización: "Por más protestas platónicas (sic), por más que hagamos comentarios, por más que nuestros viejos colegas añoren el tiempo pasado, debemos aceptar como algo fatal la evolución de nuestro gremio hacia el proletariado"⁴⁴. Concluye en la necesidad de constituir un sindicato para resolver los acuciantes problemas de la profesión⁴⁵.

La crisis tiene muchas vertientes, es económica pero también ética, es organizacional pero también política, en cuanto se atribuye al Estado la falta de políticas adecuadas para solucionarla.

"Desde luego, muchos son los factores que han contribuido a la intensa crisis económica que soporta la clase médica. Olvidando las épocas de esplendor, no lejanas, en que los médicos veían retribuidos sus servicios con pródiga generosidad, para llamarnos a la realidad del momento, no podemos aceptar como causa lógica que justifique la precaria situación del gremio, el fenómeno de la crisis universal con que se pretende explicar ese interrogante y cuya solución tratan de hallar nuestras entidades. En nuestro país, contrariamente a lo que sucede en la mayoría de las naciones de Europa, el mal radica exclusivamente en la anarquía y desorganización con que se realiza la prestación de asistencia médica y en la inexistencia de una ley orgánica que reglamente el ejercicio de la medicina encarándola en sus múltiples aspectos fundamentales, entre otros, la reglamentación precisa del funcionamiento de sociedades mutualistas y cajas de socorro, verdaderas empresas de explotación del trabajo médico, al margen de los

principios más elementales de justicia", decía, entre otras cosas, por radio, el Dr. Petraglia en 1936⁴⁶.

Las mutualidades a las que se hace referencia en la cita anterior, tienen una larga historia en nuestro país. El origen del mutualismo se asocia a las actividades de los distintos grupos de inmigrantes, que se reunían para proveer ayuda a sus connacionales, y de distintos grupos de trabajadores, ya fuera que desarrollaran un mismo oficio, se desempeñaran en una misma rama de actividad económica o compartieran su condición de obreros. Los tipógrafos en 1857, seguidos por zapateros, músicos, marinos, trabajadores metalúrgicos, etc., crearon asociaciones mutuales de diferente envergadura, a veces uniendo su identificación nacional a su condición laboral, como los albañiles italianos en 1889. También surgen empresas de asistencia médica, que se llamaban mutuales, pero que en realidad constituían una forma embrionaria de seguro prepago. La cobertura médica que brindaban variaba de una a otra, así como la forma en que los profesionales eran retribuidos, las más de las veces malamente⁴⁷, según las opiniones de la época^{48 49 50 51}.

La "tragedia" del médico "independiente", que "no consigue mediante el ejercicio individual de su profesión ubicarse bien en el plano económico social", "...que se empobrece...Busca afanosamente al cliente. Hace reclame en toda forma. Busca suplementos o los acepta. Trabaja agitadamente.....Sectores importantes de la población crean instituciones sanitarias, mutualistas y mutuales, para su mejor servicio y comodidad. La administración pública crea y sostiene instituciones sanitarias, cuya existencia y perduración pueden considerarse inamovibles. El capitalismo crea sanatorios, servicios médicos de empresas, institutos clínicos, clínicas 'económicas'. Esa realidad concurre activamente a la bancarrota de un modo de trabajar: del modo artesano médico"⁵². Como puede observarse,

en esta descripción se delinean los subsectores (público, de la seguridad social, privado) que, con el correr de los años, estructurarán el sistema de salud argentino.

"El médico se convierte cada vez más en un pequeño industrial acosado... En un mundo de mercancías, donde todo se produce con destino al mercado, la medicina no podía escapar a la ley general, aunque haya todavía quien hable de 'sacerdocio'..."⁵³.

Varios temas concitaban la atención de los opinantes de la época, por lo menos de quienes tuvieron la posibilidad de poner por escrito y ver publicadas sus ideas, e hicieron correr ríos de tinta con argumentos a favor o en contra: ¿debía limitarse la atención hospitalaria sólo a los pobres y excluir de ellos a las clases pudientes⁵⁴?, ¿era justo que los médicos trabajaran gratis en los hospitales^{55 56 57}?, ¿cómo valorizar el trabajo médico⁵⁸?, ¿era posible un proyecto de oficialización de la medicina^{59 60 61} o más aún, de socialización^{62 63}?, ¿existía una plétora médica⁶⁴ o sólo se trataba de una mala distribución de los médicos a lo largo y a lo ancho del país⁶⁵? (este tema se trata con más detalle en el Capítulo III), ¿debía limitarse el ingreso a la Universidad^{66 67 68}?, ¿debían los médicos agremiarse para hacer valer sus derechos^{69 70}?

Una enorme cantidad de artículos polémicos se publicaron en este período, con nombres que se repiten, desde el gremialismo⁷¹ o desde la política⁷², algunos aportando datos⁷³, otros, su experiencia, todos, su pasión por problemas que les atañían personal y profesionalmente, con propuestas⁷⁴ y respuestas⁷⁵, no exentas de un trasfondo ideológico^{76 77}, muchas veces haciendo gala de un lenguaje florido y de un lirismo que hoy puede parecer trasnochado.

En este período, la creación de las instituciones gremiales médicas fue un hecho destacado en todo el país, que fue moldeando la profesión médica y sus relaciones con el Estado y la sociedad. El 5 de enero de 1921 se creó el Sindicato Nacional de Médicos (el mismo nombre inducía a la polémica), que según Capizzano⁷⁸ contaba en 1923 con 1600 afiliados; en 1932, el Colegio de Médicos de la Capital Federal y en 1942 la Federación Médica de la República Argentina, después Confederación Médica de la República Argentina, entre otras.

En 1945, con el beneplácito de los gremios médicos^{79 80}, se dictaron el Decreto - Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Médicas Universitarias del Arte de Curar y el Estatuto Profesional⁸¹.

Belmartino *et al.*⁸² realizaron un pormenorizado análisis del "proceso de constitución de la corporación médica" en este período, entendiendo que estudiar la "conformación del gremio" es fundamental para "reconstruir el proceso histórico que conduce a la estructuración actual de las relaciones de poder en el sector salud". Y concluyen que: "La corporación médica nace débil, fracturada internamente, no logra establecer lazos permanentes de vinculación con el aparato estatal ni alianzas estables con otros intereses organizados que actúan en el interior del sector...La corporación médica continuará durante varios años en una posición de relativa debilidad, en el interior de un sector salud donde se afirma con fuerza la presencia política del Estado. Nuevos cambios sociales irán transformando esa relación de fuerzas, abriendo camino a otras formas de vinculación y negociación de intereses"⁸³, como se verá más adelante.

2.1.4. La revolución de los antibióticos y la seguridad social, 1946 -1955

En 1944, el Dr. Martorelli⁸⁴ escribía: "No se trata de crisis profesional, de plétora médica ni mucho menos de crisis de la Medicina, que la Ciencia Médica nunca estuvo más floreciente que ahora ni ha detenido su constante progreso, como lo atestiguan las maravillosas conquistas de estos últimos tiempos, las sulfamidas y la penicilina". Destaca así uno de los progresos científicos que cambiarían la terapéutica y harían posible la cura de muchas enfermedades hasta entonces mortales.

La aparición de los antibióticos marca un antes y un después, un verdadero "milagro terapéutico" reconocido como tal por los profesionales a quienes les tocó actuar en esa época. Uno de los informantes clave, el Dr. Carlos García Díaz⁸⁵ decía en la entrevista⁸⁶: *" cuando yo me recibí en el año 37 ya empezaba a haber sulfamidas. Enseguida, alrededor del año 43 apareció la penicilina que resultó de una notable eficacia contra los gérmenes gram- positivos y permitió combatir con éxito muchas enfermedades infecciosas. La estreptomicina es del 48 y aportó una enorme ampliación por sus resultados contra los gérmenes gram-negativos. La aparición de la insoniacida fue un triunfo enorme. Ninguna de estas sustancias, ni la estreptomicina, ni los otros antibióticos, pasan las barreras meníngeas, entonces había que hacer inyecciones intrarraquídeas o las hacíamos suboccipitales. Y vino la insoniacida ¡en unas pastillitas! que atraviesan la barrera meníngea y destruyen los bloqueos producidos por el bacilo de la tuberculosis, ¡parecía magia!. ¡Los chicos comenzaban a revivir, se levantaban, salían, y se iban vivos!."*

Mientras que en el campo científico los avances se sucedían sin pausa⁸⁷, la organización de la medicina argentina y en su significado social no sufrieron cambios hasta los años 40⁸⁸: había una medicina privada que servía a los sectores pudientes -clase media y alta - de la época; había un

sistema de hospitales del Estado y de la beneficencia, que servía a los grupos económicamente más débiles⁸⁹ y existían los servicios mutuales, los más de origen étnico inmigratorio, que brindaban asistencia a comunidades europeas y a sus descendientes, y algunos de carácter gremial, como los servicios para obreros y empleados ferroviarios, con una cobertura muy limitada^{90 91}.

Con la llegada del peronismo al gobierno comienzan a producirse algunos hechos, en parte como producto de tendencias generales observables en el mundo con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, que transformaron la organización y el funcionamiento del sistema de servicios de salud.

Por un lado, el crecimiento económico permitió la asignación de fondos a un gran número de obras públicas, entre ellas la construcción de hospitales promovida por el ministro Ramón Carrillo⁹². Éste, además, logró, para el sector público, la centralización de comando, reclamada por Aráoz Alfaro desde la década del '20, con la creación de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, en 1946, Ministerio desde 1949, de los que fue titular hasta 1954⁹³.

Para su obra obtuvo el apoyo político del Presidente, que vio la salud en perspectiva social⁹⁴, lo que se ve reflejado en un "mensaje al cuerpo médico del país, con motivo de la primera celebración del Día del Médico", que, entre otras cosas, decía: "La enfermedad es una fuerza negativa que tarde o temprano debemos afrontar todos, una fuerza que aun actuando como una idea determina organizaciones para defendernos colectivamente de ella, del mismo modo que la justicia se hace para defendernos de la injusticia y se organiza la paz contra la guerra. Pero esas organizaciones colectivas para evitar la enfermedad o conservar la salud terminarán por transformar al médico en un agente del Estado, cambiando una vez más en

la historia el sentido tradicional de la profesión...La profesión del médico es compleja, porque incide en los instintos básicos del hombre y por eso ha sido diversamente considerada: a veces como una ciencia; a veces como un arte; a veces como una profesión. Entiendo que no es, exclusivamente ninguna de las tres cosas; no es ni un arte, ni una ciencia, ni una profesión: es algo más, es una misión y una misión de carácter social. Y es en esa misión social que hemos puesto nuestro acento para imprimirle a la medicina argentina un nuevo rumbo, en la convicción de que el enfermo no debe ser considerado aisladamente, sino en función de su medio ambiente físico, biológico y social, sobre todo social" ⁹⁵. Con ese aval, Carrillo pudo duplicar las camas hospitalarias, se regionalizó la asistencia, se construyeron institutos especializados y políclínicos en el Gran Buenos Aires, se dinamizó la administración, se consolidaron y ampliaron los planes verticales y se erradicaron las grandes endemias⁹⁶.

Sin embargo, en el plano institucional hubo escasa coordinación entre la expansión del sistema estatal, impulsada por el ministro Carrillo y los proyectos elaborados desde otros sectores del gobierno^{97 98}: el Ministerio de Trabajo, que promovió el surgimiento de las obras sociales, y la Fundación Eva Perón, que absorbió la Sociedad de Beneficencia, que desde la época de Rivadavia tenía a su cargo los hospitales públicos.

El sistema de la seguridad social experimentó un sostenido crecimiento con el importante proceso de sindicalización ocurrido entre 1946 y 1955 y el impulso que el gobierno dio al desarrollo de las Obras Sociales, tanto sindicales como oficiales. Ya la designación del entonces Coronel Perón como Secretario de Trabajo y Previsión, en 1943, había producido un cambio en la relación entre el Estado y el sector de la seguridad social. La transferencia a dicha cartera del Departamento de Asistencia Social que

antes pertenecía a la Dirección Nacional de Salud Pública y la creación del Instituto de Previsión Social, en 1944, son indicadores de que la Secretaría de Previsión tuvo objetivos de política pública diferentes de los que se planteaban en el área de salud⁹⁹.

Las obras sociales, "modalidad criolla de la seguridad social contemporánea"¹⁰⁰, con un número creciente de cotizantes obligatorios, orientaron su demanda de atención hacia el sector privado de prestadores, dejando de lado el uso de los hospitales públicos y, excepto algunas, el desarrollo de sus propios establecimientos^{101 102 103}.

Complejas razones motivaron el desarrollo paralelo del sector público y de esta otra modalidad *sui generis* de la seguridad social. Entre ellas, una razón política, fundada en el valor que adquiriría este tipo de organización como herramienta de poder en el mundo sindical y otra sociológica, proveniente de que esta solución satisfacía mejor las expectativas de los grupos más pobres de la clase media y de los sectores obreros de obtener beneficios 'privados', del tipo usufructuado hasta entonces por las clases más altas, que constituían su modelo de referencia¹⁰⁴.

La profesión médica, como el resto de la ciudadanía, estuvo dividida entre quienes apoyaban al gobierno peronista y quienes se ubicaron en la oposición y eso se reflejó también en las posiciones sostenidas por diferentes instituciones que representaban a los médicos del país. Cesantías, renunciadas, la muerte de Ottolenghi en 1945 y la tortura y muerte de Ingalinella en 1955 (que provocó un paro médico, acatado incluso por los médicos peronistas) signaron un período en el que, por otro lado, se logró extender la atención médica a sectores que nunca antes habían podido acceder a ella.

2.1.5. Centralización versus descentralización, 1956 - 1970

Tras el golpe de estado de 1955, el desarrollo del sector salud entra en un cono de sombra por varios años. Esto no significa que no sucedieran cosas; significa simplemente que no sobrevinieron hechos que tuvieran una repercusión equivalente a los que producidos durante el gobierno peronista.

Una comisión de consultores extranjeros, solicitada por el gobierno a la Oficina Sanitaria Panamericana, ofrece, en 1957, ciertas pautas básicas para la modificación del sector salud. Comienza entonces una larga serie de intentos de reestructuración del sector público, sobre la base de una política de descentralización, jalonada por numerosas idas y vueltas, hasta su culminación a fines de la década del 70¹⁰⁵.

Descentralización y despoltización se convierten en palabras rectoras de la salud pública junto con la necesidad de reducir la burocracia, asegurar la libertad del individuo y apelar a la participación de la comunidad¹⁰⁶.

La descentralización se puso en práctica mediante la transferencia de la administración de varios hospitales a las provincias donde estaban situados. Este proceso se realizó en 1957 de manera poco ordenada y fue revertido en 1958, ya que los gobiernos provinciales carecían de una adecuada capacidad de gestión¹⁰⁷.

En el área de la educación se implementaron cambios que tuvieron una influencia duradera en la formación del recurso humano: la Unidad Docente Hospitalaria (1958) en el grado y la Residencia Médica (1956) para el posgrado. Tanto una como otra sufrieron altibajos a lo largo del período¹⁰⁸, pero se mantuvieron como una conquista importante de la educación médica en el país.

Bajo la presidencia de Frondizi (1958-1962), el ministro Noblía proyectó un modelo intermedio de descentralización por el cual la Nación mantenía la conducción administrativa y presupuestaria y transfería a las provincias la conducción técnica de los hospitales y promovió la formación de recursos humanos (apoyo a las Residencias Hospitalarias, creación de la Escuela de Salud Pública, del Bachillerato Sanitario)^{109 110}.

Durante el corto gobierno de Illia, otro ministro de Salud, Oñativia, creó el Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud para, en palabras de su Subsecretario, Bernabé Cantlon, "compatibilizar la política de salud con la política general del gobierno e integrar los planes de salud al sistema nacional de planificación"¹¹¹. Se dispuso la reorganización de las Delegaciones Sanitarias Federales, para promover la descentralización ejecutiva de la Sanidad Nacional a nivel regional (provincias) y local (municipios y comunidades) y se promulgó una legislación que abarcó los aspectos técnicos y económicos del mercado de los medicamentos¹¹².

A partir del golpe de Estado de 1966, una de cuyas causas fue la mencionada Ley de Medicamentos, el Ministerio fue reducido a la categoría de Secretaría de Salud, aunque su titular reconoció que "ese descenso en el nivel jerárquico dentro de la estructura del Poder Ejecutivo no tuvo una repercusión tan grave como era previsible"¹¹³. Como política básica, se continuó con la implementación de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, transfiriendo los Hospitales Nacionales a las provincias¹¹⁴. Los cuatro años que van entre 1966 y 1970 se caracterizan por una considerable actividad en el sector público de salud, con programas muy plausibles pero cuya repercusión fue muy limitada, según Neri, "por su falta de inserción en un proyecto de política de salud global, que, entre

otros requisitos, no puede estar nunca limitado a una reorganización parcial del sector público"¹¹⁵.

En el período se produjo un crecimiento del sistema de Obras Sociales y la promulgación de la Ley 18.610 cierra el período "voluntarista" y establece la afiliación obligatoria, con el objetivo de universalizar el acceso a los servicios médicos para el trabajador y su grupo familiar primario¹¹⁶. Esta situación implicó un importante aporte de nuevos fondos al sistema, lo que generó una mayor movilidad en el sector privado que cada vez más dependía de la demanda del sector de la seguridad social¹¹⁷.

Esta demanda generó la expansión de grandes empresas sanatoriales lucrativas y la puesta en marcha de sistemas de prepago. El clásico sanatorio privado, propiedad de médicos, que era esencialmente un lugar de trabajo profesional, empieza a tener la competencia de los sanatorios pensados para obtener beneficios de tipo empresarial¹¹⁸.

¿Cómo eran las relaciones de los médicos con las Obras Sociales?. En palabras del Secretario General de la Confederación Médica de la República Argentina que vale la pena transcribir pues reflejan cabalmente el sentir de la profesión: "Al comienzo, los médicos, los profesionales en general, no entendieron la manifestación que constituían las obras sociales y las vieron sólo como un intruso que venía a inmiscuirse en su profesión: era alguien que venía a perturbar aquella relación privada con el enfermo, alguien que venía a acotar sus honorarios, alguien que venía a restringir su libertad. Yo lo digo lealmente delante de este auditorio: un poco por incompreensión del importante fenómeno que estaba detrás y otro porque, indudablemente, los administradores de las obras sociales tampoco tenían una visión muy clara de cuál sería el rol de los profesionales en este nuevo modelo, cómo debían insertarse, cómo debían buscarse las coincidencias,

hubo un real movimiento de resistencia. Incomprensión por un lado y falta de visión por el otro, crearon en los inicios un estado conflictivo que hizo que los profesionales vieran a la seguridad social como un intruso. Era el enfermo de obra social, al que se le daba el horario residual en el consultorio o que en algún momento eran rechazados por los sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires. Luego los profesionales comenzaron a aceptar las obras sociales pero sólo como un fenómeno marginal. Era un modo más de asistencia y de trabajo, pero colateral porque no tenía importancia definitiva en la estructura de sus ingresos. Después, el crecimiento de estas instituciones, al constituir ellas la mayor fuente de financiación y de demanda crea un nuevo modelo y con él la aparición de diversos problemas para los profesionales y entre estos y las obras sociales...La Confederación Médica de la República Argentina viene sosteniendo ya desde hace mucho tiempo, su posición respecto de la necesidad de organizar en el país la seguridad social como un sistema indirecto financiador de prestaciones. Viene también sosteniendo el principio de libre elección, pero sobre todo viene sosteniendo la creación de un sistema pluralista de prestadores de atención médica, de un sistema abierto con demanda intercambiable entre los diferentes prestadores"¹¹⁹.

La multiplicación de "las infinitas obras mutuales y clínicas por abono" las lleva a competir para lograr "la mano de obra médica más barata", según palabras de Bernardo Kandel, defensor del gremialismo médico en la década del '60¹²⁰, quien advierte que la promulgación de la Ley de Obras Sociales sólo acentuará "los sistemas cerrados y una mayor presión para que los médicos trabajen con relación de dependencia para sindicatos u organizaciones comerciales que contraten con gremios"¹²¹.

En 1970, se realizaron varios paros médicos en todo el país, como un "acto de protesta colectiva en desacuerdo con la política sanitaria nacional y con la falta de adecuación de la política hospitalaria argentina a la realidad socioeconómica del país, situaciones que vulneran la carrera médica y la estabilidad de los profesionales del arte de curar"¹²². La privatización y el arancelamiento comienzan a estar en la mira de las autoridades y los profesionales se quejan de la falta de un diálogo constructivo¹²³.

Las instituciones gremiales médicas, sin embargo, vieron aumentar su trascendencia en este período, ya que se constituyeron, por un lado, en interlocutores representativos para la discusión y concertación de convenios, unificando la oferta, y por otro, en gestores administrativos del cobro de aranceles a las Obras sociales y su distribución entre los prestadores del servicio, lo que les dio un importante peso económico¹²⁴.

En otro orden de cosas, es llamativa en esta época, la escasa producción bibliográfica, tanto de temas gremiales como de opinión, publicada en revistas que tenían amplia circulación entre los médicos¹²⁵. Uno de los informantes clave, el Dr. Alfredo Kohn Loncarica¹²⁶, dio varias razones que podrían explicar este fenómeno: *"Hay un proceso de creciente reducción del número de las revistas médicas, de la periodicidad, del número de páginas. El periodismo médico era muy importante hace 30 ó 40 años; había decenas de revistas médicas, algunas de un tiraje muy grande como La Semana Médica, que llegó a publicar hasta nueve números por mes, y era una revista que accedía a miles y miles de consultorios; después pasó a tener un número semanal, luego un número quincenal, luego un número mensual, y ahora sale esporádicamente; El Día Médico dejó de salir, Jornada Médica dejó de salir, Tribuna Médica dejó de salir, La Prensa Médica Argentina sigue saliendo pero no con el volumen y la importancia*

que tenía en el pasado. Todo eso fue reduciéndose o desapareciendo con relación a las sucesivas crisis económicas que fueron de ajuste tras ajuste en las últimas décadas, y entonces esa carencia de bibliografía que usted encuentra en alguna medida está relacionada con que ya se publica menos y hay dificultad para publicar, la Revista de la Asociación Médica Argentina es cada vez más chica, hubo años en que casi no salió. También esto está en relación con el escaso tiempo que los médicos tienen para escribir, antes tenían más tiempo, creo que hasta bien avanzada la década del '50, el médico podía llegar a tener el hospital y vivir de su consultorio, luego los médicos comenzaron a tener más puestos y llegó un momento en que los médicos tienen 3, 4, 5, 6 puestos, están corriendo todo el día; yo creo que esto de alguna forma está relacionado con la carencia de testimonios sobre las variaciones en la práctica médica. También está relacionado con la especialización, porque el médico que escribe o compra una revista, compra las de su especialidad, y entonces han sobrevivido mejor las revistas especializadas que las generales, ese es otro proceso que es evidente, ya una revista como La Semana Médica no interesa porque hay pocos médicos tan generalistas. Otro factor es que la publicidad de los laboratorios farmacéuticos empezó a privilegiar las revistas especializadas y las revistas de sociedades, la de la Sociedad Argentina de Cardiología, la de la Federación de Sociedades de Ginecología, la Revista Argentina de Ortopedia y Traumatología, y eso fue en detrimento de la publicidad de la revista médica general".

2.1.6. ¿Salud para todos en el año 2000?, las décadas de los '70 y los '80

Difícil es sintetizar lo ocurrido en estos convulsionados veinte años que vieron pasar las postrimerías de la Revolución Argentina, el advenimiento del peronismo, con sus diferencias irreconciliables, Cámpora y López Rega, los montoneros y las Tres A, Isabelita, el negro período del Proceso, con Martínez de Hoz, los desaparecidos y la Guerra de Malvinas y por fin, el advenimiento de la Democracia, con el juicio a las Juntas y la hiperinflación...

El campo de la salud no fue ajeno a todos estos vaivenes políticos. Domingo Liotta, Secretario de Estado de Salud Pública entre 1973 y 1974 describe los hechos que le tocaron vivir: "La situación en Salud Pública desde los primeros días de mi ejercicio en la función demandó resoluciones rápidas, el carácter de urgencia se presentó desde el primer momento, diría casi con un carácter de normalidad. Una de las causas fue el malestar reinante en los hospitales, creándose un clima de subversión y desjerarquización; la dirección médica invadida en dramática excitación por grupos de empleados subalternos que pretendían tomar posiciones directivas con irrespetuosa consideración hacia profesionales con una larga y honorable trayectoria dentro del hospital...El malestar reinante se propagó rápidamente a los jóvenes médicos en el proceso de la Residencia. En los primeros días de Junio de 1973 recibí a una comisión representativa de Residentes de Hospitales de la capital, el resto de la gran masa de residentes se encontraba en la Plaza de Mayo debajo de las ventanas de Salud Pública, en actitud de protesta. En la ocasión quedé profundamente impresionado no por los argumentos reivindicatorios que se esgrimían sino

por el aspecto personal de esos residentes, desaliñados indecorosamente, no tenían realmente el aspecto de profesionales de la medicina"¹²⁷.

Aunque en la práctica haya sido un intento frustrado, la programación y la parcial puesta en práctica del Sistema Integrado de Salud (SNIS) intentó integrar todos los recursos de salud en un sistema único conducido por el Estado. Las resistencias más fuertes provinieron de los dirigentes sindicales que veían volatilizarse el poder de sus obras sociales diluidas en un aparato estatal que merecía menos confianza que nunca^{128 129 130}.

La "subsidiariedad del Estado"¹³¹ impulsada durante la última dictadura, significó en los hechos desentenderse del problema, transfiriendo a las provincias, sin el presupuesto correspondiente, los hospitales que aún quedaban en el ámbito nacional e implantando el arancelamiento de sus servicios.

Entre 1977 y 1981, al calor de la política económica imperante y de un nuevo Nomenclador, aumenta la importación de tecnología electrónica de diagnóstico y la instalación de servicios de terapia intensiva, neonatología, etc., mientras se deteriora rápidamente la remuneración del trabajo médico clínico. Entre 1970 y 1980 se incrementa en más del 50% la capacidad instalada de camas en el sector privado, aunque de manera desordenada e inarmónica, con el desdoblamiento entre la posesión y la financiación de los establecimientos y entre la explotación de la planta física sanatorial y la explotación del equipamiento tecnológico¹³².

Mientras tanto, en 1978, en Alma-Ata, OMS y UNICEF proponen una meta ambiciosa, Salud para todos en el año 2000, y una estrategia para alcanzarla, la Atención Primaria de la Salud (APS). La deficiente interpretación de sus alcances, que motivó una pregunta irónica: atención ¿primaria o primitiva?¹³³ y las sucesivas crisis económicas, que llevaron a

la decadencia de las economías nacionales, transformaron ese objetivo, fijado para una fecha que parecía tan lejana, en una mera expresión de deseos.

Con la recuperación de la democracia, se intentó desde el Estado una política para asegurar el derecho a la atención de la salud. En 1985, el proyecto del Seguro Nacional de Salud, cuyo eje eran las Obras sociales, encontró una férrea oposición entre los sindicalistas y los legisladores justicialistas y la negociación en el Congreso, que cambió el espíritu del proyecto, llevó a la renuncia del ministro Neri y su equipo^{134 135}.

El modelo de organización de los servicios de salud contemplaba el acuerdo, no siempre fácil, entre las grandes organizaciones a cargo del financiamiento y provisión de los servicios de atención médica: las Obras sociales, nucleadas alrededor de la CGT y las organizaciones que representan a los profesionales independientes y a los sanatorios y clínicas privadas. Según Belmartino esto constituyó un verdadero "pacto corporativo"^{136 137} que fue resquebrajándose a raíz de la crisis financiera de los años '80.

Katz y Muñoz¹³⁸ sostienen que los prestadores que operan en mercados imperfectamente competitivos y que enfrentan una creciente restricción de recursos y una sostenida puja distributiva responden a través de acciones "perversas" destinadas a captar recursos relativamente móviles: sobreprestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de "bonos complementarios", etc., conductas que gradualmente fueron apareciendo y consolidándose en el escenario local. También comienza el empobrecimiento de grandes sectores profesionales, pertenecientes a la golpeada clase media, que ven

disminuir sus ingresos, a causa de la gran competencia y de la imposición de regulaciones organizativas y salariales, implementadas para enfrentar la debacle económica.

La aparición, durante el período, de empresas de medicina prepaga, que comenzaron a partir de iniciativas de grupos de profesionales o de hospitales privados para transformarse en organizaciones pensadas desde una lógica empresarial¹³⁹, agregaron un elemento más a la situación conflictiva del sector.

2.1.7. La desregulación y el negocio financiero, la década del '90

La hiperinflación de los años 1988-90 abrió las puertas para las reformas económicas y del Estado, en las que se inserta la reforma del sistema de salud.

La drástica caída de la inflación y el mejoramiento de los índices económicos a nivel macro, a partir de 1991, estuvieron acompañados por la contracción del mercado laboral, que hizo que el índice de desocupación se estancara en una cifra de dos dígitos, hasta ahora difícil de revertir.

En 1995, frente a la crisis mexicana, los operadores económicos generaron medidas para reducir los costos laborales; la recaudación de las Obras sociales disminuyó por las reducciones salariales y de los aportes patronales, por la caída del empleo y la evasión. El Programa de Reconversión de las Obras sociales, respaldado por el Banco Mundial, apuntó a reducir su número, a través de la desregulación, es decir, de la posibilidad de los trabajadores de elegir la Obra social a la que dirigirían sus aportes, lo que a la larga, se supone, eliminaría a aquellas más

ineficientes. Las empresas de medicina prepaga, por su lado, mostraron una fuerte tendencia hacia la concentración e incorporaron capitales multinacionales, a través de la venta o de la fusión. Empresas como *The Principal*, *Exxel Group*, *Swiss Medical Group*, *Provida*, *Amil*, etc. han adquirido empresas nacionales y los bancos y otros tipos de compañías de seguros, contemplan la cobertura médica de grandes sectores de la población, como una extensión del negocio de las AFJP^{140 141 142 143 144}. El dinero que mueve la salud hace de ésta un negocio apetecible: para 1995, el gasto total en salud en la Argentina, estimado por González García y Tobar¹⁴⁵ ascendía aproximadamente a 20.147 millones de pesos y representaba el 7.21% del PBI (en 1990, en América, entre algunos países seleccionados, los Estados Unidos destinaban el 12.7% del PBI y Perú, el 3.1%, para tomar los extremos).

A partir del proceso hiperinflacionario, se desarticularon las bases organizativas del modelo de salud vigente hasta el momento, dando paso a nuevas tendencias y fenómenos que configurarán un modelo diferente¹⁴⁶.

Durante las épocas anteriores, la relación entre los prestadores, ya fueran médicos u otros profesionales de la salud, actuando individualmente, o clínicas y sanatorios privados, por un lado y las Obras sociales, por otro, estaban de alguna manera formalizadas, como se dijo más arriba. Los médicos estaban organizados en asociaciones de nivel local y éstas, en federaciones provinciales y una federación de tercer nivel en el ámbito nacional, la Confederación Médica. Todos los médicos matriculados tenían derecho a ser admitidos como prestadores de servicios a los beneficiarios de las obras sociales a través de su respectiva asociación. Los contratos eran firmados por las obras sociales a nivel nacional o provincial y las respectivas federaciones y confederación médicas y los montos a pagar por

cada servicio, acordados entre las partes, figuraban en el Nomenclador Nacional de Prestaciones, listado de procedimientos médicos que llegó a ser el principal instrumento para regular los servicios que se ofrecían. Con una unidad de cuenta, el *galeno*, se fijaban los aranceles por prestación, privilegiando la atención curativa, especializada y que incorporaba tecnología de punta. El pago por prestación, defendido por las organizaciones médicas, propiciaba el aumento de los costos, en una situación donde no existían incentivos para economizar.

Es en estas relaciones contractuales donde se han producido importantes cambios, fruto de las modificaciones impuestas por una economía regida por el "mercado".

Los contratos entre las Obras sociales y los prestadores han dejado de estar centralizados en las organizaciones que representan a estos últimos. La crisis financiera de las obras sociales estimuló a aquellas instituciones con capacidad de obtener un mejor posicionamiento en el mercado a abandonar los contratos corporativos para insertarse en un mercado más competitivo. Se conforman así las Uniones Transitorias de Empresas (UTEs) o Redes de Prestadores (R.P.), asociaciones de sanatorios privados, de obras sociales u hospitales públicos o asociaciones de profesionales independientes, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. Estos contratos adoptan modalidades de pago globales (cartera fija o capitación) y en forma todavía marginal, los pagos globalizados o por módulos. Las UTEs o Redes reciben periódicamente sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios por servicio para remunerar la atención proporcionada por sus miembros. Este cambio en la modalidad de pago de los contratos tiene consecuencias de importancia para ambos conjuntos de instituciones, ya que la introducción de pago per capita -una

suma fija por beneficiario cubierta por la entidad financiadora - produce un traspaso del riesgo económico desde las obras sociales a las redes de prestadores. Las primeras tienen una mayor previsibilidad sobre el manejo de sus presupuestos; las segundas se ven obligadas a ejercer control sobre la producción de sus miembros, desarrollando mecanismos de control de servicios y control de costos, para asegurar la viabilidad del esquema financiero del que son responsables. La introducción de la modalidad capitada se produjo en un mercado en condiciones de sobredimensionamiento de la oferta con relación a la capacidad de pago de la demanda. Esto supone o bien la reducción de la remuneración de cada proveedor en el interior del sistema, o bien la contracción de los recursos en aquellos servicios con menor capacidad de *marketing* o *lobby*, o la expulsión de una parte de la oferta preexistente, con lo que eso significa en términos económicos para la profesión médica en su conjunto^{147 148 149 150}

151 .

2.2. La Provincia de Buenos Aires. Algunas particularidades

La profesión médica en la Provincia de Buenos Aires, siguió los avatares de la situación nacional, pero en este apartado, sin pretensión de exhaustividad, se hará referencia a algunos aspectos singulares que permitirán tener una visión más acabada del desarrollo de la profesión en el territorio provincial.

En 1923 se constituye una agrupación médica que se denomina "sindicato" en Chivilcoy y en 1924 en Mar del Plata. A fines de ese mismo año en Trenque Lauquen se gesta el proyecto de fundación del Colegio de

Médicos de la Provincia de Buenos Aires, que no tendrá ningún tipo de afiliación con el Sindicato¹⁵².

Parece, sin embargo, un problema que surge de la necesidad de tener una denominación menos connotada gremialmente, ya que en los considerandos de los Estatutos y en otras publicaciones de la época (que Belmartino transcribe) la defensa de los intereses gremiales es uno de los objetivos primordiales.

En 1936 se crean los Consejos de Higiene en algunas ciudades de la Provincia bajo la superintendencia de la Dirección General de Higiene, con jurisdicción sobre problemas de sanidad además del control del ejercicio profesional. Si bien están formados por profesionales no son electivos y constituyen un primer esbozo de descentralización de la función de control¹⁵³.

La Revolución Libertadora ubicó en la Subsecretaría de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública de la Provincia a un médico gremialista: Sergio Provenzano. "El interés de Provenzano en la temática de la Seguridad Social, su compenetración con las inquietudes del gremialismo médico, se articulan de manera favorable con la preocupación de las autoridades militares por crear instituciones de asistencia social capaces de competir en el imaginario de los trabajadores con las organizaciones gestadas por el peronismo, posibilitando el surgimiento de una entidad con capacidad para integrar reivindicaciones médico gremiales de autonomía profesional y cobertura de atención médica de grandes contingentes poblacionales"¹⁵⁴.

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) tiene su origen en el decreto ley n° 12.739 sancionado en acuerdo de ministros por la Intervención Federal de la provincia de Buenos Aires el 25 de julio de

1956. Con el objetivo de "lograr la organización racional de la ayuda mutua entre el personal, auspiciada y protegida por el Estado" se crea la Obra Social de la Administración Provincial. En febrero de 1957, el decreto n° 2.452 dispone la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires y se aprueba su organigrama de gobierno. Por decreto n° 9.108 del 30 de mayo, se sanciona la reglamentación y en el mes de junio se pone en marcha la cobertura a los beneficiarios, empleados de la administración pública provincial y municipal, con Provenzano como director interino.

En los principios organizativos del Instituto se reconoce explícitamente la adopción de los principios aprobados por la Confederación Médica que son también los de la Asociación Médica Mundial: libertad de elección tanto del médico por el paciente como del paciente por el médico; relaciones profesionales directas entre el médico y el paciente, que permitan mantener su carácter esencialmente humano; defensa del secreto profesional; libertad para la prescripción de medicamentos y tratamiento y para la elección de las normas de trabajo técnico, las que deben regularse sólo por la conciencia profesional y por los conocimientos científicos del médico. Provenzano sostiene que estos cuatro postulados ilustran lo que debe entenderse como libre ejercicio de la profesión en lo que atañe a su aspecto asistencial y que si no se habla en ellos de la retribución económica va de suyo que para ejercer dentro de esas normas, "el médico no debe tener preocupaciones de esa índole, lo que significa que su trabajo debe ser remunerado en forma tal que le permita llevar una vida decorosa, ampliar y perfeccionar sus conocimientos, contar con el material técnico necesario y con la debida seguridad para él y su familia cuando, por

razones de edad o imposibilidad física, no pueda desempeñar su profesión"¹⁵⁵.

Los profesionales encontraron, con la creación del IOMA "un terreno donde sus reivindicaciones no se agotan como utopías de difícil realización; descubren que puede existir una 'organización social' de las prestaciones que respete las modalidades de ejercicio y retribución incorporadas a su plataforma de lucha, que parecían perderse decididamente al compás de la declinación de las formas tradicionales de práctica"¹⁵⁶.

La organización del IOMA no se realizó sin conflictos, no sólo dentro de la burocracia estatal, sino por la oposición de sectores sociales que podían quedar relativamente descolocados ante la nueva organización, en particular las mutualidades preexistentes y entidades médico-profesionales. "La característica más notable de la discusión generada en torno a la creación y organización del Instituto es su fuerte carga ideológica. El debate no se centra sobre la oportunidad de la medida o la mayor o menor adecuación de las normas organizativas propuestas para el cumplimiento de los objetivos que se le asignan. El eje se ubica, por el contrario, en posiciones de principio: la cuestión de los alcances de la intervención del Estado, el problema de la centralización-descentralización burocráticas, el conflicto entre libertades individuales y reclamos corporativos"¹⁵⁷.

En la actualidad, el IOMA es la obra social provincial más importante del país, ya que cuenta con 1.300.000 afiliados, sólo superada en cantidad de beneficiarios por el PAMI¹⁵⁸.

En 1959/60, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) para regular los convenios con el IOMA y otras Obras sociales,

edita un catálogo que reglamentaba, en un principio, las prácticas quirúrgicas, y que como estaba editado con tapas verdes, se denominó (en un arranque de inspiración) "Libro Verde". En 1961 se arancelan los síndromes clínicos, visitas médicas y prácticas especializadas, a los que se fija un arancel mínimo, dejando abierta la puerta para la firma de convenios por aranceles mayores¹⁵⁹.

Estos constituyen los primeros antecedentes del Nomenclador de Prestaciones de alcance nacional.

Siendo gobernador el Dr. Oscar Alende se puso en marcha la Reforma Hospitalaria y la Regionalización Sanitaria, como un modo de dinamizar el subsector público y coordinarlo con las Obras sociales. La siguiente administración (Gobernador Marini) anuló todo lo actuado, aunque implementó un sistema de atención primaria en los conurbanos de Buenos Aires y La Plata¹⁶⁰.

Entre 1976 y 1983 se puso en práctica el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) para coordinar el accionar de los distintos subsectores¹⁶¹; sin embargo, en su implementación, sólo se llevó a cabo el propósito de recuperar el pago que las Obras sociales debían hacer a los hospitales por la atención brindada a sus afiliados¹⁶². Y hoy se lo conoce como sinónimo de ese recupero.

La Provincia tenía una vasta experiencia en la modalidad de cobertura de atención médica a través de prepagos, que fueron implementados a partir de la década del '60 por varios círculos médicos, denominados Sistemas de Atención Médica Integral (SAMI). En 1975, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) creó, mediante un prepago, la obra social de los médicos de la Provincia (OSMEBA) y posteriormente, en 1979, entró en el mercado de los prepagos, a través de FEMEBA-SALUD.

Esta situación en la que la federación de los médicos pasó de ser una entidad representativa de los prestadores a constituirse en prestataria de servicios, la hizo entrar en conflicto con algunos de sus principios, ya que en esta nueva posición, la institución debía fijar mecanismos de control médico como una forma de mantener en caja las finanzas^{163 164}.

Por el convenio firmado con PAMI, FEMEBA recibía una cápita, lo que le significaba una masa de dinero mensual cobrada por anticipado, pero la modalidad del pago por prestación hizo que rápidamente se produjera un desfase, lo que la llevó a imponer un sistema de prorrateo (índices) para pagar a los prestadores y al cobro generalizado de bonos complementarios a los beneficiarios.

Todo este proceso es descripto muy vívidamente, en 1996, por uno de los informantes clave, el Dr. Jorge Feller¹⁶⁵: *Crisis parece que hubo siempre, cada vez decimos que la crisis es más profunda pero no sabemos, en realidad, porque no vivimos las otras; uno puede decir que a partir de la década del '60, el tema de la seguridad social cambia un poco las reglas del juego, la gente empieza a jugar un rol distinto, las agremiaciones, las federaciones, las confederaciones empezaron a tomar vuelo y sobre todo, aparece la seguridad social como un fenómeno distinto. Yo creo que en la medicina hasta ese momento había una medicina pública y la que cada uno hacía en su consultorio, pero ya después aparece todo este fenómeno de cómo se paga. Antes se cobraba por un acto médico global, si lo veía dos o cinco veces, se le cobraba al que podía; después, con la seguridad social, eso no se puede hacer y empieza el libro verde famoso de FEMEBA, digamos el origen del nomenclador, después nacional y luego tan desgraciado a partir del '77, por ser un elemento de decisión para los médicos en lo que hace a la elección de su especialidad (de ahí los médicos*

del enchufe o 220 por el voltaje de la aparatología). Se inician las formas de categorizar las prácticas, de darles valor y se nuclean los médicos en federaciones provinciales y círculos por partidos y así en todo el país, porque eso se va expandiendo y nace entonces la Confederación Médica, pero se sigue con los vicios anteriores, es decir, todo lo que el médico hacía y decía era sagrado y estaba bien. La gran puja de los comienzos es que las obras sociales empiezan a decir: “pero fíjense que esto que están prescribiendo o facturando no puede ser o que esta medicación es mucha” y las entidades médicas hacían una defensa a ultranza del acto médico, era como que si el médico lo prescribió o lo dijo, estaba bien y se peleaba y se trataba de que se pagara todo; bueno, hasta que esa gallina de los huevos de oro también empezó a temblar un poco, se puso a trabajar gente, se empezaron a medir cosas, la Encuesta Nacional de Salud es la primera que da algunas tasas importantes de utilización, nunca se sabía cuántas consultas o prácticas por persona por año se hacían. Con el correr del tiempo las entidades médicas se cuestionan el tema de las especialidades, se plantea que ya no se podía seguir incorporando especialidades sin ningún tipo de limitación, ningún tipo de control; entonces, se empieza con los títulos de especialistas, se empieza a jerarquizar el acto médico, viene la gente que dice: “no, las obras sociales pagan un básico y yo ya tengo 15 o 20 años de experiencia y me capacité”, y surge todo el tema de los aranceles diferenciados, gran discusión, siempre la libre elección del médico, pero ya empezando a querer que se les facture distinto, pierden el sentido de solidaridad. Mientras tanto el avance tecnológico y la especialización es alarmante, hasta que en un momento dado las prestatarias, sobre todo PAMI, dicen: “Bueno señores, yo les voy a pagar todo esto pero con un sistema distinto”, y empiezan las carteras fijando las

capitaciones y que en cierto modo shockean a las entidades médicas, la Confederación Médica tiene que arreglar un convenio global con el PAMI, donde recibe mucho dinero los primeros días y después lo paga a los 30 días, pero lo paga de acuerdo con lo que cada médico hizo, es decir que transforma la capitación en un pago por prestación, una cosa bastante insólita al principio, además tomaba toda la provincia y no sólo lo médico, sino lo sanatorial, lo farmacéutico, lo bioquímico, lo kinesiológico, casi todo, así es como se transforma en el patrón con una masa de dinero. Cuando empieza la inflación y se puede poner la plata a principio de mes y que rinde, y todavía los usuarios no son conscientes de lo que el sistema les da, entonces hay una subutilización y no hay sobrefacturación, ni sobreprestación, y eso dura un tiempo. Cuando comienzan a analizar las curvas que ascienden, entonces los propios dirigentes empiezan con el tema, por un lado los medicamentos, que no puede ser que se prescriba tanto, y surge la posibilidad de un vademécum por monodrogas; ya la misma institución que les decía a las obras sociales que debía pagarse todo y que todo lo que el médico decía estaba bien, también empieza a decir no, todo lo que el médico hace no está tan bien y la facultad ya no forma tan bien, entra la gente más masivamente, no se tienen en cuenta los costos, la tecnología avanza, y llega un momento en el que todo el mundo quería tener un aparato, y aparece el ecógrafo, como un costo importante, entonces en ese momento la instituciones, la Federación y la COMRA exigen un examen para poder utilizar ecógrafos, porque la gente lo compraba en Miami, le daban el curso, es decir, con lo que pagaban le daban el viaje, la estadía, un cursito y venían y facturaban. Bueno, todo esto lleva a un cambio importante en el cual ya los propios médicos empiezan a pensar que hay que controlar a sus propios médicos, entonces

ponen muchas más limitaciones, no se puede ingresar a una entidad para trabajar en la Seguridad Social si no se tiene título, si no se es especialista, si no se está capacitado. Todo esto lleva así a cambios importantes en cuanto a que las mismas instituciones proponen cambios en la atención, en la prescripción de medicamentos, así y todo no tienen logros muy importantes porque luchar contra estos monopolios tan importantes y con tanto poder económico... Son buenas intenciones, todo el mundo saca el vademécum, pero no se usa, entonces viene la puja del otro sector de la libre elección del médico, de la medicación, del paciente; bueno, todo esto nos está llevando a que el sistema está haciendo crack y la crisis parece profundizarse. Ahora en la provincia IOMA hace un convenio similar con la Agremiación Médica Platense por capitación y paga por prestación, y no le alcanza, y no le va a alcanzar nunca, ya a FEMEBA le pasó de tener que pagar por índices, lo que era muy enojoso, muy feo pero por lo menos pagaba lo que recibía, no se puede pagar más de lo que se recibe, descontando sus gastos administrativos. Entonces ahora el planteo nuevo dice que hay que modificar el sistema sanitario, entonces nos empieza a escuchar alguna gente, o por lo menos empiezan a coincidir, de que el tema no pasa por hablar de libre elección o de pago por acto médico, o que a igual trabajo igual remuneración, no es tan así, hacen la vista gorda muchas instituciones tanto médicas como sanatoriales, se sigue hablando de libre elección pero no se hace, en el hospital público no hay elección porque uno entra y no elige, el pago por acto médico es relativo, los nomencladores han dejado de tener vigencia, es decir, hay un menjunje ahora, una mezcla que está diciendo, cambiemos el modelo de prestaciones, qué es ese modelo prestacional, no se sabe, porque nos lo dicen de una manera, de otra, pero creo que en el fondo la gran discusión

que se viene, es si realmente el sistema como está puede seguir dando respuesta a todos los actores intervinientes o no, y parecería que no.

Referencias del Capítulo II La Profesión Médica en la Argentina

-
- ¹ Veronelli, J.C. *Medicina, gobierno y sociedad*, Buenos Aires: El Coloquio, 1975.
- ² Molinari, J.L. *Historia de la Medicina argentina*, Buenos Aires: Imprenta López, 1937,
citado por Barragán, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (Iª parte), *Quirón*, 1993a, 24 (2), 11-19.
- ³ Molinari, J.L., 1937, op.cit.
- ⁴ Jankilevich, A. *Hospital y Comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires: edición del autor, 1999.
- ⁵ Molinari, J.L., 1937, op.cit.
- ⁶ Pérgola, F. *Brujos y casi médicos en los inicios argentinos*, Buenos Aires: EDIMED (Ediciones Médicas), 1986.
- ⁷ Molinari, J.L., 1937, op.cit.
- ⁸ Molinari, J.L., 1937, op.cit.
- ⁹ Beltrán, J.R. *Historia del Protomedicato*, citado por Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ¹⁰ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ¹¹ Veronelli, J.C., 1975, op.cit.
- ¹² Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ¹³ Casais de Corne, A.E., Fernández, F.A., Lardies González, J. *Panorama histórico de la Medicina argentina*, Buenos Aires: Todo es Historia, 1977.
- ¹⁴ Pérgola, F., Okner, O. *Historia de la Cardiología*, Buenos Aires: EDIMED (Ediciones Médicas), 1987.
- ¹⁵ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ¹⁶ Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, *Medicina y Salud*, 1976, 10 (2), 152-170, citado por Barragán, H., 1993a, op.cit.
- ¹⁷ Molinari, J.L., 1937, op.cit.
- ¹⁸ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ¹⁹ Barragán, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (Iª parte), *Quirón*, 1993a, 24 (2), 11-19.
- ²⁰ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ²¹ Penna, J., Madero, H. *La administración Sanitaria y la Asistencia Pública en la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, 1910, citado por Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ²² Romero, L.A. La feliz experiencia. 1820-1824 (Colección Memorial de la Patria), Buenos Aires: Ediciones La Bastilla, 1976.
- ²³ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ²⁴ Barragán, H., 1993a, op.cit.
- ²⁵ Pérgola, F., Okner, O., 1987, op.cit.
- ²⁶ Furlong, G. Los hospitales en Argentina con anterioridad a 1950, *IIº Congreso Nacional*

-
- de Historia de la Medicina*, 1971, pp. 270-278, citado por Barragán, H., 1993a, op.cit.
- ²⁷ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ²⁸ Pérgola, F., Fustinoni, O., Pérgola, O. *La Facultad de Medicina de Buenos Aires*, Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1969.
- ²⁹ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ³⁰ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ³¹ González Leandri, R. La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870 en Lobato, M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires: Biblos, 1996, 21-56.
- ³² Cantón, D. *Historia de la medicina en el Río de la Plata*, t. III, Madrid: Biblioteca de Historia Hispano-Americana, 1928, citado por González Leandri, R., 1996, op.cit.
- ³³ González Leandri, R., 1996, op.cit.
- ³⁴ Laín Entralgo, P. *Historia de la Medicina*, Barcelona: Salvat, 1985 (1° edición: 1978).
- ³⁵ Barragán, H., 1993a, op.cit.
- ³⁶ Jankilevich, A., 1999, op.cit., p. 118.
- ³⁷ Arce, H.E. Evolución del pensamiento sanitario durante el siglo XX, *Medicina y Sociedad*, 2000, 23 (2), 64-82.
- ³⁸ Arce, H.E. Naturaleza de los hospitales: tres generaciones, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (5), 156-173.
- ³⁹ García Díaz, C.J. El hospital público y la seguridad social, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (6), 231-238.
- ⁴⁰ Vera Ocampo, L, Quaglia, C. Salud Pública y recursos físicos, *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (3), 71-79.
- ⁴¹ Jankilevich, A., 1999, op.cit.
- ⁴² Pérgola, F., Sanguinetti, F. *Historia del Hospital de Clínicas*, Buenos Aires: Ediciones Argentinas, 1998.
- ⁴³ Capizzano, N. Aspecto general del ejercicio de la profesión de médico en la Argentina, *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 1923, 23, 1532-1540, p.1533.
- ⁴⁴ Capizzano, N., 1923, op.cit., p. 1534.
- ⁴⁵ Capizzano, N., 1923, op.cit.
- ⁴⁶ Petraglia, L. La crisis médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (36-37), 9-10.
- ⁴⁷ Belmartino, S. et al. *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, Buenos

Aires: Secretaría de Ciencia y Técnica, Área de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la salud, 1987.

⁴⁸ Romero, J.M. La defensa económica del médico, *Mundo Médico*, 1939, IV (43), 12-13.

⁴⁹ Ferro, L. Plan de emergencia, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (79), 11-14.

⁵⁰ Koin, A. Los nuevos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (89), 7-8.

⁵¹ Editorial. La explotación del médico en las entidades mutualistas, *Mundo Hospitalario*, 1946, X (77), 14-15.

⁵² Bosio, B. El ejercicio individual de la Medicina. La tragedia del médico independiente,

Revista del Colegio de Médicos, 1936, V (45), 7-11, pp. 7 y 8.

⁵³ Pastorini, R. Condiciones para el ejercicio de la Medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, 5 (46), 29-31.

⁵⁴ Abadie, J. El problema gremial, *La Semana Médica*, 1938, II, 572-574.

Pessano, J. La oficialización de la medicina y el hospital para el pobre, *La Semana Médica*,

1938, II, 870-874.

Abadie, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1938, II, 1043-1048.

Pessano, J. La oficialización de la medicina y el hospital para el pobre, *La Semana Médica*,

1938, II, 1222.

Abadie, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1938, II, 1410-1413.

Abadie, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1939, III, 222- 223.

⁵⁵ Battaglia, A. Los médicos y la agremiación, *Mundo Médico*, 1937, II (14), 8-10.

⁵⁶ De Rosa, C. Los profesionales de las ciencias médicas regalan al Estado más del 70% de

su actividad, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 64-66.

⁵⁷ Mosca de Milán. La consigna del momento: No prestar servicios gratuitos, *Revista del*

Colegio de Médicos, 1940, IX (95), 23.

⁵⁸ Rago, L. Competencia y Economía, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (74), 12-13.

Rago, L. Competencia y Economía: El médico y el hospital, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (75), 7-8.

Rago, L. Competencia y Economía: El médico y el honorario, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (78), 17-18.

⁵⁹ Polémica entre Abadie y Pessano, nota 48.

⁶⁰ Monteverde, V. La voz levantada esta noche por todos los profesionales del arte de curar

no es un grito de lucha: es un llamado de atención para lograr el mínimo de ventajas

-
- materiales, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 40-42
- ⁶¹ Viera, M. Oficialización de la medicina, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1941, XI (119), 3-4.
- ⁶² Galo, P. La crisis de los médicos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (78), 29-30.
- ⁶³ Lazarte, J. Es menester conocer los problemas médicos de la población, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 46-47.
- ⁶⁴ Gabastou, J.A. Proletariado profesional médico, *La Semana Médica*, 1937, I, 671-673.
- ⁶⁵ Pastorini, R. Desarrollo del ejercicio individual de la medicina, *La Semana Médica*, 1937, II, 485-488.
- ⁶⁶ Gabastou, J.A., 1937, op.cit.
- ⁶⁷ Pastorini, R. Mala distribución o falsa plétora, *La Semana Médica*, 1938, I, 1384-1385.
- ⁶⁸ Varsi, T. Todo conspira contra el gremio médico!, *Mundo Médico*, 1939, IV (45), 18-20.
- ⁶⁹ Battaglia, A., 1937, op.cit.
- ⁷⁰ Bosch, G. La desocupación de los médicos es un fantasma que debe pasar, *Mundo Médico*, 1939, IV (46), 26-27.
- ⁷¹ Lazarte, J. Estructurando una nueva medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (91), 19-23.
- ⁷² Dickman, E. El Estado con pocos millones de pesos podría prestar un inmenso beneficio a la sanidad del país, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (93), 28-34.
Dickman, E. Las grandes leyes necesitan muchos años para ser sancionadas, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (106), 918-925.
- ⁷³ Carrera, J. L. Los problemas de la profesión médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (86), 32-34.
Carrera, J. L. Los problemas de la profesión médica (continuación), *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 24-25.
Carrera, J. L. Los problemas de la profesión médica (continuación), *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (88), 61-66.
- ⁷⁴ Ferro, L., 1939, op.cit.
- ⁷⁵ Nuestra encuesta: Juan Lazarte y Juan L. Abadie, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (4), 13-19.
Nuestra encuesta: Juan C. Colombo, Juan M. Baztarrica y Guido Costa Bertani, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (5), 12-14.

-
- Nuestra encuesta: Enrique Boero, Angel Invaldi, Carlos Bancalari y Agustín Arias, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (6), 30-37.
- Nuestra encuesta: Emilio Bardi y Alberto Urribarri, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1942, II (8), 9-12.
- Nuestra encuesta: Lorenzo Ferro y Julio Quaranta, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1942, II (17), 44-48.
- Nuestra encuesta: Luis Espinosa, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1943, III (22), 20- 31.
- Nuestra encuesta: Roberto Barriga, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1943, III (22), 40-43.
- ⁷⁶ Carrera, J. L. La estatización de la profesión médica y sus resultados, *La Semana Médica*, 1938, I, 1074-1076.
- Carrera, J. L. Los servicios gratuitos en el hospital de puertas abiertas, *La Semana Médica*, 1938, I, 1184-1186.
- ⁷⁷ Romero, J.M., 1939, op.cit.
- ⁷⁸ Capizzano, N., 1923, op.cit., p. 1535.
- ⁷⁹ Tramontin, J. El ejercicio profesional de la medicina frente a la realidad actual, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1944, IV (33), 32-33.
- ⁸⁰ Tettamanti, L. Los médicos de los Hospitales Nacionales y de Beneficencia, apoyan al Estatuto en un acto público, bajo el patrocinio de la Confederación Médica de la República Argentina, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1945, V (45), 9-16.
- ⁸¹ Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1945, V (50), 9-24.
- ⁸² Belmartino, S. *et al. Corporación médica y poder en Salud, Argentina, 1920-1945*, Buenos Aires: OPS, 1988, p.12.
- ⁸³ Belmartino, S. *et al.*, 1988, op.cit., pp. 199-200.
- ⁸⁴ Martorelli, J. El problema profesional de la medicina, *La Botica*, 1944, 13 (147), 22-23.
- ⁸⁵ El Dr. Carlos García Díaz es médico pediatra y sanitarista. Fue, entre otras muchas cosas, Director del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Profesor y Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, Presidente de MEDICINA Y SOCIEDAD

y Director de la revista del mismo nombre. Actualmente es Presidente Honorario de esa institución.

⁸⁶ La entrevista, como todas las realizadas para esta investigación, fue grabada y su desgrabación retiene la espontaneidad de lo dicho por el entrevistado.

⁸⁷ Mazzei, E. La evolución de la Medicina, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1979, 92 (1), 6-18.

⁸⁸ Neri, A. *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette, 1982.

⁸⁹ Belmartino, S. *et al.*, 1987, op.cit.

⁹⁰ Belmartino, S. *et al.*, 1987, op.cit.

⁹¹ Belmartino, S. Las Obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40

en Lobato, M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires: Biblos, 1996, 211-246.

⁹² Muñoz, A. Evolución de la atención de salud en la Argentina, en *Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay*, Cuaderno Técnico N°

36, OPS/OMS, 1993, 10- 28.

⁹³ Barragán, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (2ª parte), *Quirón*, 1993b, 23 (3), 81-89.

⁹⁴ Veronelli, J.C. , op.cit.

⁹⁵ Perón, J.D. Mensaje del Excmo. Señor Presidente de la Nación Gral. Perón al cuerpo médico del país, con motivo de la primera celebración del Día del Médico, *Archivos de la Secretaria de Salud Pública*, 1948, 4, 491-494.

⁹⁶ Barragán, H., 1993b, op.cit.

⁹⁷ Muñoz, A., 1993, op.cit.

⁹⁸ García Díaz, C.J. La salud y la seguridad social argentina, *Proyecciones y tendencias, Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (6), 254-262.

⁹⁹ Katz, J., Muñoz, A. *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*, Buenos

Aires: Centro Editor de América Latina/CEPAL, 1988.

¹⁰⁰ Neri, A., 1982, op.cit., p. 102.

¹⁰¹ García Díaz, C.J. , 1981, op.cit.

¹⁰² Barragán, H., 1993b, op.cit.

¹⁰³ González García, G., Tobar, F. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de*

salud en Argentina, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD, 1997.

¹⁰⁴ Neri, A., 1982, op.cit.

¹⁰⁵ Neri, A., 1982, op.cit.

¹⁰⁶ Belmartino, S. *et al.* Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en

el sector Salud, Argentina, 1940-1960, Buenos Aires: OPS, 1991.

-
- ¹⁰⁷ Belmartino, S. *et al.*, 1991, op.cit.
- ¹⁰⁸ Santas, A.A. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 46-59.
- ¹⁰⁹ Neri, A., 1982, op.cit.
- ¹¹⁰ Barragán, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (3ª parte), *Quirón*, 1993c, 23 (4), 56-68.
- ¹¹¹ Cantlon, B. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 14-21, p. 15.
- ¹¹² Cantlon, B., 1981, op.cit.
- ¹¹³ Holmberg, E.A. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 22-29, p. 22.
- ¹¹⁴ Holmberg, E.A., 1981, op.cit.
- ¹¹⁵ Neri, A., 1982, op.cit., p. 108.
- ¹¹⁶ Katz, J., Muñoz, A., 1988, op.cit.
- ¹¹⁷ Neri, A., 1982, op.cit.
- ¹¹⁸ Neri, A., 1982, op.cit.
- ¹¹⁹ Montero, R.M. Las obras sociales y los profesionales de la salud, Coloquio sobre Obras sociales, *Medicina y Sociedad*, 1980, 3 (3), 140-152.
- ¹²⁰ Kandel, B. Hay que apoyar la agremiación médica, *La Semana Médica*, 1961, 119 (35), 1464-1465, p.1464.
- ¹²¹ Kandel, B. Asistencia privada, *El Día Médico*, 1972, 44 (16), 264-265, p.265.
- ¹²² Anónimo. Viernes 23: paro médico, *Jornada Médica*, 1970, 2 (225), 8-10, p. 8.
- ¹²³ Anónimo. Se concretó el paro médico en todo el país, *Jornada Médica*, 1970, 2 (227), 12- 14.
Anónimo. Otro paro de actividades anuncian los médicos, *Jornada Médica*, 1970, 2 (234), 7.
Anónimo. Se cumplió un nuevo paro de los profesionales médicos en todo el país, *Jornada Médica*, 1970, 2 (236), 12- 13.
- ¹²⁴ Neri, A., 1982, op.cit.
- ¹²⁵ Este hecho es también mencionado por Belmartino, S. *et al.*, 1991, op.cit.
- ¹²⁶ El Dr. Alfredo Kohn Loncarica es médico y doctor por la Universidad de Buenos Aires, Profesor Titular Regular y director del Instituto de Historia de la Medicina y del Departamento de Humanidades Médicas (Facultad de Medicina, UBA), investigador y director de proyectos UBACYT. Fue profesor visitante extranjero de la Universidad Complutense de Madrid, investigador asociado al Departamento de Historia de la Ciencia del Centro de Estudios Históricos del CSIC (Madrid) y becario Thalmann.
- ¹²⁷ Liotta, D. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 60-61.

-
- ¹²⁸ Liotta, D., 1981, op. cit.
- ¹²⁹ Arce, H.E., 1985, op. cit.
- ¹³⁰ Neri, A., 1982, op.cit.
- ¹³¹ Irán Campo, M. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 73-83.
- ¹³² Katz, J., Arce, H. El Sector Salud de la República Argentina: Crisis y Re-estructuración
en Mera, J.A.(ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud*,
Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
- ¹³³ Testa, M. Atención ¿primaria o primitiva? de salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985,
(34), 3-13.
- ¹³⁴ Mera, J.A. Políticas y sistema de salud en la Argentina en Mera, J.A.(ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud*, Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
- ¹³⁵ González García, G., Tobar, F., 1997, op.cit.
- ¹³⁶ Belmartino, S. Transformaciones internas del sector salud: la ruptura del pacto corporativo, *Desarrollo Económico*, 1995, 35 (137), 83-103 citado en Belmartino, S. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina, ¿Quién será el arbitro?*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
- ¹³⁷ Belmartino, S., Bloch, C. Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1998, (73), 61-79.
- ¹³⁸ Katz, J., Muñoz, A., 1988, op.cit.
- ¹³⁹ Belmartino, S. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina, ¿Quién será el árbitro?*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
- ¹⁴⁰ Pampliega, E. Desregulación y Reforma o Ajuste Económico, *Medicina y Sociedad*, 1997,
20 (1), 26-30.
- ¹⁴¹ Tafani, R. Los riesgos de la desregulación sin apertura, *Medicina y Sociedad*, 1997,
20 (1), 31-34.
- ¹⁴² Adargo, J. El impacto de la desregulación, Seminario Desregulación de las Obras Sociales 1994, *Medicina y Sociedad*, 1994, 17 (3), 14-24.
- ¹⁴³ Belmartino, S., 1999. op. cit.
- ¹⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud *Argentina. Perfil del Sistema de Servicios de Salud*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Noviembre de 1998.

-
- ¹⁴⁵ González García, G., Tobar, F., 1997, op.cit.
- ¹⁴⁶ Arce, H.E. Una prospectiva económica del sector salud, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 59-62.
- ¹⁴⁷ Belmartino, S., Bloch, C., 1998, op. cit.
- ¹⁴⁸ Belmartino, S., 1999, op. cit.
- ¹⁴⁹ González García, G., Tobar, F., 1997, op.cit.
- ¹⁵⁰ Maldonado, A. La Medicina prepaga y la reforma del sistema de salud, Seminario Reformas al Sistema de Salud: Impacto de la desregulación en los sistemas de Obras sociales y Hospitales públicos autogestionados, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (4), 25-29.
- ¹⁵¹ Ochoa, J. La desregulación y las asociaciones médico-profesionales, Seminario Reformas al Sistema de Salud: Impacto de la desregulación en los sistemas de Obras sociales y Hospitales públicos autogestionados, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (4), 30-32.
- ¹⁵² Belmartino, S. *et al.*, 1988, op. cit.
- ¹⁵³ Belmartino, S. *et al.*, 1988, op. cit.
- ¹⁵⁴ Belmartino, S. *et al.*, 1991, op. cit., p. 236.
- ¹⁵⁵ Provenzano, S. Las grandes soluciones de la organización social de las atenciones médicas, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1964, 18, 10-20.
- ¹⁵⁶ Belmartino, S. *et al.*, 1991, op. cit., p. 237.
- ¹⁵⁷ Belmartino, S. *et al.*, 1991, op. cit., pp. 239-240.
- ¹⁵⁸ Souilla, B., Cusminsky, M. La atención médica, las obras sociales y los hospitales públicos, *Medicina y Sociedad*, 1999, 22 (3-4), 127-147.
- ¹⁵⁹ de la Plaza, C.A. Participación de los médicos en el desarrollo de la seguridad social, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (5), 174-178.
- ¹⁶⁰ Barragán, H., 1993c, op.cit.
- ¹⁶¹ Kelmendi de Ustarán, J. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 62-72.
- ¹⁶² Feller, J., Pérez Arias, E.B. Estudio de la morfología y comportamiento de las instituciones médicas de la Provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1992, 15 (4), 3-11.
- ¹⁶³ Feller, J., Pérez Arias, E.B., El Sector Salud de la Provincia de Buenos Aires, en Katz, J. y colaboradores *El Sector Salud en la Argentina: Su estructura y comportamiento*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1993, pp.35-69.
- ¹⁶⁴ Belmartino, S., Bloch, C. La medicina pre-paga en la Argentina: su desarrollo desde los años sesenta, *Cuadernos Médico Sociales*, 1993, (64), 5-29.
- ¹⁶⁵ El Dr. Jorge Feller es Doctor en Medicina y Diplomado en Salud Pública. Fue Director de Medicina Asistencial del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Asesor médico, entre otras, de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA),

del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), de la Caja de Previsión Social del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires (cargo que ocupa actualmente); Director de Asistencia Médica de la Obra Social del Personal de la Construcción; Consultor de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y del Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina (PRONATASS).

CAPÍTULO III

LA POBLACIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA

3.1. La población médica del país

La determinación de la cantidad de médicos en el país no es una tarea fácil, pues no existe ningún registro actualizado fidedigno que dé cuenta de su número, distribución y variaciones en el tiempo.

Es por eso que para hacer esta revisión histórica se tomaron distintas fuentes, algunas corresponden a censos y otras a distintas estimaciones realizadas a lo largo de los años.

En 1955, el Dr. Vicente E. De Pablo¹, desde la Dirección de Estudios Demológicos del Ministerio de Salud Pública, sistematizó los datos existentes hasta el momento e hizo una proyección para el año 1959, teniendo en cuenta los profesionales registrados en la Dirección General de Asuntos Profesionales del Ministerio, el número de egresados de las Facultades y la depuración de los fallecidos.

Los médicos pasaron de 458 en el censo de 1869, a 1.648 en el de 1895, a 3.542 en el de 1914 y a 16.240 en el de 1947 (Tabla 1).

En este último censo había 611 médicas con título, de las que ejercían 535; a fines de 1953 existían 960 médicas, o sea un 4.5% de la cifra total de médicos existentes en el país.

Al 1° de junio de 1954 había en el país 22.412 médicos, el 46% de los cuales estaba establecido en la Capital Federal (Tabla 2).

La explicación que da De Pablo para la distribución de los médicos podría ser suscripta en la actualidad: "Es conocido que los factores de la distribución de los médicos dependen de la capacidad económica de la

población, del lugar de origen del profesional, la cantidad y ubicación de los cargos disponibles, la capacidad de perfeccionamiento técnica y la cantidad de enseñanza práctica que se ha aprendido. Esto explica su mayor densidad en las ciudades universitarias (...)"².

Teniendo en cuenta el número de egresados por año y el de fallecidos (esperados), De Pablo estimó el número de médicos al 31 de diciembre de los años 1954-1958: 22.760 en el primero de esos años y 32.005, en el último (Tabla 3).

Esta proyección fue errónea y el autor la corrigió en una publicación de 1960³ (Tabla 4), estimando en 29.300 el número de profesionales para 1959.

En 1962, un equipo del Centro de Investigaciones Económicas del Instituto Torcuato Di Tella, dirigido por el Dr. Eduardo Zalduendo^{4 5}, estimó el total de profesionales existentes a fines de los quinquenios 1921 y 1960 (Tabla 5) y realizó una proyección el quinquenio 1961- 1965, que elevaba el número de profesionales a 35.402, calculando también la distribución de edades que tendrían dichos profesionales a fin de ese último año (Tabla 6).

La estimación para 1960 (N=28.623) confrontada con el censo de ese año (N=28.003) muestra un alto grado de precisión, que permite aceptar, con un alto grado de confiabilidad, la cifra proporcionada para el año 1965.

El Consejo Nacional de Desarrollo realizó, en 1964, bajo la dirección del Dr. Sergio Provenzano⁶, otra estimación, a partir de los datos disponibles en los Colegios y Federaciones médicas, que arrojó un total de 31.204 profesionales, cuya distribución geográfica se presenta en la Tabla 7.

En 1969, el Estudio sobre Salud y Educación Médica (ESEM)⁷ realizó otra estimación sobre la base de los cargos de médicos existentes en establecimientos asistenciales públicos y privados, depurados de las dobles

inclusiones, dando un total de 45.340 médicos (Tabla 8). Esta cifra sobrestima el número de profesionales, posiblemente por errores en la eliminación de duplicaciones.

Mera⁸ hizo una proyección tomando el censo de 1960 como línea de base y utilizando un criterio de ajuste por la emigración al exterior (que fue aumentando progresivamente desde un 0.56% entre 1941-43 al 3.6% en 1959-61 y que en 1972 constituyó el 4.5% del total de graduados de ese año). Esa proyección ajustada dio una cifra de 54.116 médicos, para el año 1977.

En *Argentina: Descripción de su situación de salud*, publicado por el Ministerio de Salud y Acción Social/OMS/OPS en 1985 y citado por Diéguez, Llach y Petrecolla⁹, se establece, para 1980, la cantidad de personal de los establecimientos según el subsector al que pertenecen, ascendiendo el número de médicos a 69.388, distribuidos de la siguiente forma: subsector oficial, 35.452, subsector de obras sociales, 7.958 y subsector privado, 33.538. No hay ninguna referencia acerca de las superposiciones de profesionales en los distintos subsectores.

Por último, Abramzon¹⁰ hace una proyección para el año 1992, basándose en datos inéditos del Censo de Nacional de Población de 1980, que registró 59.706 médicos.

A ese número se le adicionaron los graduados en el sistema universitario cada año (Por no estar disponibles estos datos para los años 1991, 1992 y 1993, los estimó en 3.300 anuales; Abramzon no dice cuál fue el criterio para adoptar esa cifra, ya que el número de graduados decreció de 5.273 en 1980 a 2.954 en 1989). Y se aplicó "la tasa de mortalidad estimada para la franja etárea modal de la categoría ponderada por sexo". Al valor resultante

se le descontó una tasa de retiro (por migración y baja) equivalente al 0.5% de los graduados de cada año.

De este modo, para 1992, estimó en 88.800 el número de médicos en actividad (Tabla 9).

A modo de síntesis, ésta sería la evolución de la población médica y de la población del país, de acuerdo a los censos y a las estimaciones realizadas:

Fuente	Año	Población	Médicos	
			Número	N° de habitantes por profesional
Censo de Población	1869	1.830.214	458	3.996
Censo de Población	1895	4.044.911	1.648	2.454
Censo de Población	1914	7.903.662	3.542	2.231
Censo de Población	1947	15.893.827	16.240	979
De Pablo (estimación)	1954	18.736.432	22.412	836
De Pablo (estimación)	1959	21.389.000	29.300	730
Censo de Población	1960	20.013.793	27.751**	721
CONADE (estimación)	1964	21.304.986	31.204	682
Instituto Di Tella (estimación)	1965		35.402	
ESEM (estimación)	1969		45.340	
Mera (estimación)	1977		54.116	
Censo de Población	1980	27.947.446	59.706	468
MSAS/OMS/OPS (estimación)	1980		69.388	
Abramzon (estimación)	1992	32.608.687*	88.800	367

Fuente: elaboración propia sobre la bibliografía citada y los Censos de Población correspondientes.

* Censo de Población 1991

**Este dato que figura en la publicación del CONADE (1964, op. cit.) difiere del proporcionado por Mera (1978, op. cit.).

Entre los dos puntos extremos (1869 y 1992) la población del país creció 18 veces y el número de médicos 192 veces!

En distintos momentos se planteó el tema del "número de médicos y las necesidades del país". Así, en 1957, Lazarte¹¹ realiza un estudio

demográfico del país y de la profesión médica, estimando que en 1955 había 26.356 médicos para 19.850.000 habitantes. Calculó que se necesitarían 30.000 médicos si se distribuyeran en un país industrial homogéneo y dado que esto no era así, la cifra debería aumentarse a 35.000 para brindar servicios a los pueblos pequeños. Concluye que "1. el número de médicos activos que tiene el país en relación con su población corresponde a una alta cultura; 2. la distribución es defectuosa, existiendo grandes zonas sin servicios completos (zonas rurales); 3. es menester descentralizar en parte la plétora que sufren las grandes ciudades; 4. faltan especialistas en todas las ramas; 5. tales fenómenos se deben a una medicina desorganizada; 6. como expresa el Prof. B.A. Houssay son los médicos quienes han de organizarla, de no ser así, la organizará el Estado"¹².

En 1966, Corach¹³ en un editorial, se preguntaba ¿Cuántos médicos necesitará el país en 1975? y después de especificar qué factores hay que tener en cuenta para hacer esa estimación, concluye que "para 1975 tendremos en la Capital Federal un médico por cada 150 habitantes y en el país uno por cada 577 habitantes, lo cual es un lujo que obligará a seguir emigrando a muchos, habida cuenta de que el gasto médico es cada día mayor e inaccesible a la mayor parte de la población"¹⁴.

En 1968, Fernández de Busso¹⁵ analiza la situación de ese momento, critica la simplificación de un problema complejo, que hace pasar la solución por aplicar una determinada relación médico - población y especifica cuáles son los factores que se deberían tener en cuenta para realizar una estimación de los requerimientos médicos para una zona: "a) estimar la demanda futura de atención médica de acuerdo al crecimiento de la población, cambios esperados en la estructura por edad y tendencia en su

desarrollo socioeconómico (urbanización, nivel de ingresos, afiliación a sistemas de previsión médica, etc.) y b) examinar la perspectiva de cambios en la oferta médica en cuanto a producción de profesionales, grado y tipo de especialización, tiempo médico dedicado a tareas no asistenciales y productividad del trabajo médico"¹⁶.

La distribución desigual a la que se refiere De Pablo - y también los autores citados en los párrafos precedentes- se mantuvo a lo largo del tiempo, aunque en la distribución para el año 1992 aparece atemperada: sólo el 29% ejerce en la Capital Federal contra el 46% que lo hacía en 1954.

La discusión acerca de la existencia de una "plétora médica " o la "mala distribución" de los profesionales ha hecho correr mucha tinta a lo largo de los años y esa discusión, muchas veces con un lenguaje florido, tiene una base ideológica. Ya desde los títulos se puede inferir de qué lado se sitúa el autor: "Falsa plétora o mala distribución" (Meeroff¹⁷) o "Los problemas de la profesión médica. Sus soluciones. La limitación en el número de estudiantes" (Carrera¹⁸).

Gabastou¹⁹ dice, en 1937, que "es un hecho incontrovertible que la capacidad del país para los médicos se halla raso, ampliamente ultrapasada" y que la primera causa de ese fenómeno es la plétora profesional, ya que "hoy no hay ciudad del interior, pueblo, localidad, por humilde que sea, que no cuente con una superabundancia tal de médicos que éstos deben contentarse, a veces, hasta ver sus escasos servicios profesionales remunerados en especies, para poder subsistir"²⁰.

La respuesta de Pastorini²¹ aparece pocos meses después: "¿La realidad sanitaria del país con sus enormes contingentes de tuberculosos sin medios de asistencia, los cientos de miles de blenorragicos no atendidos, el paludismo endémico, la sífilis, el tracoma, la lepra, etc., diezmando la

población no claman a gritos la acción de los médicos? Es evidente que si se prestaran a la población todos los servicios médicos que requiere serían pocos para atenderlos". Cita a continuación las conclusiones del Primer Congreso de Medicina Social y Gremial de 1936, respecto de la mala distribución o falsa plétora:

1. La proporción de habitantes por cada médico está en relación con el grado de civilización y progreso alcanzado por cada país. Los países más adelantados son los que tienen un índice más bajo de habitantes por médico y a ello corresponden los estados sanitarios mejores.
2. La República Argentina, que ocupa el décimo lugar entre las naciones en la cifra de habitantes por médico, está aún muy lejos de haber alcanzado un problema para el gremio. El problema existe, sí, pero para el estado sanitario del país, que es muy deficiente en las zonas rurales, precisamente por la falta de médicos en ellas.
3. A excepción de la Capital Federal, Santa Fe, Córdoba, en todas las demás provincias y territorios nacionales se necesitan aún muchos médicos, para que se distribuyan por las zonas rurales.
4. El organismo nacional de los médicos, debe tener en forma permanente los informes de cada zona y conocer las necesidades de cada uno en lo que a médicos se refiere, para que puedan recurrir a él todos los recién egresados y ya en ejercicio, donde puedan obtener los informes que los orienten con alguna seguridad en la plaza en que sus servicios sean necesarios y bien remunerados, evitando así la aglomeración y la consiguiente competencia de alguna zona, aglomeración que obedece al desconocimiento por los médicos de la existencia de otras plazas mejores.

5. Que la plétora médica no existe en nuestro país, sino en alguna que otra ciudad y que en la inmensa mayoría de nuestro extenso territorio, se espera aún la llegada de muchos médicos, lo que contribuiría a bajar el índice de habitantes por médico y a mejorar por consiguiente el estado sanitario de las zonas rurales, huérfanas de toda acción útil hasta ahora, en ese sentido.
6. Hay grandes zonas de la República Argentina en las que la asistencia médica es casi nula (Formosa, un médico por cada 15.000 habitantes; San Luis, uno por cada 12.800; La Rioja, uno por cada 9.000). La extrema indigencia de los habitantes rurales les impide mantener el servicio médico. La única solución posible a este grave mal es: 1º, el Seguro Social; 2º, las remuneraciones de los médicos por el Estado ²².

Argumentos que también desarrolla en su polémica ²³ con Carrera ²⁴.

Meeroff ²⁵ va más allá, diciendo que en algunas zonas del país, por ejemplo, en el Sur, "ya no la plétora sino misma la mala distribución suena a cosa falsa, ya que la falta de profesionales es absoluta".

Por ese entonces, medios de comunicación como La Vanguardia o el matutino Reconquista se hacen eco del problema ^{26 27}.

Más acá en el tiempo, la polémica sigue. Mera ²⁸, después de describir cuantitativamente el número y la distribución de los médicos en el país, concluye que "por las características de nuestro país, la abundancia de médicos se ha convertido en un real exceso o plétora que ha comenzado a erosionar las bases éticas y el compromiso social de una profesión acuciada por urgencias económicas crecientes, que son mayores en las generaciones más jóvenes". Pero Neri ²⁹ sostiene " No es cierto que haya en la Argentina una gran plétora médica, como insistentemente se oye en diversos foros; lo

que existe es un sobredimensionamiento relativo al actual tipo de organización".

En 1990, García Díaz³⁰ describe la situación del momento no de plétora médica, sino de "plétora de especialistas", que "afecta la promoción de la salud y la atención de la enfermedad, la organización y financiación de la Seguridad social, el uso adecuado de tecnología y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la misma situación de los médicos, víctimas al fin, ellos mismos, de una situación distorsionada y errática que roe sus motivaciones vocacionales y perturba sus requerimientos legítimos de tipo económico"³¹.

3.2. La población médica de la Provincia de Buenos Aires

Pérez Arias y Feller^{32 33 34} estudiaron el recurso humano de la Provincia de Buenos Aires a partir de los datos de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, para los años 1981 y 1988.

Posteriormente dicha institución sistematizó sus datos en períodos quinquenales a partir de 1971 y anuales a partir de 1986.

Esos datos, tomados quinquenalmente para el período 1971-1996 y reanalizados por la autora de esta tesis, son los que se presentan a continuación.

Una palabra sobre la validez de estos datos como indicadores de la población médica de la Provincia de Buenos Aires: tanto para ejercer en forma privada como en el ámbito público, los médicos deben matricularse en el distrito correspondiente del Colegio Médico e inscribirse obligatoriamente en la Caja de Previsión y Seguro Médico de su jurisdicción. Por lo tanto, exceptuando errores de registro, los datos

provenientes de esa fuente pueden considerarse un fiel reflejo de la situación demográfica de la población médica de la Provincia en cada año considerado. Lamentablemente, los datos no cubren todo el período considerado en esta investigación.

De todos modos, es interesante mostrar series de datos para los últimos veinticinco años.

Como puede observarse en la Tabla 10, el total de médicos creció casi tres veces en el período, pero mientras los varones duplicaron su número, las mujeres lo septuplicaron, con una razón de masculinidad (número de médicos/número de médicas), que pasó de 7.2 en 1971 a 2.0 en 1996.

Si bien no hay datos previos, la feminización de la profesión es un proceso que se ha dado sin prisas pero sin pausas y que comenzó mucho antes del año que da comienzo a esta serie. Este fenómeno puede observarse en las Tablas 11 a 16 que presentan la distribución por edad y sexo en cada quinquenio: la razón de masculinidad en cada uno aumenta considerablemente a medida que aumenta el intervalo de edad: así, en 1971, en el intervalo 25-29 años, había 1717 médicos y 383 médicas (razón de masculinidad= 4.5), pero entre los mayores de 70 años (nacidos en 1901 o antes), estaban registrados 104 médicos pero ninguna médica (si bien la razón de masculinidad no se computa, porque no es posible la división por 0, es 100.0).

Diez años más tarde, en 1981, para el intervalo 25-29 la razón de masculinidad era 1.9 y entre los mayores de 70 años (nacidos en 1911 o antes), 40.4. En 1996, para esos mismos intervalos, la razón de masculinidad era 1.1 y 7.6, respectivamente.

Si se considera la distribución geográfica en los 10 distritos ³⁵ en que se halla dividida la provincia, en todo el período, alrededor del 58% de los

médicos están establecidos en los distritos 1, 2 y 4, cuyas cabeceras son las ciudades de La Plata, Avellaneda y Vicente López, distritos que también presentan la menor razón de masculinidad (Tablas 17 a 22). Estos distritos corresponden a los partidos del Gran Buenos Aires más cercanos a la Capital Federal. El distrito 3 (cabecera Morón) si bien incluye partidos del Gran Buenos Aires muy poblados como La Matanza, también comprende partidos más alejados como Cañuelas o Gral. Las Heras, por lo que la proporción de médicos en él es menor.

Como se observa en la Tabla 23, el número habitantes por médico, en toda la provincia, pasó de 459 a 381 entre 1980 y 1991. Esos mismos distritos (1, 2 y 4) más el 9 (cabecera Mar del Plata) tienen un número de habitantes por médico inferior o apenas superior a la media provincial, en los dos momentos considerados.

Belmartino *et al.*³⁶ y Rodríguez *et al.*³⁷ han realizado estudios demográficos de la población médica de las Provincias de Santa Fe y Córdoba, respectivamente.

Referencias del Capítulo III La Población médica en la Argentina

-
- ¹ De Pablo, V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959), *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 597-609.
- ² De Pablo, V., 1955, op.cit., p. 605.
- ³ De Pablo, V. Distribución y futuro de los médicos en la Argentina, *El Día Médico*, 1960, 32, 1497-1500.
- ⁴ Zalduendo, E.A., Almada, M.A., Sanjurjo, M.E. *Informe preliminar sobre Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica en la República Argentina*, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1962.
- ⁵ Almada, M.A. Horowitz, M.A., Zalduendo, E.A., *Los recursos humanos de nivel universitario y técnico en la República Argentina*, Parte I, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1964.
- ⁶ Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), Distribución de médicos en la República Argentina por provincia y departamento, 1964, *Tema de Divulgación Interna*, N°43.
- ⁷ Estudios sobre Salud y Educación Médica (ESEM), *Recursos humanos en los establecimientos asistenciales en la República Argentina*, Serie 2, N°1, Buenos Aires: Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.
- ⁸ Mera, J.A. Número y distribución de médicos en la Argentina. Aspectos educacionales y de política sanitaria, *Medicina*, 1978, 38 (3), 308-318.
- ⁹ Diéguez, H., Llach, J.J., Petrecolla, A., *El gasto público social*, Vol. IV: Sector salud, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1990.
- ¹⁰ Abramzon, M.C. *Recursos humanos en salud* (mimeo), Ministerio de Salud, 1993.
- ¹¹ Lazarte, J. Número de profesionales existentes por especialidades y necesidades del país, *Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1957, 71 (11-12), 510-519.
- ¹² Lazarte, J., op. cit., p. 519.
- ¹³ Corach, L. Cuántos médicos necesitará el país en 1975 (Editorial), *Medicina*, 1966, 26 (5), 273-276.
- ¹⁴ Corach, L., op. cit. 276.
- ¹⁵ Fernández de Busso, N. Disponibilidad y requerimiento de recursos médicos, *Medicina Administrativa*, 1968, 2 (1), 5-10.
- ¹⁶ Fernández de Busso, N., op. cit., p.10.
- ¹⁷ Meeroff, M. Intereses profesionales, *La Semana Médica*, 1937, I, 1238-1239.

-
- ¹⁸ Carrera, J. L. Los problemas de la profesión médica (continuación), *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 24-25.
- ¹⁹ Gabastou, J.A. Proletariado profesional médico, *La Semana Médica*, 1937, I, 671-673.
- ²⁰ Gabastou, J.A., op. cit., p. 671.
- ²¹ Pastorini, R. Desarrollo del ejercicio individual de la medicina, *La Semana Médica*, 1937, II, 485-488.
- ²² Pastorini, R., op. cit., p. 486.
- ²³ Pastorini, R. Mala distribución o falsa plétora, *La Semana Médica*, 1938, I, 1384-1385.
- ²⁴ Carrera, J. L., op. cit.
- ²⁵ Meeroff, M., op. cit., p. 1238.
- ²⁶ Anónimo. En la República Argentina, ¿existe plétora de médicos?, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (79), 20.
- ²⁷ Doderó, O. La real o presunta plétora de médicos en la República Argentina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (85), 28-31.
- ²⁸ Mera, J.A., op.cit., p. 314.
- ²⁹ Neri, A. *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette, 1982, p.243.
- ³⁰ García Díaz, C. Plétora de especialistas (Editorial), *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (5-6), 15-16.
- ³¹ García Díaz, C., op. cit., p. 16.
- ³² Pérez Arias, E., Feller, J. Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires, *Cuadernos Médico Sociales*, 1983, (26), 7-17.
- ³³ Pérez Arias, E., Feller, J. Estudio de la población médica de la Provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (5-6), 17-24.
- ³⁴ Feller, J., Pérez Arias, E.B., El Sector Salud de la Provincia de Buenos Aires, en Katz, J. y colaboradores *El Sector Salud en la Argentina: Su estructura y comportamiento*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1993, pp.35-69.
- ³⁵ Distrito 1: Berisso, Cnel. Brandsen, Ensenada, Magdalena, La Plata, San Vicente.
Distrito 2: Alte. Brown, Avellaneda, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes.
Distrito 3: Cañuelas, E.Echeverría, Gral. Las Heras, La Matanza, Marcos Paz, Merlo, Morón.
Distrito 4: Gral. San Martín, San Fernando, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Vte.López.
Distrito 5: Campana, Chivilcoy, Exaltación de la Cruz, Escobar, Gral. Rodríguez, Gral.

Sarmiento, Luján, Mercedes, Moreno, Navarro, Pilar, San Andrés de Giles, San Antonio

de Areco, Suipacha, Zárate.

Distrito 6: Baradero, Bmé. Mitre, Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, Chacabuco, Colón, Gral. Arenales, Junín, L.N.Alem, Pergamino, Ramallo, Rojas, Salto, San Nicolás,

San Pedro.

Distrito 7: 25 de Mayo, 9 de Julio, Alberti, Bragado, C.Casares, C.Tejedor, Daireaux, Gral. Pinto, Gral. Villegas, Gral. Viamonte, H.Irigoyen, Lincoln, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Salliqueló, Trenque Lauquen.

Distrito 8: Azul, Benito Juárez, Bolívar, Gral. Belgrano, Gral. Paz, Gral. Alvear, Laprida,

Las Flores, Lobos, Monte, Olavarría, Rauch, Roque Pérez, Saladillo, Tandil, Tapalqué.

Distrito 9: Ayacucho, Balcarce, Castelli, Chascomús, Dolores, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita,

M. de la Costa, M. de Pinamar, M. de Villa Gesell, Necochea, Pila, San Cayetano, Tordillo.

Distrito10: Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Cnel. Dorrego, Cnel. Pringles, Cnel. Rosales,

Cnel. Suárez, González Chaves, Gral. Lamadrid, Guaminí, M. de Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos, Villarino.

³⁶ Belmartino, S. *et al.* Condicionantes del proceso de crecimiento y distribución de la Población Médica en la provincia de Santa Fe. Reflexiones preliminares, *Cuadernos Médico Sociales*, 1988, (43), 3-20.

³⁷ Rodríguez, R. H. *et al.* Evolución y tendencias de la matrícula médica de la Provincia de Córdoba, *Educación médica y Salud*, 1994, 28 (4), 522-544.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

4.1. Objetivos generales

1. Contextualizar la práctica médica de los últimos años en la Provincia de Buenos Aires, en el período 1945-1995.
2. Describir los principales cambios ocurridos en la práctica médica en ese período.
3. Evaluar cómo afectaron dichos cambios la práctica de los profesionales hoy retirados.
4. Comparar las distintas "generaciones" de médicos en cuanto a las carreras y prácticas que fueron desarrollando.
5. Establecer una tipología de médicos en función del tipo de práctica predominante.

4.2. Objetivos específicos

- 1.1. Describir las características demográficas de la profesión médica en la Provincia de Buenos Aires.
- 2.1. Describir los cambios ocurridos en la profesión y la práctica médica en el período.
- 3.1. Describir cómo era la práctica médica al inicio y cómo se fue modificando a lo largo de su carrera profesional, en aspectos tales como: especialización, relación médico-paciente, uso de tecnología, distribución del tiempo profesional, remuneraciones, papel de la seguridad social, etc.

3.2. Describir cómo se vivieron esos cambios, en términos del desarrollo profesional y de la satisfacción (o insatisfacción) que deriva del desempeño profesional.

4.1. Determinar si entre las distintas "generaciones" de médicos existen diferencias en cuanto a los aspectos relevados en 3.1 y 3.2.

CAPÍTULO V

EL ESTUDIO CUALITATIVO

5.1. Breve reseña acerca de la metodología cualitativa

Los seres humanos construyen la acción individual y colectiva a través de interpretaciones de las situaciones que enfrentan. Actúan sobre la base de los significados que las cosas tienen para ellos; el significado surge de la interacción que uno tiene con los demás y estos significados se manejan y modifican por un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas y con otras personas¹.

Comprender el mundo social quiere decir comprender el modo en que los hombres definen su situación. La estructura del mundo social es significativa no sólo para quienes actúan en él, sino también para sus intérpretes científicos. Sus datos son los significados ya construidos por los participantes activos en ese mundo social y a esos datos ya significativos deben referirse en última instancia, los conceptos científicos del investigador. La conducta humana es significativa cuando ocurre, independientemente de su posible reinterpretación por el científico social dentro de sus propios esquemas teóricos², ya que las acciones sociales están basadas sobre e imbuidas de significados, intenciones, actitudes y creencias³.

Esta doble hermenéutica es, según Giddens⁴, aún más compleja, ya que los conceptos de segundo orden, creados por los investigadores, son tomados por los individuos para interpretar sus propias conductas, y con esta apropiación, los convierten en nociones de primer orden.

La metodología cualitativa ha dado muestras de ser apropiada para abordar la realidad social⁵, pues permite reflejar lo que la gente cree, dice, siente y hace, como producto del modo en que interpreta su mundo; es decir, permite aprehender el "mundo real de las personas"⁶.

5.1.1. ¿Qué es la investigación cualitativa?

Es la investigación que produce descubrimientos sin apelar a métodos estadísticos u otras maneras de cuantificación. Se refiere a investigaciones sobre la vida de las personas, su historia y sus conductas, pero también a investigaciones sobre relaciones interpersonales, funcionamiento organizacional o movimientos sociales. No se trata de cuantificar datos obtenidos a partir de técnicas cualitativas (observación, entrevistas en profundidad) sino de un procedimiento analítico no matemático que aporta hallazgos obtenidos por una variedad de métodos, que incluyen observación y entrevistas, pero también documentos, libros, videocintas⁷.

5.1.2. ¿Por qué hacer investigación cualitativa?

Aparte de las convicciones que pueda tener un investigador, ya sea que provengan de su postura teórica o de su experiencia empírica, la razón principal por la que uno elige realizar una investigación cualitativa está relacionada con el tipo de problema a investigar. Algunas áreas de estudio conducen naturalmente a la investigación cualitativa, por ejemplo, investigaciones que tratan de descubrir la naturaleza de las experiencias de las personas respecto de un fenómeno como

la enfermedad, la fe religiosa o las adicciones. Los métodos cualitativos permiten descubrir y entender qué es lo que está detrás de cualquier fenómeno sobre el que se conoce poco, profundizar temas que se conocen un poco mejor o dar detalles de un fenómeno que son difíciles de alcanzar con un método cuantitativo.

Los resultados de la investigación cualitativa pueden ser usados para clarificar e ilustrar descubrimientos cuantitativos, construir instrumentos de medición, desarrollar políticas, evaluar programas, proveer información para usos comerciales (*marketing*), guiar la práctica profesional, servir para fines políticos y naturalmente, para fines científicos: desarrollar conocimientos básicos.

5.1.3. ¿Cómo se hace investigación cualitativa?

El análisis cualitativo se efectúa sobre la base de información observacional o de expresión oral o escrita, poco estructurada, recogida con pautas flexibles, difícilmente cuantificable. Mediante la información que se releva se intenta captar la definición de la situación que efectúa el propio actor social y el significado que éste da a su conducta, los cuales son clave para interpretar los hechos. El análisis busca contemplar la totalidad de la configuración en que se sitúa el actor y es, por lo tanto, holístico. Se basa en un método comparativo que va enfrentando casos similares entre sí, pero que se diferencian por algunas características cruciales, tratando de formular interpretaciones que incluyen conceptos teóricos. Estos conceptos teóricos se van construyendo en ese mismo proceso de análisis. Por lo tanto, el muestreo no es probabilístico sino

intencional y se seleccionan los casos que varían en aquellas características que se consideran relevantes en el problema que se estudia. Glaser y Strauss⁸ llaman "muestreo teórico" a la selección de grupos cuya comparación tiene relevancia teórica para el desarrollo de categorías explicativas. El análisis no consiste en la estimación cuantitativa de parámetros de un universo dado, sino en el estudio comparativo de la conducta de los actores dentro de un contexto determinado y en circunstancias situadas en el tiempo, que plantea hipótesis y tipologías útiles para interpretar la diversidad y semejanza de las conductas observadas.

Cuando un investigador enfrenta la definición de un problema de investigación relacionado con la conducta individual o grupal suele tener un doble interrogante: primero, acerca de la existencia y la magnitud de un fenómeno y segundo, acerca de las características del proceso en que se da ese fenómeno. La asociación estadística entre dos variables puede mostrar una relación insumo - producto o estímulo - respuesta, pero nada nos dice acerca de los mecanismos de la "caja negra" que están operando para dar ese resultado. Y tanto para conocer como para operar sobre un problema el conocimiento de esa caja negra es fundamental.

Al definir un problema de investigación, el investigador, salvo en el caso poco frecuente de que sólo le interese demostrar una relación entre variables unívocamente definidas, se plantea la conveniencia de integrar un enfoque cualitativo. Una alternativa es un enfoque predominante o únicamente cualitativo, cuando el estudio se adentra en el estudio de los contextos, en la definición de la situación, en la comprensión del sentido que los actores confieren a la acción. Una segunda posibilidad es que la investigación se inicie con un análisis de la situación problemática y proponga luego hipótesis

cuantitativas empleando una definición de variables realizada a partir de los resultados de la primera etapa cualitativa. La tercera estrategia parte de un diagnóstico cuantitativo para caracterizar un fenómeno y se adentra en un análisis cualitativo de dicho fenómeno para tratar de explicar los procesos. Y la última y más difícil es la triangulación metodológica entre enfoques cualitativos y cuantitativos a lo largo de la investigación, enriqueciendo así la conceptualización y la construcción de la teoría.

La triangulación es “la combinación de metodologías en el estudio del mismo fenómeno”⁹. La metáfora de la triangulación es tomada de la navegación, que utiliza múltiples puntos de referencia para localizar la posición exacta de un objeto.

La triangulación entre métodos permite capturar un retrato más complejo y holístico del fenómeno bajo estudio, examinándolo desde múltiples perspectivas y enriqueciendo nuestra comprensión del mismo al permitir la emergencia de nuevas y más profundas dimensiones¹⁰.

El diseño de un estudio cualitativo debe presentar claramente los antecedentes del problema al que se quiere responder. El investigador se aproxima al problema con un caudal de conocimientos de resultados de investigaciones anteriores y con un acervo conceptual de teorías. Estos elementos le permiten generar hipótesis de trabajo que no son una relación entre variables operacionalizadas sino una interrelación entre conceptos amplios a redefinir en el propio trabajo cualitativo. Estos antecedentes, unidos al conocimiento personal permiten imaginar un escenario del contexto y de los sujetos que faciliten un análisis comparativo. Asimismo permitirán determinar los niveles de análisis (por ej. el análisis organizacional, el de pequeñas comunidades, el de

familias o el individual), el tipo de unidades (colectivas y/o individuales), y los sujetos que pueden brindar la información. Esta información una vez analizada proporcionará la respuesta al interrogante inicial, enriqueciendo y ampliando el marco conceptual preexistente ¹¹.

La recolección y análisis de la información cualitativa implican una definición clara del contexto inmediato de las unidades observadas y de los casos a comparar y las características de esta metodología ponen límites en cuanto al número de sujetos de investigación, que no puede ser muy grande. Como se está interesado en captar procesos, la información que se recoge se extiende en el tiempo, tanto sobre hechos objetivos como sobre la opinión de los sujetos. Es importante el registro del lenguaje de los protagonistas, ya sea de una observación, de una entrevista o de un texto. El investigador debe tener en claro cuándo reproduce textualmente y cuándo presenta sus evaluaciones de la situación, lo que ya constituye un primer paso del análisis.

El registro de la información debe ser detallado y focalizado de manera que permita hacer una primera descripción del fenómeno y sirva de primer paso al análisis que se realizará posteriormente. Es necesario que se incorpore también toda otra información que sea relevante aunque sea externa, por ejemplo características del lugar donde se llevó a cabo la entrevista, actitud del entrevistado, etc.

Este primer registro debe ser conservado, organizado en rubros y releído a medida que progresa la investigación. Es importante ir extrayendo conclusiones provisionarias para volver a los registros originales. Este proceso recursivo de armar y desarmar el rompecabezas, transformándolo, pero siempre conservando

las piezas originales es básico en la recolección de información y en el análisis cualitativo.

El análisis comparativo sistemático implica el análisis minucioso de cada caso y en particular de aquellos grupos de casos que tienen características comunes y muestran regularidades de comportamiento así como los casos desviados de los comportamientos esperados.

Las interpretaciones que se formulan incluyen conceptos teóricos de las Ciencias Sociales y plantean hipótesis y tipologías útiles para interpretar la diversidad y semejanza de las conductas observadas¹².

Uno de los problemas que se plantean las metodologías cualitativas es cómo captar la realidad del fenómeno bajo estudio y cómo darle un sentido convincente. Este darle sentido se vincula con las complejas interpretaciones de los datos, efectuadas en el proceso de investigación, con el carácter conceptualmente denso que debe tener la teoría y con la necesidad de un examen detallado e intensivo de los datos para determinar la complejidad de las relaciones entre ellos¹³.

5.1.4. ¿Cuál es la legitimidad de los hallazgos producto de una investigación cualitativa?

Muchas de las críticas que se hacen a la investigación cualitativa se basan en la convicción de que hay un solo método de investigación científicamente correcto: el empleado respecto de la naturaleza y que sólo ese método garantiza la objetividad de los resultados¹⁴.

La postura metodológica de la investigación cualitativa es el examen directo del mundo empírico social, entendiendo que tal estudio permite al especialista

satisfacer todos los requisitos básicos de la ciencia empírica: enfrentarse a un mundo susceptible de observación y análisis, suscitar problemas con respecto al mismo, reunir los datos necesarios a través de un examen detenido y disciplinado, descubrir relaciones entre las respectivas categorías de datos, formular proposiciones respecto de esas relaciones, incorporarlas a un sistema teórico y verificar problemas, datos, relaciones, proposiciones y teorías por medio de un nuevo examen empírico¹⁵.

La objetividad de una investigación cualitativa debe ser valorada, según Kirk y Miller¹⁶, en términos de la confiabilidad y validez de sus observaciones (entienden confiabilidad como el grado en que el hallazgo es independiente de circunstancias accidentales de la investigación o en otras palabras, la extensión en que el mismo procedimiento de observación en el mismo contexto brinda la misma observación y validez como el grado en el que hallazgo es interpretado en forma correcta). La objetividad es, para estos autores, la realización simultánea del mayor grado de confiabilidad y de validez y constituye un compromiso de integrar nuevos hallazgos en el cuerpo acumulado del conocimiento colectivo y confrontar ideas tanto con datos como con argumentos.

Los criterios para juzgar esa legitimidad tienen que ver con el uso adecuado del método comparativo y se refieren a la selección de la muestra y su fundamento teórico y/o empírico, a los controles de validez y confiabilidad en la recolección de la información y a los elementos que permitieron establecer las categorías conceptuales a partir de la comparación de casos.

La realidad no puede ser conocida ni en forma directa ni de manera infalible sino que sólo puede ser reflejada por la convergencia de observaciones desde

múltiples fuentes de información^{17 18 19 20} y por lo tanto, el uso armónico de métodos cualitativos y cuantitativos se impone a la hora de aumentar nuestros conocimientos.

5.2. Los informantes clave

Los informantes clave fueron seis, todos médicos, cada uno hablando desde un lugar, desde una posición diferente, según su especialidad, su trayectoria, en suma, su vida profesional.

El disparador de la entrevista fue el planteamiento del tema de la tesis y cada uno resaltó el aspecto que le resultó más cercano a su experiencia profesional.

Hay quienes se situaron en un nivel macro, dando un pantallazo de los cambios sociales ocurridos en los últimos años y su influencia en el ámbito de la salud; otros apuntaron al nivel micro y se refirieron a la relación médico-paciente y a los elementos que interfieren y que promueven cambios en la misma.

5.3. Instrumento de recolección de datos: la entrevista

La entrevista orientada a reconstruir relatos de vida recoge testimonios sobre el pasado del entrevistado, recordados en una situación de interacción con un interlocutor, el entrevistador. Su objetivo es reconstruir, desde el actor,

situaciones, contextos, comportamientos, así como percepciones y evaluaciones; esta reconstrucción de hechos e interpretaciones está filtrada por las creencias, actitudes y valores del protagonista. La narración gira alrededor del "yo" cuya vida o experiencias en redes de relaciones sociales son registradas en un texto; los hechos y experiencias que han sido vividos efectivamente, tienen nexos temporales y están ubicados en un contexto histórico y personal; en ese decurso existen puntos de inflexión que introducen cambios y son importantes para comprender la totalidad; la narración refleja la influencia de las clases sociales y el género en las interpretaciones, descripciones o valores^{21 22}.

La entrevista, semiestructurada, tenía en cuenta una serie de ejes temáticos a abordar (Ver Apéndice A):

- * datos biográficos y familiares: lugar y año de nacimiento, ocupación del padre y de la madre, existencia de otros médicos en la familia;
- * datos acerca de la formación: razones de la elección de la carrera, facultad a la que asistió, año de ingreso y de egreso, forma de financiación de los estudios;
- * experiencias vividas durante los años de facultad: estudios, dificultades, compañeros, actividad estudiantil y política, prácticas realizadas (practicantado, residencias);
- * especialización;
- * tipo de práctica: en los primeros años: práctica hospitalaria, instalación consultorio, otro tipo de práctica: docencia, investigación, cambios o mudanzas, no sólo físicas sino de especialidad;

- * características de la práctica: tipo de clientela, relación con el paciente, distribución del tiempo profesional, visitas domiciliarias, desplazamientos (¿en qué?), remuneración: honorarios/ sueldos, relación con colegas, empleados: secretaria, etc., días libres, vacaciones;
- * cambios en la práctica: debidos a los cambios en los métodos de diagnóstico, los métodos terapéuticos, el financiamiento (mutualidades, prepagos, obras sociales), las características de los pacientes, en la autonomía para organizar la práctica, para prescribir, las necesidades de actualización: de conocimientos, de equipos.
- * situación actual: realiza algún tipo de ejercicio profesional, situación económica;
- * satisfacciones e insatisfacciones profesionales: al principio de la carrera, al final de la carrera, ¿la elegiría otra vez?;
- * otras actividades: políticas, gremiales, académicas.

La entrevista, grabada, tuvo una duración promedio de dos horas. Luego de desgrabado, el material fue analizado tomando cada caso como un todo, para lograr una inmersión total en el mismo y posteriormente se procesó la información por eje temático, buscando semejanzas y diferencias en cada uno de ellos.

5.4. Muestra

Se entrevistaron diez médicos retirados, que, con la excepción de uno, habían ejercido en la Provincia de Buenos Aires.

Siete eran hombres y tres, mujeres. Cuatro habían nacido en la Ciudad de Buenos Aires, dos en La Plata, dos en el interior de la Provincia de Buenos Aires y dos en el interior del país. Habían nacido entre 1908 y 1928 y pertenecían a los sectores medios de la población (cuatro padres habían sido comerciantes, tres empleados, dos médicos y uno chacarero). Las tres mujeres estaban o habían estado casadas con médicos (en un solo caso se entrevistó al matrimonio).

Referencias del Capítulo V El estudio cualitativo

-
- ¹ Blumer, H. *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*, Barcelona: Hora, 1982.
- ² Schutz, A. *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- ³ Fielding, N.G., Fielding, J.L. *Linking Data*, Newbury Park: Sage Publications, 1986.
- ⁴ Giddens, A. *Las nuevas reglas del método sociológico*, Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
- ⁵ Taylor, S.J., Bogdan, R. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- ⁶ Anderson, R., Bury, M. *Living with Chronic Illness. The Experience of Patients and their Families*, London: Unwin Hyman, 1988.
- ⁷ Strauss, A., Corbin, J. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park: Sage Publications, 1991.
- ⁸ Glaser, B.G., Strauss, A.L. *The discovery of grounded theory. Strategies for Qualitative Research*, New York: Aldine Publishing Company, 1980.
- ⁹ Denzin, N.K. *The Research Act*, N. York: Mc graw Hill, 2° ed, citado por Jick, T.D.
- Mixing
- Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly, 1979, 24, 602-609.
- ¹⁰ Jick, T.D. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly, 1979, 24, 602-609.
- ¹¹ Gallart, M.A. La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En Forni, F.H., Gallart, M.A. y Vasilachis de Gialdino, I. *Métodos Cualitativos II - La Práctica de la Investigación*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1992.
- ¹² Gallart, M.A., 1992, op.cit.
- ¹³ Strauss, A.L. *Qualitative Analysis for Social Scientists*, New York: Cambridge University Press, 1989.
- ¹⁴ Borman, K., Le Compte, M.D. Ethnographic and Qualitative Research Design and Why It Doesn't Work, *American Behavioral Scientist*, 1986, 30 (1), 42-57.
- ¹⁵ Vasilachis de Gialdino, I. *Métodos Cualitativos I - Los Problemas Teórico-epistemológicos*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1992.
- ¹⁶ Kirk, J., Miller, M.L. *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Newbury Park: Sage Publications, 1986.
- ¹⁷ Strauss, A., Corbin, J. 1991, op. cit.
- ¹⁸ Strauss, A.L., 1989, op. cit.

¹⁹ Kirk, J., Miller, M.L., 1986, op. cit.

²⁰ Jick, T.D., 1979, op. cit.

²¹ Sautu, R. Estilos y prácticas de la investigación biográfica en Sautu, R. (compiladora) *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*, Buenos

Aires: Editorial de Belgrano, 1999.

²² Denzin, N.K. *Interpretative Biography. Qualitative Research Methods*, Newbury Park: Sage

Publications, 1989, citado por Sautu, R., op.cit.

CAPÍTULO VI

EL ESTUDIO CUANTITATIVO

6.1. Instrumento de medición: el cuestionario

Una encuesta de 64 preguntas abiertas y cerradas (Ver Apéndice B) fue elaborada, teniendo en cuenta el material bibliográfico revisado, las opiniones de los informantes clave, los datos cualitativos surgidos de las entrevistas y mi propia experiencia obtenida en investigaciones previas.

El cuestionario fue analizado por 9 médicos de distintos ámbitos y 2 sociólogas, quienes opinaron sobre el tipo de preguntas, las categorías de respuesta y el diseño del mismo.

Para testear el cuestionario se realizó una prueba piloto. Se enviaron por correo, con respuesta postal paga, 18 encuestas a médicos retirados. Se recibieron 6 y esto dio la pauta de la cantidad de cuestionarios que deberían ser enviados para obtener entre 200 y 300 encuestas.

A la luz del análisis de las respuestas se realizaron algunas correcciones al cuestionario.

6.2. Población y muestra

6.2.1. Marco muestral y selección de la muestra

El listado proporcionado por la Caja de Previsión y Seguro médico de la Provincia de Buenos Aires, contaba, al 20.10.97, con 1.982 nombres de

médicos jubilados ordinarios y extraordinarios, ordenados por número de matrícula y distribuidos en 10 distritos geográficos.

De esta población, estratificada por sexo y distrito y manteniendo el ordenamiento por número de matrícula dentro de cada estrato, se seleccionó al azar uno de cada dos nombres y se enviaron 998 cuestionarios.

Los 22 (2.3%) cuestionarios devueltos por el correo fueron reenviados a otro profesional del mismo distrito.

6.2.2. Muestra

De los 1.020 cuestionarios enviados se obtuvieron 265 respuestas válidas.

Sólo hubo que anular 6 cuestionarios: 4 porque habían ejercido menos de 5 años y 2 porque no habían completado la primera hoja del cuestionario, lo que impedía su ubicación en las variables básicas. Un cuestionario llegó con seis meses de atraso y un pedido de disculpas por la demora! Y lógicamente no pudo ser incluido.

La tasa de respuesta obtenida en esta investigación ha resultado muy alta¹. En Francia, Herzlich *et al.*², con un método similar, reportan un 34.3% de respuesta a una encuesta enviada a 16.000 médicos retirados. Es importante destacar que en ese país, la tradición de encuestas por correo es mayor que en el nuestro.

6.2.3. Características y representatividad de la muestra

El 84.9% (225) de los médicos que respondieron la encuesta son hombres y el 15.1% (40) son mujeres y estos datos no difieren de los parámetros poblacionales.

Base 20.10.97	Distribución por sexo			
	Población		Muestra	
	N	%	n	%
Masculino	1.699	85.7	225	84.9
Femenino	283	14.3	40	15.1
Total	1.982	100.0	265	100.0

Con respecto al distrito se observa que también los porcentajes son similares.

Base 20.10.97	Distribución por distritos			
	Población		Muestra	
	N	%	n	%
1	355	17.9	35	13.3
2	443	22.4	50	19.0
3	220	11.1	36	13.7
4	357	18.0	44	16.7
5	102	5.1	16	6.1
6	119	6.0	14	5.3
7	45	2.3	10	3.8
8	56	2.8	14	5.3
9	195	9.8	30	11.4
10	90	4.5	14	5.3
Total	1.982	100.0	263	100.0
			N.R.= 2	

Dado que la edad no figuraba en el listado, no fue considerada en la estratificación de la muestra, aunque el número de matrícula podría tomarse como un indicador de la misma.

De cualquier modo es posible comparar la distribución de edades en la Muestra con la de la Población, aunque para ello es necesario tomar los datos estadísticos al 01.01.97, últimos disponibles, ya que la Caja de Previsión y Seguro médico de la Provincia de Buenos Aires calcula sus estadísticas al 1° de Enero de cada año. También en este caso las distribuciones son similares.

Edad	Distribución por edad y sexo											
	Población						Muestra					
	Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Hasta 64	160	9.8	81	29.3	241	12.6	15	6.7	6	15.0	21	7.9
65-69	357	21.8	97	35.1	454	23.7	54	24.0	13	32.5	67	25.3
70-74	386	23.5	46	16.7	432	22.5	62	27.6	12	30.0	74	27.9
75-79	361	22.0	26	9.4	387	20.2	54	24.0	5	12.5	59	22.3
80 y más	376	22.9	26	9.4	402	21.0	40	17.8	4	10.0	44	16.6
Total	1640	100.0	276	100.0	1916	100.0	225	100.0	40	100.0	265	100.0

Para evaluar si el porcentaje obtenido en la Muestra es igual al de la Población se calculó el Test de la Proporción cuya fórmula es:

$$\frac{\hat{p} - p_0}{\sqrt{\frac{p_0(1 - p_0)}{n}}}$$

donde p_0 = parámetro poblacional

\hat{p} = parámetro muestral
n = tamaño muestral

Debido a que al realizar una serie de pruebas estadísticas univariadas se corre el riesgo de que alguna de ellas aparezca como significativa por azar, se salvó este problema utilizando la desigualdad de Bonferroni para obtener un nivel de significación global para cada distribución³.

El nivel de significación global se calcula dividiendo el nivel de significación deseado (en este caso, 0.05) por el número total de variables. Así, en la estratificación por distrito se obtuvo un umbral de significación de 0.005 (0.05/10) y para la edad de 0.01 (0.05/5). Dado que las muestras por sexo son independientes, se tomó el valor de $p= 0.01$ en el análisis de la edad para cada sexo. Para la distribución simple de sexo, el nivel de significación es de 0.05.

En ninguno de los casos el test de la proporción es significativo.

De estas comparaciones se puede concluir que la muestra sobre la que se basa este estudio es representativa de la población de la que fue extraída, en términos de sexo, edad y distrito. Y por lo tanto, se puede, con un alto grado de certeza, generalizar a la población total, la información obtenida en los demás aspectos considerados en el cuestionario.

6.3. Medidas estadísticas

Los datos fueron sometidos a un minucioso análisis estadístico con el empleo de técnicas bivariadas y multivariadas.

6.3.1. Técnicas bivariadas

6.3.1.1. Medidas paramétricas

a) Para muestras no relacionadas

- * Diferencias de porcentajes no correlacionados
- * Diferencias de medias
- * Análisis de variancia simple
- * Test de Levene de Homogeneidad de las variancias.
- * Comparaciones post-hoc: Prueba de Scheffé
- * Comparaciones post-hoc: Diferencia mínima significativa (DMS) de Tukey

b) Para muestras relacionadas

- * Diferencias de porcentajes correlacionados
- * Análisis de variancia para medidas repetidas.

6.3.1.2. Medidas no paramétricas

a) Para muestras no relacionadas

- * Chi cuadrado

b) Para muestras relacionadas

- * Prueba de Friedman (Análisis de variancia de dos vías): para comparar más de dos distribuciones cuantitativas

- * Prueba de Mc Nemar: para comparar dos variables dicotómicas
- * Prueba Q de Cochran: para comparar más de dos variables dicotómicas

Tres variables independientes se tuvieron en cuenta para los análisis bivariados:

- * Género
- * Especialidad
- * Año de egreso de la Facultad.

Las especialidades fueron agrupadas en las cuatro grandes ramas de la Medicina: Clínica y afines, Cirugía y afines, Tocoginecología y Pediatría. Una categoría residual “otras” incluye diversas especialidades, que son disímiles entre sí, pero que por su escaso número no pudieron agruparse de otra forma: Radiología, Psiquiatría, Sanitarista, Auditoría, Medicina Laboral. La categoría Medicina general reúne a quienes respondieron que no se habían dedicado a ninguna especialidad.

El año de egreso, que permite encuadrar las distintas "generaciones" de médicos, fue categorizado en: hasta 1944, 1945-1949, 1950-1954, 1955-1959 y 1960 y más.

6.3.2. Técnicas multivariadas

- * Análisis de Correspondencias Múltiples
- * Análisis de Agrupamiento (*Cluster Analysis*)

6.3.2.1. Breve descripción de los métodos estadísticos multivariados utilizados

El Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) es una técnica cuyo objetivo fundamental es resumir en unas pocas dimensiones (factores) un conjunto de datos, de forma tal de poder caracterizar el fenómeno en estudio con la menor pérdida de información⁴. Es una herramienta del análisis exploratorio de datos pues no hace referencia a hipótesis estadísticas previas.

La idea básica es que cada sujeto puede describirse a partir del conjunto de modalidades que seleccionó para cada variable. El hecho de que algunas combinaciones de respuestas sean más frecuentes, otras más raras y otras no aparezcan nunca genera una distribución de las respuestas que va definiendo distintos perfiles de encuestados⁵.

Los tipos, pragmáticamente contruidos, constituyen categorías aplicables a conjuntos sociales. Esto no implica que todos los sujetos que integran un tipo tengan presentes simultáneamente todos los atributos que lo componen. Es dable esperar que aparezcan sujetos en una zona "gris", con características de un tipo u otro.

Dos tipos de variables se incluyen en el análisis: las que intervienen en la construcción de los tipos se denominan variables activas, mientras que las que se utilizan para especificarlos se denominan variables suplementarias.

El objetivo de las Técnicas de Agrupamiento o Análisis de *Clusters* es construir una partición de un conjunto de sujetos basada en sus similitudes, de forma tal que sujetos agrupados en un mismo grupo son similares (o cercanos) mientras que sujetos pertenecientes a distintos grupos presentan diferencias en los indicadores que han sido considerados. El Análisis de *Clusters* utilizado aquí, es uno entre una gran variedad de métodos que permiten agrupar sujetos según sus semejanzas y diferencias en un conjunto de variables^{6 7}.

En el caso de este trabajo, donde los indicadores son medidos en escala nominal u ordinal, se utilizó primero un Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples (AFCM) sobre las variables consideradas, obteniéndose de esta manera “nuevas” variables para cada sujeto. Luego se realizó un Análisis de *Clusters* sobre estas nuevas variables para determinar los grupos. Es decir que se realizaron los agrupamientos no sobre las variables originales sino sobre las “nuevas” obtenidas en el paso anterior.

Se consideraron como variables activas las siguientes.

- * Liberal como médico general en consultorio (1 = sí, 2 = no)
- * Liberal como médico especialista en consultorio (1 = sí, 2 = no)
- * Liberal en clínicas y sanatorios privados (1 = sí, 2 = no)
- * Desempeño en hospitales públicos tiempo parcial (1 = sí, 2 = no)
- * Desempeño en hospitales públicos tiempo completo (1 = sí, 2 = no)
- * Desempeño en la Administración Pública (1 = sí, 2 = no)
- * Docencia Universitaria (1 = sí, 2 = no)
- * Docencia secundaria (1 = sí, 2 = no)
- * Medicina Laboral en relación de dependencia (1 = sí, 2 = no)
- * Desempeño en dispensarios/centros de salud (1 = sí, 2 = no)
- * Atención de Obras Sociales en su consultorio (1 = sí, 2 = no)
- * Atención de Obras Sociales en la institución (1 = sí, 2 = no)

Cada una de las variables mencionadas se evaluó a los 5, 15 y 30 años de actividad profesional.

Para describir las agrupaciones encontradas se utilizaron además variables suplementarias

- * Cantidad de horas trabajadas por día.
- * Distribución del ingreso mensual (sueldo, honorarios, etc.)
- * Sexo
- * Especialidad
- * Año de egreso de la Universidad
- * Elementos empleados para mantenerse actualizado (revistas de laboratorio, visitantes médicos, revistas médicas nacionales y/o internacionales, asistencia a congresos, seminarios, etc.).

Referencias del Capítulo VI El estudio cuantitativo

-
- ¹ En la misma época de este estudio, la consultora KPMG realizó una investigación sobre corrupción, para lo cual envió una encuesta a ejecutivos seleccionados entre 1500 empresas. El autor de la nota señala que el primer dato que surge de la encuesta es que el tema interesa a los empresarios, ya que el porcentaje de respuesta (16%) es similar al de Estados Unidos y Francia y más del doble que en algunos países europeos como Grecia y Gran Bretaña (Santiago O'Donnell, Sin limitarse al sector público, el fraude y la corrupción también son vicios privados, La Nación, Sección Economía y Negocios, 08.11.98).
- ² Herzlich, C. *et al. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France: Carrières et pratiques des médecins français 1939-1980*, Paris: Éditions INSERM, 1993.
- ³ Stevens, J. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 1992.
- ⁴ Greenacre, M. *Theory and applications of correspondence analysis*, London: Academic Press, 1984.
- ⁵ Lebart, L., Molineau, A., Warwick, K. *Multivariate descriptive statistical analysis. Correspondence analysis and related techniques for large matrices*, New York: John Wiley and sons, 1984.
- ⁶ Greenacre, M., 1984, op.cit.
- ⁷ Lebart, L., Molineau, A., Warwick, K., 1984, op.cit.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Como se dijo en el Capítulo V la triangulación entre métodos y la integración de los datos producto de metodologías cualitativas y cuantitativas brinda un cuadro más completo del fenómeno bajo estudio, el análisis se beneficia con las percepciones obtenidas a partir de las experiencias personales y la convergencia de los resultados permite tener un mayor confianza en las conclusiones a las que se arriba.

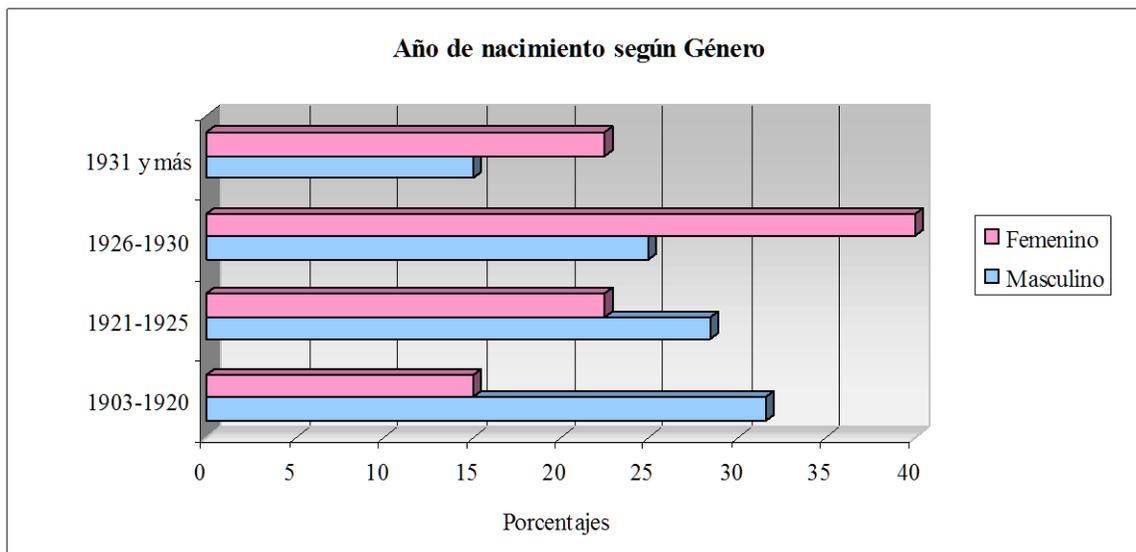
Es por eso que en este capítulo los resultados se presentarán tratando de que los datos cualitativos y cuantitativos se apoyen unos en otros, completando el cuadro que se intenta describir.

7.1. Datos demográficos y sociales

7.1.1. ¿Quiénes son los médicos estudiados?

El 84.9% (225) de los médicos que respondieron la encuesta son hombres y el 15.1% (40) son mujeres, nacidos entre 1903 y 1954, con un rango de edad muy amplio que abarca desde los 94 años hasta los 43 años.

La distribución por edad y género muestra que el 60.0% de los hombres nacieron hasta 1925 mientras que el 62.5% de las mujeres nacieron a partir de 1926 (Tabla 24).



Un tercio nació en la Ciudad de Buenos Aires y otro tercio en el interior de la Provincia de Buenos Aires. Del tercio restante, el 12.8% nació en la ciudad de La Plata, un 14.3% en el interior del país y sólo un 5.3% en el exterior, sin diferencias entre hombres y mujeres (Tabla 25).

7.1.2. ¿Cuál es el medio social del que provienen?

La distribución según educación de los padres, madres y cónyuges muestra diacrónicamente el avance en la escolarización de la población en general y de las mujeres en particular: un 22% de los padres y madres no tuvieron estudios o no terminaron la escolaridad primaria, situación en la que se encuentra sólo el 1.3% de los cónyuges (todas mujeres).

Y si se observa el otro extremo, el de quienes han completado su educación universitaria, se da la situación inversa: el 26.4% de los cónyuges, pero sólo el

13.4% de los padres y el 0.8% de las madres tenían un título universitario. Es interesante señalar que si esa proporción de cónyuges universitarios se desglosa por género, se observa que un 73.3% de las mujeres encuestadas se ha casado con un profesional universitario, en tanto que sólo el 19.5% de las esposas de los médicos ha cursado estudios universitarios. De cualquier modo, la diferencia entre el nivel educacional de las madres y de las esposas es enorme.

La mayoría de los padres (43.7%) y madres (53.9%) ha completado el nivel primario o dejado inconcluso el secundario, en tanto el 51.9% de los cónyuges ha completado el nivel secundario o terciario o no han finalizado sus estudios terciarios o universitarios (Tabla 26).

La distribución según ocupación de los padres muestra el ascenso social promovido por la educación y que fue un fenómeno característico de la primera mitad del siglo XX en nuestro país. Si bien la mayoría proviene de hogares pertenecientes a sectores medios de la población, no es desdeñable el porcentaje de quienes pertenecen a sectores medios bajos (el 83.6% de los padres que fueron incluidos en la categoría “comerciantes” tenían educación primaria completa o incompleta) y bajos (obreros y oficios varios).

También la ocupación es un indicador del cambio en la posición de la mujer: el 80.9% de las madres y el 39.1% de las cónyuges es ama de casa (es necesario señalar que cuando estaba marcada la alternativa ama de casa y otra, se tomó sólo la que indicaba una ocupación remunerada, pero de cualquier manera marca una tendencia, aunque estas mujeres- tanto madres como

cónyuges- pertenecen a generaciones en las que el ingreso de la mujer a la fuerza de trabajo no era tan habitual como en las últimas décadas). La proporción de amas de casa entre las cónyuges es menor a medida que desciende la edad de los médicos. Y esto es así también entre las madres.

De los 34 padres universitarios, el 55.9% eran médicos y de los 63 cónyuges que habían alcanzado ese nivel, el 46.0% eran también médicos: el 34.1% de los hombres y el 68.2% de las mujeres estaban casados con colegas. Esta diferencia de porcentajes es significativa al .01 (Tabla 27).

El 64.3%, tanto hombres como mujeres, tienen otros familiares médicos: de la generación precedente, tíos (21.6%); de su misma generación: primos (38.9%) y hermanos (25.9%) y de la generación siguiente: sobrinos (51.2%). Un 4.3% tiene nietos que los han seguido en esa profesión así como un 1.9% ha seguido la de su abuelo¹.

El 44.6% de los hijos, tanto de los hombres como de las mujeres, han seguido Medicina.

Con respecto a los hijos es interesante señalar que el 88.8% de los médicos ha tenido hijos y el 11.2% no. Pero, el 35.0% de las mujeres no los ha tenido contra el 6.8% de los hombres!. Este es otro indicador de cómo las mujeres para poder desarrollar una carrera debieron cercenar otras áreas de su vida (Tabla 28).

En promedio han tenido 2.82 hijos ($s= 1.33$ hijos) sin distinción entre hombres y mujeres.

Dada la relación existente entre edad, año de egreso y género no es sorprendente que quienes egresaron después de 1960 contesten que no han tenido hijos en mayor proporción que quienes egresaron con anterioridad (Tabla 29).

7.2. Formación

7.2.1. ¿Cómo obtuvieron su formación?

La Universidad de Buenos Aires fue la institución formadora para la mayoría de los médicos de esta muestra (58.0%), siguiéndole la de La Plata (30.3%). Las Universidades de Córdoba y del Litoral formaron un 5% de los médicos cada una. Y sólo 3 profesionales mencionaron otras (Tucumán, Uruguay, París).

No hay diferencias entre hombres y mujeres ni entre las distintas especialidades (Tablas 30 y 31), pero está asociado al lugar de nacimiento: quienes nacieron en Capital Federal o La Plata, estudiaron en las respectivas facultades; quienes nacieron en el interior de la provincia o en el interior del país, repartieron sus preferencias entre las distintas Universidades ($\chi^2 = 168.38, p = .000$).

El período en el que los médicos encuestados ingresaron a la Universidad abarca desde 1921 a 1974, 53 años en que muchas cosas cambiaron en la Universidad y en el país. Y es de suponer que la socialización recibida en cada una debe haber influido en el desempeño futuro del profesional.

También entre los entrevistados, la mayoría realizó sus estudios en la Universidad de Buenos Aires.

Entre los mayores, varios hacen referencia a los problemas suscitados en la Universidad por el golpe de Estado del año 1930.

En 1931 ingresé a la Facultad de Medicina de Buenos Aires... nos tocó ese año terrible, ya cuando estábamos dando el ingreso habíamos visto el ambiente temeroso que había, con corridas a estudiantes a palos, de todo. Plena dictadura. Era duro, porque en los años 30 habían derrocado a Yrigoyen, y había que andar con cuidado porque arreaban al montón, había comisarías especiales para estudiantes, malos tratos... A mitad de marzo, más o menos, empezaron las clases. Al poco tiempo se agudizó el problema de persecuciones, no se podía estudiar, tal es así que a los dos meses se suspendieron las clases, se cerró la Universidad. (Dr. Andrés, 1910).

...me trasladé a la ciudad de Córdoba donde hice toda la carrera. En la época de estudiante me tocó una vida agitada, una vida de actividad política y de huelgas universitarias (yo fui un militante de la Reforma Universitaria) y esa formación de la Reforma Universitaria que teníamos fue motivo de huelgas, entre ellas una muy larga de un año y medio en 1932

porque habían echado a dos profesores... (Dr. Santiago, 1910).

Entré en la facultad en el 31, me parece. Porque en el 30 fue la revolución de Uriburu y yo estaba todavía en el Nacional. Yo me acuerdo que cuando entraban las tropas de este Uriburu lo fui a aplaudir pensando que iba a ser un remedio. Y fue una cosa curiosa, se notó en Buenos Aires una cosa que a mí me llamó la atención, yo era un muchachito de 18 años. La gente empezó a entristecerse, estaba triste, cuando entró Uriburu. Con Irigoyen salíamos a hacer manifestación, venían estos de la policía montada, los cosacos, nos daban rebencazos, pero lo tomábamos un poco, no como una diversión, sino como una cosa natural, intrascendente. Pero cuando vino Uriburu no, enseguida clausuró los diarios, nadie podía hablar, había que tener cuidado. La gente en los tranvías, usted la veía que no hablaba, había una caída del ánimo vital de la gente, fue una de las cosas que más me impresionó. Bueno, cuando entré en la Facultad había ya un clima de antimilitarismo, ya a Uriburu le hicimos manifestación, pero, ya era otra cosa. Pero uno se da cuenta ahora en forma retrospectiva que la represión fue muy medida, en el sentido que nos daban con rebenque pero no tiraban balas, no mataban, pero empezaron a torturar: Las torturas las hacían cuando llevaban muchos estudiantes

presos, estábamos en la Facultad, venía la policía, agarraba a unos cuantos. A mí no me llevaron esa vez, pero a mi cuñado sí, tuvo que comerse una semanita en Devoto... A los dos años se murió este Uriburu, con un cáncer, pero asegurando una perpetuación del poder militar en Justo. Cuando subió Justo, que ya era político, porque había sido Ministro de Guerra de Uriburu, pero antes ya era político actuante, era un tipo de una cultura más elaborada que Uriburu... Yo era socio del Centro de Estudiantes de Medicina, que estaba en la contra, muchas veces teníamos peleas cuando se decretaban huelgas. Además, cerraron la facultad. Cuando subió Justo, se levantó el estado de sitio, entonces hubo una cantidad de actos de festejo por la muerte de Uriburu. Había un ambiente político muy calentito... (Dr. Antonio, 1912).

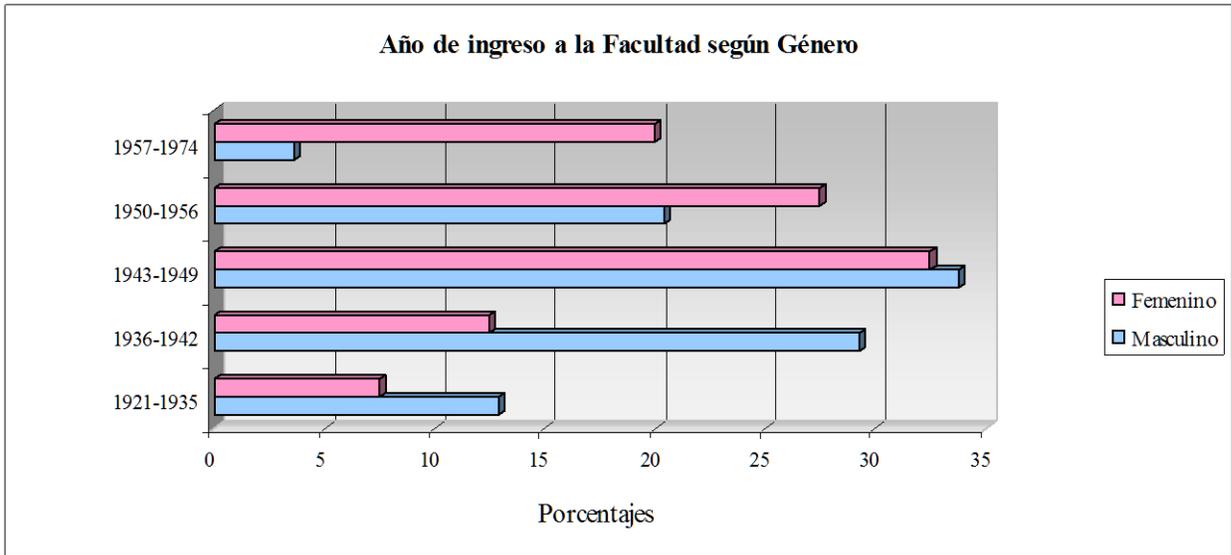
Y entre los de menor edad, varios se refieren a los problemas personales y familiares sufridos durante el gobierno de Perón.

Anduve en una revuelta de la Facultad, porque se tomaron las Facultades. En el 45, con Perón. Mi padre era peronista y yo antiperonista, y era una guerra en mi casa pero de padre y señor mío, que hubo mucho en Argentina de eso. (Dra. Nelly, 1928).

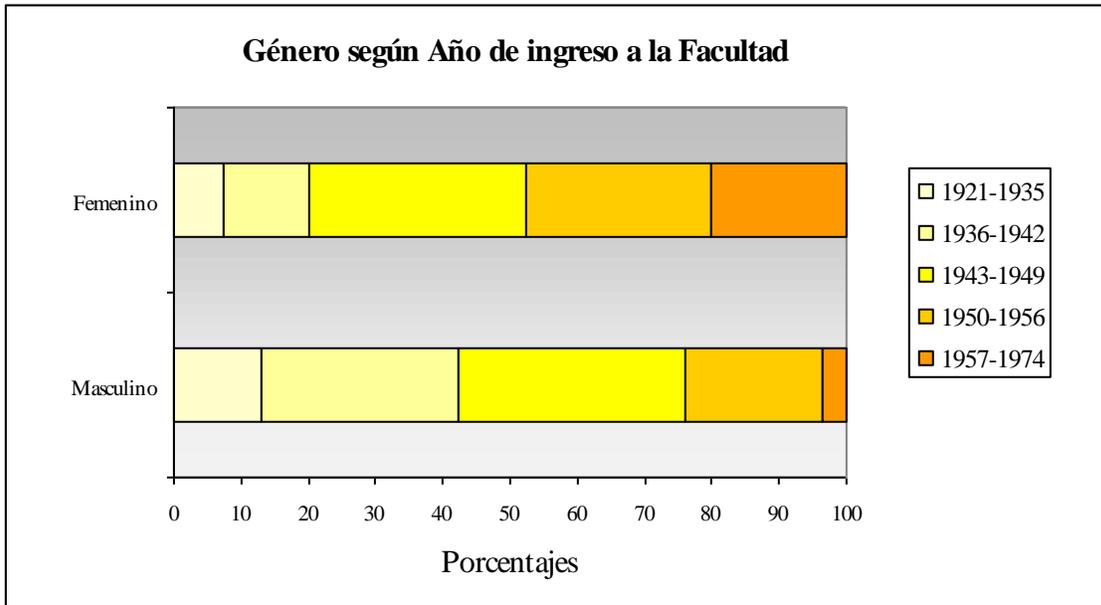
Yo hice la conscripción cuando tenía 18 años y después cuando estaba en Medicina vino la reincorporación por un decreto del Poder Ejecutivo, cuando entraba Perón. Y nos metieron a todos adentro, como tres meses, a los estudiantes. Estuve en Campo de Mayo, en Ciudadela, y me tocó caballería que era tremendo, los caballos eran bravísimos. Además uno pensaba que era una pérdida de tiempo y sufría por eso, perdí un año y pico... Nunca más pasó, fue un asunto de esa época.
(Dr. Héctor, 1922).

El año de ingreso a la Facultad tiene correlaciones muy altas con el año de nacimiento ($r=.89$, $p=.000$) y con el año de egreso de esa Facultad ($r=.96$, $p=.000$).

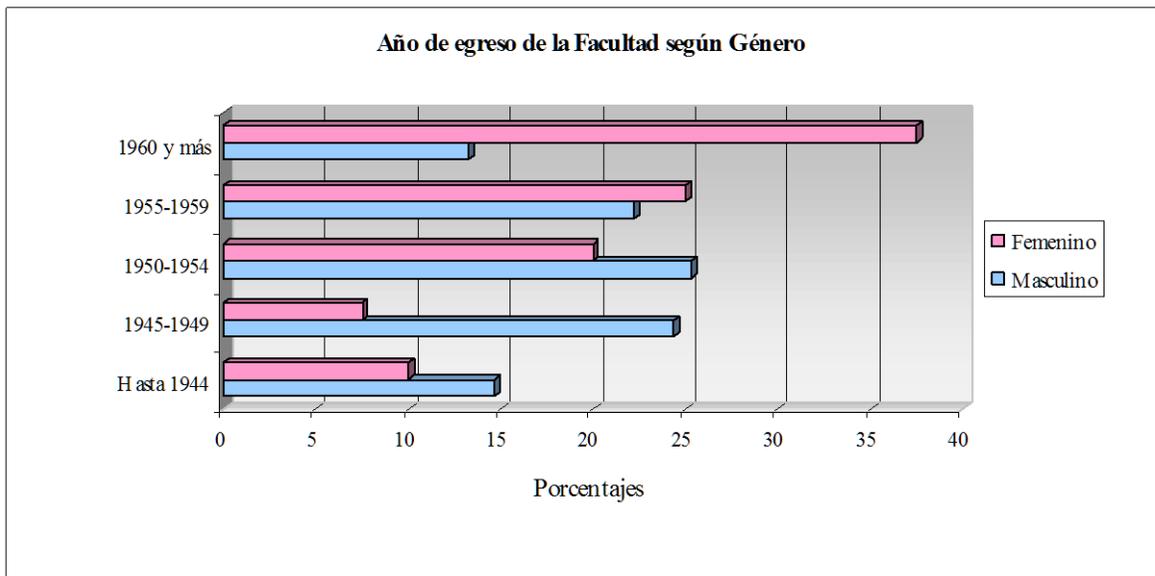
También existe asociación entre género y año de ingreso a la Facultad de Medicina: el 42.2% de los hombres y el 20% de las mujeres ingresaron hasta 1942, entre 1943 y 1949 los porcentajes se emparejan y desde 1950, se da la relación inversa: un 24.0% de los hombres y un 47.5% de las mujeres comenzó su carrera a partir de esa fecha (Tabla 32).



Si la Tabla se lee tomando cada intervalo de año de ingreso a la Universidad por separado, se observa otra faceta del fenómeno: si bien la Medicina es (o era) una profesión predominante masculina, con el correr de los años se afirma la presencia femenina: entre quienes ingresaron entre 1921 y 1935, el 90.6% eran hombres pero entre quienes ingresaron después de 1957 el 50% eran mujeres.

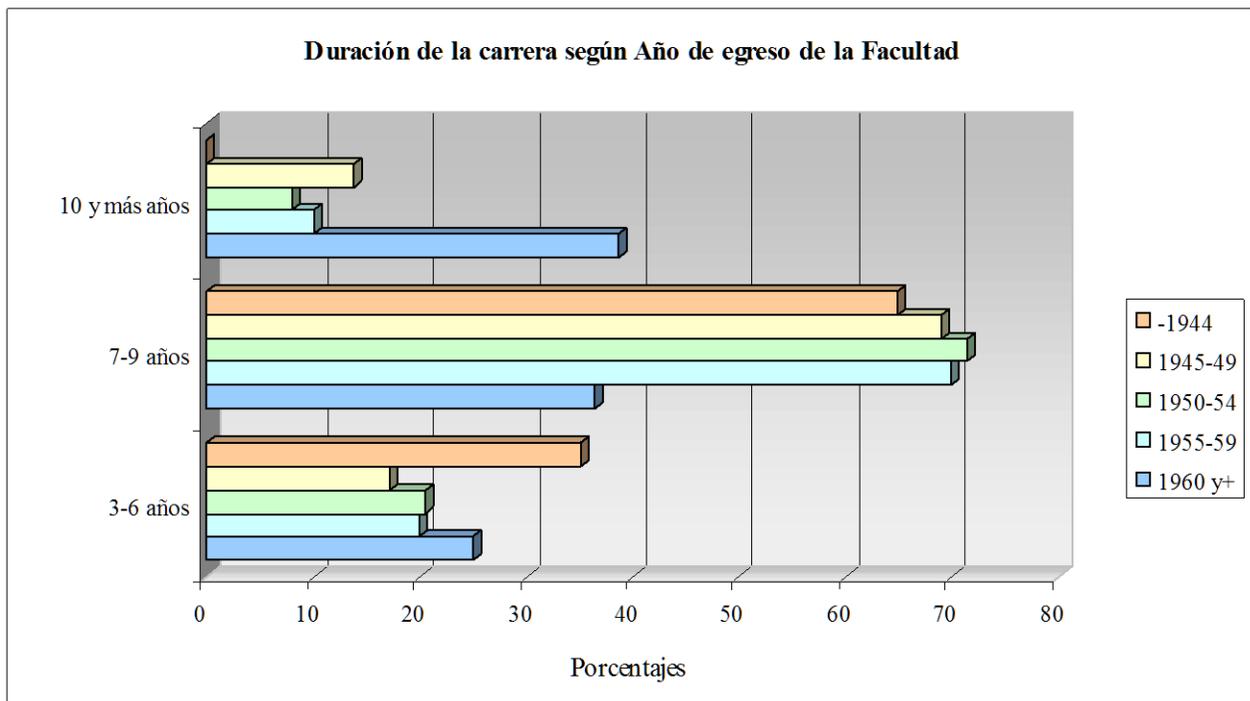


El año de egreso de la Facultad también abarca un período considerable: desde 1928 hasta 1979.



Como ocurre con el año de ingreso, el año de egreso está también asociado significativamente con el género: el 64.4% de los hombres se recibieron hasta 1954 mientras que el 62.5% de las mujeres egresaron después de 1955 y por lo tanto, la tasa de feminización aumenta a medida que pasan los años; así entre quienes se han recibido hasta 1944 sólo un 10.8% eran mujeres, mientras que de los egresados después de 1960, el 33.3% son mujeres (Tabla 33).

Los médicos encuestados permanecieron en las aulas universitarias en promedio 7.75 años (desviación estándar= 2.28 años) sin diferencias por género ni por especialidad.



La duración de la carrera está asociada al año de egreso: quienes egresaron en el último período considerado tardaron 10 y más años en una proporción mucho mayor que los colegas que egresaron antes (Tabla 34).

El mismo fenómeno se observa en la Tabla 35 que presenta la duración de la carrera, en promedio, para cada generación de médicos. El análisis de variancia es significativo y el análisis post hoc (test de las Diferencias mínimas significativas de Tukey) indica que la media del grupo 5 (egresados en 1960 y +) es diferente de todas las demás.

7.2.2.¿Cuáles fueron las razones por las que eligieron la carrera?

Los fundamentos de la elección de la carrera son variados: desde seguir la tradición familiar

...yo me he enamorado de mi carrera, tengo sangre médica, mi abuelo fue médico, mi padre también... (Dr. Julio, 1910).

a la imposición familiar

De chico, en mi familia, era que yo debía ser médico, y me gustó. (Dr. Arturo, 1908).

desde la vocación, expresada en el gusto por temas relacionados con la Medicina

Yo elegí la carrera porque tenía vocación. De chica ya me gustaba jugar con las muñecas, y dicen mis amigas, porque yo ni me acordaba, que cada vez que había un accidente cerca de casa o andaba yo por ahí en una plaza, corría a ver qué pasaba y no me importaba si había sangre o no. Me gustaban mucho las ciencias biológicas en el secundario. (Dra. Edith, 1927).

Yo era o médico o nada, ya estaba soñando con la medicina y no había otra cosa. Ya me gustaban de chico las cuestiones médicas. (Dr. David, 1927).

Yo no tuve dudas, ya tenía pensado que iba a estudiar Medicina. No sé si habrá tenido influencia que mi padre estaba suscripto a todas estas revistas de enfermedades del campo, la Gaceta Rural se llamaba la revista que llegaba al campo, donde estaban puestos todos los procesos que tenía una enfermedad, y pasturas, y tantas cosas del campo cómo se hacía. Lo mismo que nosotros vacunábamos, contra el carbunclo, la fiebre aftosa, la brucelosis, las enfermedades comunes de la hacienda. A mí me agradaba todo eso. (Dr. Andrés, 1910).

al cálculo racional, expresado en el deseo de practicar una profesión liberal, de no ser un empleado.

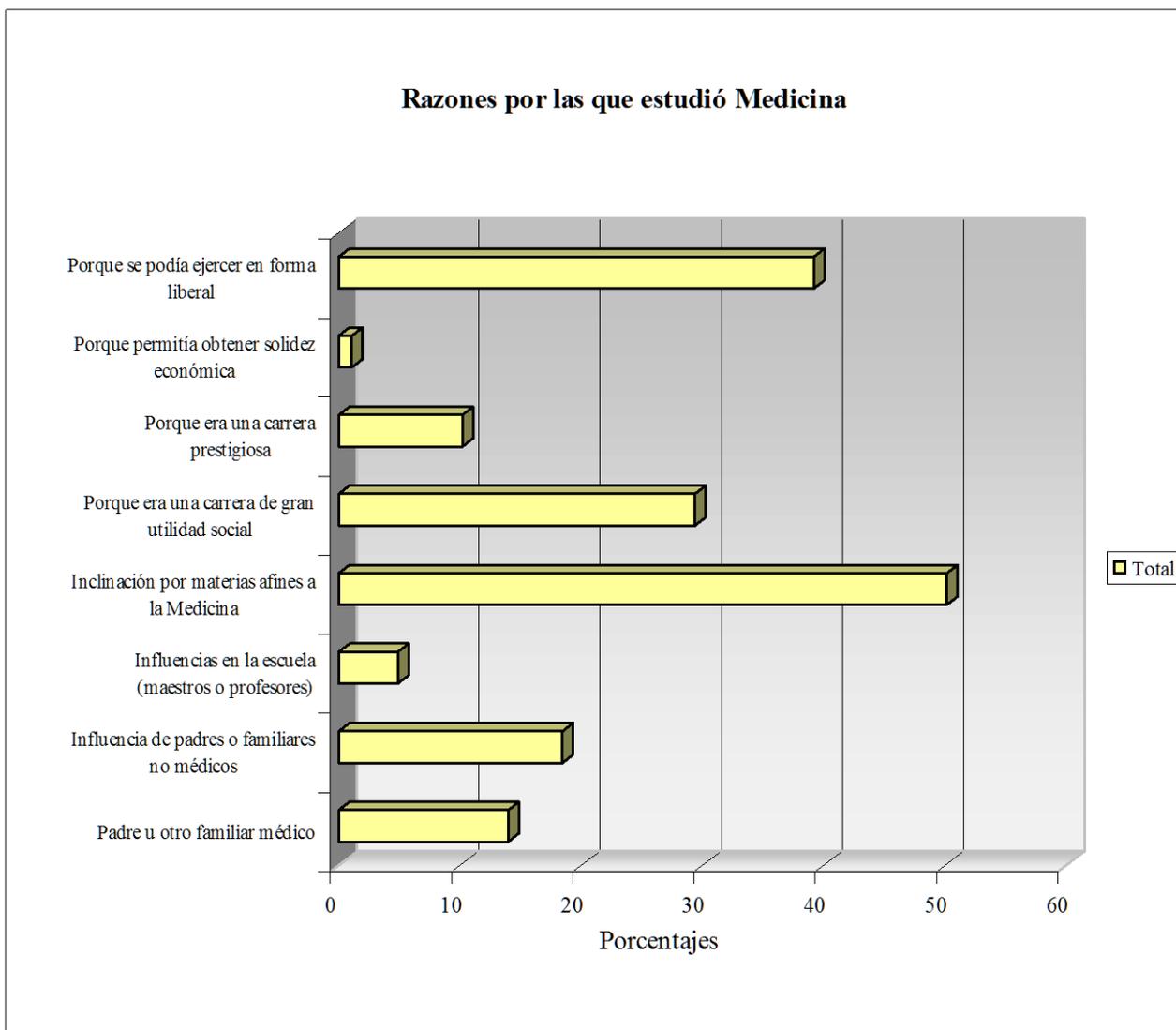
Entonces me dije, 'no, tengo que elegir algo que me permita tener independencia económica'. (Dr. Antonio, 1912).

Estas motivaciones trasladadas a las categorías del cuestionario muestran que un 50.2% de los médicos encuestados eligió su carrera porque tenía *inclinación por materias afines a la Medicina o temas del mundo médico*; un 39.2%, *porque era una carrera que se podía ejercer en forma liberal*; el 29.4, *porque era una carrera de gran utilidad social*, un 18.5%, reconoció la *influencia de padres o familiares no médicos* y un 14.0% admitió que un *padre u otro familiar médico* había sido decisivo en la elección.

La primera razón hace referencia a la motivación intelectual, que despierta el interés por una determinada disciplina; la segunda apunta a la visualización de la práctica futura como una profesión que puede ser ejercida en forma independiente y la tercera pone el acento en la función de la profesión dentro del contexto social. Las dos últimas nos hablan de la influencia familiar, ya sea como cristalización de un deseo de progreso (*M'hijo el doctor* no es sólo el título de una obra de teatro...) o de continuidad en el hijo de las aspiraciones y realizaciones personales.

Si bien *el prestigio de la Medicina* como profesión pudo ser una de las razones de la elección para un 10.2% de los médicos encuestados, *la posibilidad de obtener solidez económica* parece no haber entrado en las consideraciones para tomar una decisión.

Un 4.9% reconoció *la influencia de maestros o profesores en la escuela* y un porcentaje muy pequeño agregó algunas categorías a las provistas por el cuestionario: *influencia del médico que atendía a su familia, experiencias de enfermedad propia o de seres queridos, por azar, por descarte.*



No aparecen diferencias entre hombres y mujeres, excepto en la influencia que pudo haber ejercido *un padre u otro familiar médico*: sólo el 2.5% de las mujeres reconoce esta influencia contra el 16.0% de los hombres (Tabla 36).

Los médicos egresados hasta 1944 señalan en mayor proporción que aquellos egresados después (40.5% vs. entre 26 y 29%) que una de las razones de la elección fue que era una *carrera de gran utilidad social*. ¿Aparece en los más jóvenes cierto desencanto? (Tabla 37).

Inclinación por materias afines a la Medicina o temas del mundo médico es la razón esgrimida por la mayoría de los médicos de todas las especialidades, excepto los que se agrupan en la categoría "otras", quienes en mayor proporción que los demás reconocen *la influencia del padre u otro familiar médico* (Tabla 38).

7.2.3.¿De qué forma fueron financiados sus estudios?

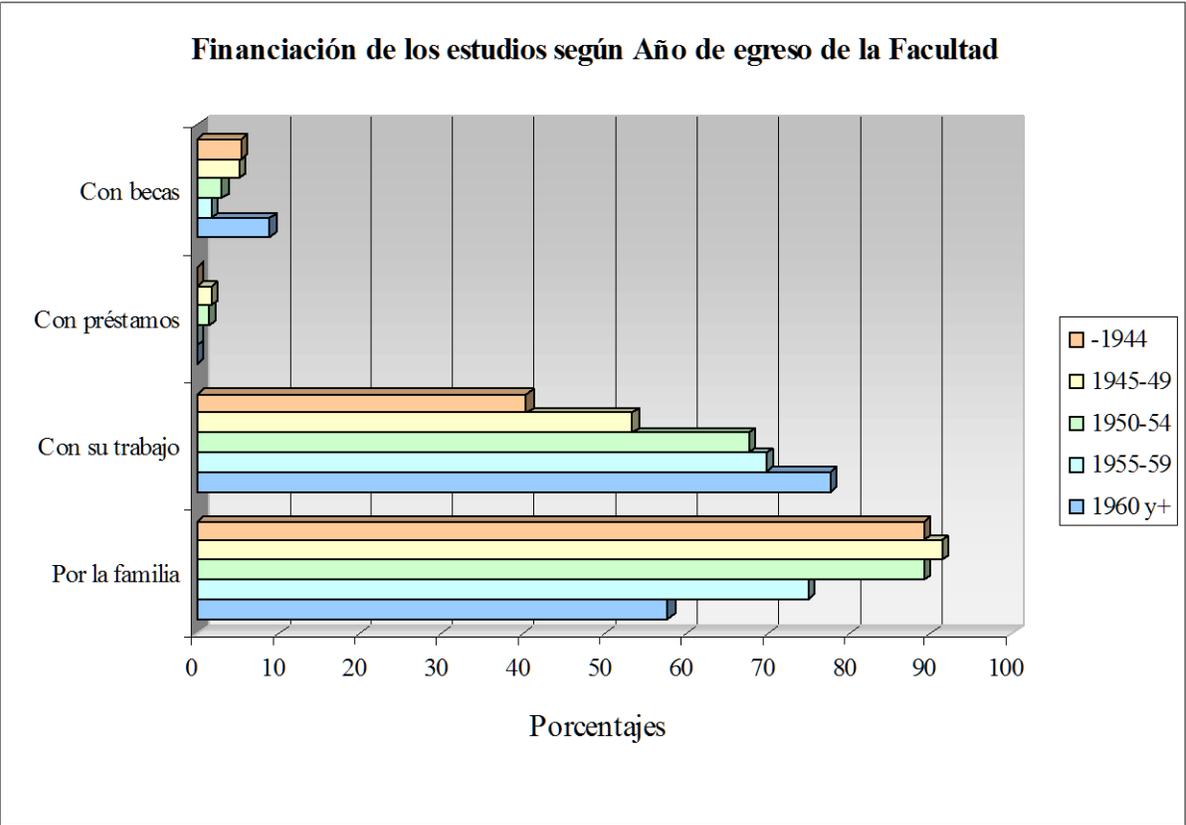
Los estudios de una amplia mayoría fueron solventados por las familias pero el porcentaje de quienes financiaron sus estudios con su propio trabajo es muy importante.

Así, los estudios fueron financiados solamente por la familia en un 37.0% de los casos; exclusivamente por el trabajo personal, en un 18.9% y por una combinación entre ambos, en el 44.2%.

Si bien no se observan diferencias por género, éstas son significativas cuando se tiene en cuenta el año de egreso de la facultad: con el correr de los años,

aumenta la proporción de quienes financiaron sus estudios con su trabajo y disminuye la de quienes tuvieron el apoyo de su familia (Tabla 39).

En muy pocos casos (4.5%), la percepción de una beca ayudó al financiamiento de los estudios.



Sólo el 12.5% de los encuestados no trabajó *nunca* antes de recibirse. Un 33.2% lo hizo *durante toda la carrera*, un 49.2%, *durante los últimos años* y el 5.1%, *durante los primeros años*.

Este es un fenómeno en el que género influye claramente: las mujeres en mayor proporción que los varones dicen no haber trabajado durante su carrera (Tabla 40).

Mientras que el 47.7% de los médicos egresados después de 1960 dijeron haber trabajado durante toda su carrera, el 62.9% de los que se recibieron antes de 1944 lo hicieron durante los últimos años de la carrera (Tabla 41).

El 44.7% trabajó como practicante rentado en un hospital, el 22.1% fue empleado y las otras categorías tienen porcentajes muy bajos.

Existe una relación entre el tipo de trabajo y el momento de la carrera en que éste tuvo lugar: quienes se desempeñaron como empleados, trabajadores por cuenta propia o docentes primarios o secundarios mayoritariamente lo han hecho durante toda la carrera o los primeros años. En cambio, el 87.5% de los practicantes dijeron haber trabajado en los últimos años de su carrera (Tabla 42).

Las mujeres trabajaron menos que los hombres como practicantes rentados en un hospital y, más que los hombres como docentes primarios o secundarios, aunque en el total el porcentaje es bajo (Tabla 43).

Como puede observarse en la Tabla 44 la proporción de quienes se desempeñaron como practicantes rentados en un hospital disminuye a lo largo de las generaciones y eso se debe a las distintas exigencias del curriculum de la carrera, que hasta la década del 50 exigía el cumplimiento de un practicantado obligatorio que fue posteriormente reemplazado por la

residencia, a la que, por las características de su implementación, accede sólo una parte de los nuevos graduados.

La secuencia inversa se da entre quienes se desempeñaron como empleados: la proporción es mayor entre quienes egresaron de la facultad más tarde. Lo mismo ocurre con las categorías trabajador por cuenta propia, docente primario o secundario y comerciante. Esto tiene relación con el hecho, presentado más arriba, de la mayor proporción de quienes trabajaron durante toda la carrera y financiaron sus estudios con su trabajo, entre los que egresaron más tarde.

7.2.4. ¿Cómo obtuvieron su formación práctica durante la carrera e inmediatamente después de recibidos?

El practicantado o el internado fue la forma con que la mayoría completó sus estudios, según el curriculum que estaba en vigencia en ese momento

Fui practicante en el Hospital de Niños, primero del laboratorio, después ayudante de una sala de cirugía dos años, y después salí del Hospital de Niños para ir al Alvarez, fui practicante de la Sala de Clínica Médica, dos años, con guardias, salir en la ambulancia, que entonces era de caballos, tirada por caballos, una ambulancia con carrito, con un cochero no siempre sobrio, a veces borracho. Me recibí siendo practicante. (Dr. Arturo, 1908).

Yo de estudiante estaba en el Hospital Rivadavia, en la sala 13, ahí estuve de interno, menor, mayor y de médico. Y estaba autorizado una vez por semana a cruzar el jardín e irme a la maternidad Peralta Ramos. (Dr. Julio, 1910).

Otros, comenzaron como concurrentes en algún servicio, que los entrenaba en alguna especialidad

Después de finalizada la carrera, enseguida, empecé cardiología. Entonces empecé a concurrir a la Capital Federal, al Hospital Ramos Mejía. Y concurrí diariamente más o menos durante dos años. Después empecé a concurrir al Policlínico San Martín de La Plata, al servicio de Cardiología. Y ahí seguí con el Dr. Romero. (Dr. Héctor, 1922).

Cuando empecé en el Rawson era el tiempo que uno empezaba como concurrente, que ahora vendrían a ser los residentes, por supuesto que en ese momento no nos pagaban. Iba gratis a trabajar, pero con mucho gusto siempre, me gustó mucho el Hospital, estoy muy acostumbrada a ver a las pacientes y me gusta la obstetricia. Estuve unos cuantos años en el Rawson, 6 ó 7,... (Dra. Leonor, 1917).

Corroborando lo encontrado en las entrevistas, casi las tres cuartas partes de los médicos encuestados fue practicante menor, alrededor de dos tercios fueron practicantes mayores, concurrentes, hicieron cursos para graduados y/o se formaron a través de la práctica privada, un 44% fue médico de guardia y un cuarto, médico interno. Las otras alternativas tienen frecuencias muy bajas. Entre los practicantes menores y mayores y los médicos internos hubo proporcionalmente más varones que mujeres. En el único caso en que la proporción de mujeres es mayor, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, es en el caso de los concurrentes. Esto puede tener que ver con el hecho de que en esa modalidad el trabajo es siempre ad-honorem (Tabla 45).

Debido a los cambios de curricula, hay también diferencias si se tiene en cuenta el año de egreso de la facultad: a lo largo de los años disminuye la proporción de quienes fueron practicantes menores y mayores y aumenta el porcentaje de quienes fueron concurrentes (Tabla 46).

Es de hacer notar que la asociación entre género y año de egreso es tan fuerte que es la interacción entre estas dos variables la que explica la asociación. Así, en este caso, hay una asociación significativa entre haber sido practicante menor o practicante mayor y género; y también la hay si se toma el año de egreso, pero eso se debe a que las mujeres egresaron más tarde cuando ya no era obligatorio el practicantado.

En cuanto a la especialidad que posteriormente desarrollaron: más de las tres cuartas partes de los clínicos², cirujanos³ y tocoginecólogos, dos tercios de los pediatras y de los que se agruparon en la categoría “otras” y el 60% de los médicos generales fueron practicantes menores.

Entre el 70% y el 80% de los clínicos, cirujanos y tocoginecólogos fueron practicantes mayores así como el 54% de los pediatras y el 46% de los médicos generales y de los “otros”.

Entre los cirujanos y los tocoginecólogos está la mayor proporción de los que fueron médicos internos y de los que fueron médicos de guardia.

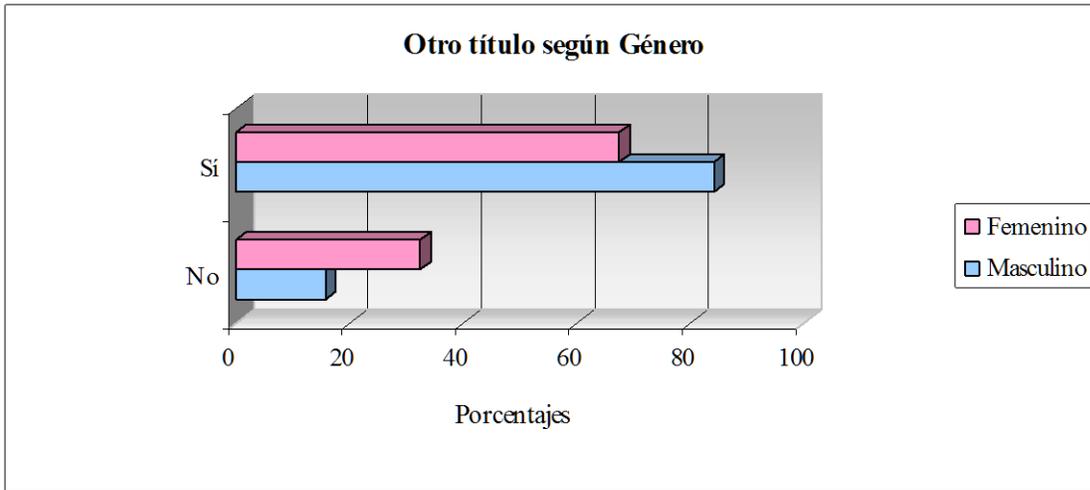
Los médicos generales dicen, en menor proporción que los demás, haber asistido a cursos de graduados para obtener su formación después de recibirse y, junto con los que han sido agrupados en la categoría “otras”, han señalado, también en menor proporción que los otros especialistas, a la práctica privada como fuente de su formación (Tabla 47).

Las prácticas modales (que tuvieron mayor frecuencia) para cada grupo de especialidades son: para los médicos generales, el practicantado menor; para los clínicos y cirujanos, los practicantados menor y mayor; para los tocoginecólogos, éstos y los cursos para graduados; en el caso de los pediatras, la concurrencia y para los “otros”, los cursos para graduados.

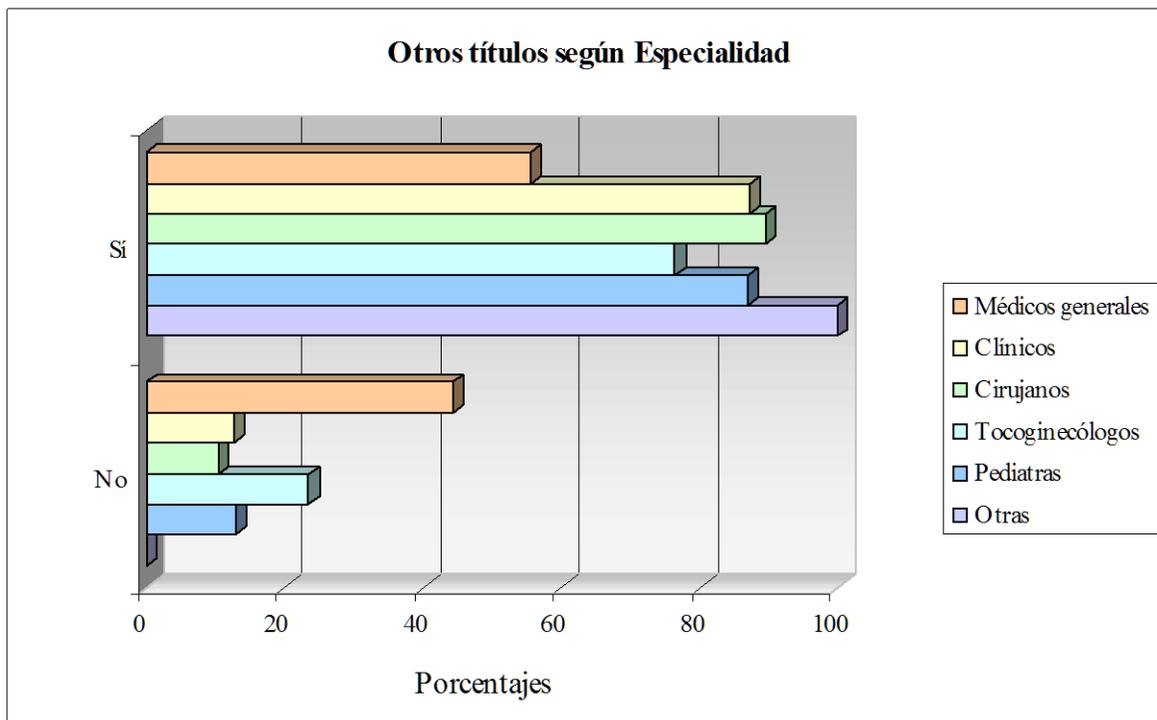
No hay diferencias según la Universidad en la que cursaron los estudios.

7.2.5.¿Qué otros títulos obtuvieron?

Una amplia mayoría obtuvo otro título después de recibirse de médico: los hombres en mayor proporción que las mujeres (Tabla 48).



Aunque no hay distinción entre las generaciones, la especialidad tiene una influencia importante: así, el 100% de quienes están incluidos en la categoría “otras”, entre el 80% y el 90% de los clínicos, cirujanos y pediatras, el 76% de los tocoginecólogos y el 56% de los médicos generales han obtenido otro título después de recibirse de médico (Tabla 49).



Casi las tres cuartas partes obtuvieron un título de Especialista y la mitad el título de Doctor en Medicina, en ambos casos más los hombres que las mujeres. Los otros títulos mencionados (Especialista en Salud Pública, Médico Laboral, Profesor Universitario, Consultor) tienen frecuencias considerablemente menores (Tabla 50).

El título de Especialista fue obtenido por más del 80% de los clínicos, cirujanos y quienes se incluyen en la categoría “otras”; en tanto los pediatras y los tocoginecólogos lo han obtenido en una proporción menor. Aun el 15% de quienes se definen como médicos generales dicen haber obtenido un título de esas características (Tabla 51).

No hay diferencias entre las generaciones de médicos respecto de los títulos obtenidos.

7.3. Especialización

7.3.1. ¿Cuál fue su especialización?

Varias son las modalidades con las que los médicos entrevistados obtuvieron su especialización; algunos fueron sólo generalistas, ya que se desempeñaron en zonas rurales o pueblos pequeños

Como yo sabía que iba a ejercer la medicina en el campo, en zona rural, tenía que prepararme muy bien, tenía que saber de todo. Porque en el campo tiene que atender lo que caiga. Y está solo. A veces con otro médico, a veces no hay ayuda. Uno se encuentra prácticamente solo. Y además en una zona como la que yo tenía pensado ir, cerca de casa, era un pueblo chico, no había dónde derivar enfermos, así que había que prepararse bien. (Dr. Andrés, 1910).

Otros eligieron una especialidad cuando se recibieron y la ejercieron hasta jubilarse, aún cuando pudieran complementarla con otra que necesitaran para su labor profesional

Bueno, entonces yo tuve la posibilidad de ir al dispensario, que también ahí aprendí mucho. Porque había dispensarios

antivenéreas repartidos en distintas partes de la ciudad, uno en Mataderos, otro por Palermo. Los más prestigiados eran el Hospital Alemán, el Francés y el Español, porque había un jefe que era extraordinario... Después cuando se sacó el dispensario, que ya no tenía sentido, yo pasé a Urinarias, al servicio del central. Ahí estuve trabajando 8 años. Pero a mí me interesaba la parte quirúrgica, la especialidad de Urología, y tuve la suerte de caer en un servicio donde había un jefe, muy preparado, muy capaz y muy culto. (Dr. Antonio, 1912).

...Como yo estaba en la policía, me llamaban también del Tribunal. Y de paso tenía que ir a la cárcel a ver los presos. Llamaron a concurso y yo me presenté, lo declararon desierto porque consideraron que ninguno estaba en condiciones. Entonces viajé dos años a Rosario e hice el curso de médico legista y me nombraron. (Dr. Héctor, 1922, cardiólogo).

Algunos otros cambiaron su especialidad en algún momento de su carrera

Y el deseo de trabajar enseguida, de probarme, me llevó a buscarme una población que sin alejarme mucho de la Capital me permitiera tener la actividad médica por mi cuenta, y me fui a una localidad en el partido de Merlo, donde quedaba aislado de otros médicos..., y ahí ejercí un poco a lo campo,

me venían a buscar sin saber yo para qué, y venían y era un enfermo que podía ser un parto, una gripe, una neumonía. Fue en el año 1934. De esa práctica fui dándome cuenta de que necesitaba otra cosa, y alguien me habló de la homeopatía. Y un poco por curiosidad, otro poco por necesidad de ver si satisfacía esa inquietud, me puse a estudiarla, y poco tiempo después, no tan poco, en 1938, empecé a practicarla. (Dr. Arturo, 1908).

En el campo se hacía de todo. Nosotros teníamos una clínica, y teníamos el Hospital. Entonces nos repartíamos entre uno y otro. Yo iba al Hospital a la tarde, mi marido iba al Hospital a la mañana, era el Director del Hospital. Y la Clínica la manejábamos entre los dos. Yo trabajé 13 años en el pueblo, después me divorcié, me vine para Buenos Aires con mis dos hijos, totalmente deprimida porque después de 17 años y después de haber hecho mucho por todo el mundo en el pueblo, la fractura fue muy violenta. Me fui al Borda a ver al Profesor de Psiquiatría que habíamos tenido nosotros. Él me medicó y me dijo que fuera a la sala un poco con ellos. Me mejoré muchísimo la depresión. Y me hice psiquiatra, me recibí de psiquiatra. En esa época se estudiaba dos años. (Dra. Nelly, 1928).

Finalmente, hay quien cambió su elección en aras de la constitución de la pareja y eligió la misma especialidad que su marido para poder ayudarlo con el manejo de los métodos de diagnóstico usuales en la misma

Yo quería dedicarme a la ciencia, porque me gustaba muchísimo laboratorio, ya era ayudante de Histología. Concurría a la sala 10 del Hospital Policlínico, donde hacía clínica porque me habían enseñado que la clínica era fundamental y así lo conocí al que es mi esposo. Yo lo veía, él ya era cardiólogo, y bueno, esa relación que hay en las salas, nada más, ningún otro tipo de relación. Después, en un momento determinado, un año antes de recibirme, esas cosas que suceden, nos enamoramos, nos hicimos novios... Después me recibí, él ya hacía cinco o seis años que estaba recibido y que hacía cardiología, y decidimos casarnos. No sabíamos adónde ir, buscábamos una plaza. Él andaba viajando y tratando de encontrarla. Yo, mientras preparaba las cosas, preparaba la tesis, que ya la hice en cardiología. Empecé a trabajar en cardiología porque ya vi que era otro panorama el que se me venía encima y concurrí al servicio de cardiología. Ahí vi que la cardiología también era un asunto muy interesante, había aparatología nueva y me gustó (Dra. Edith, 1927).

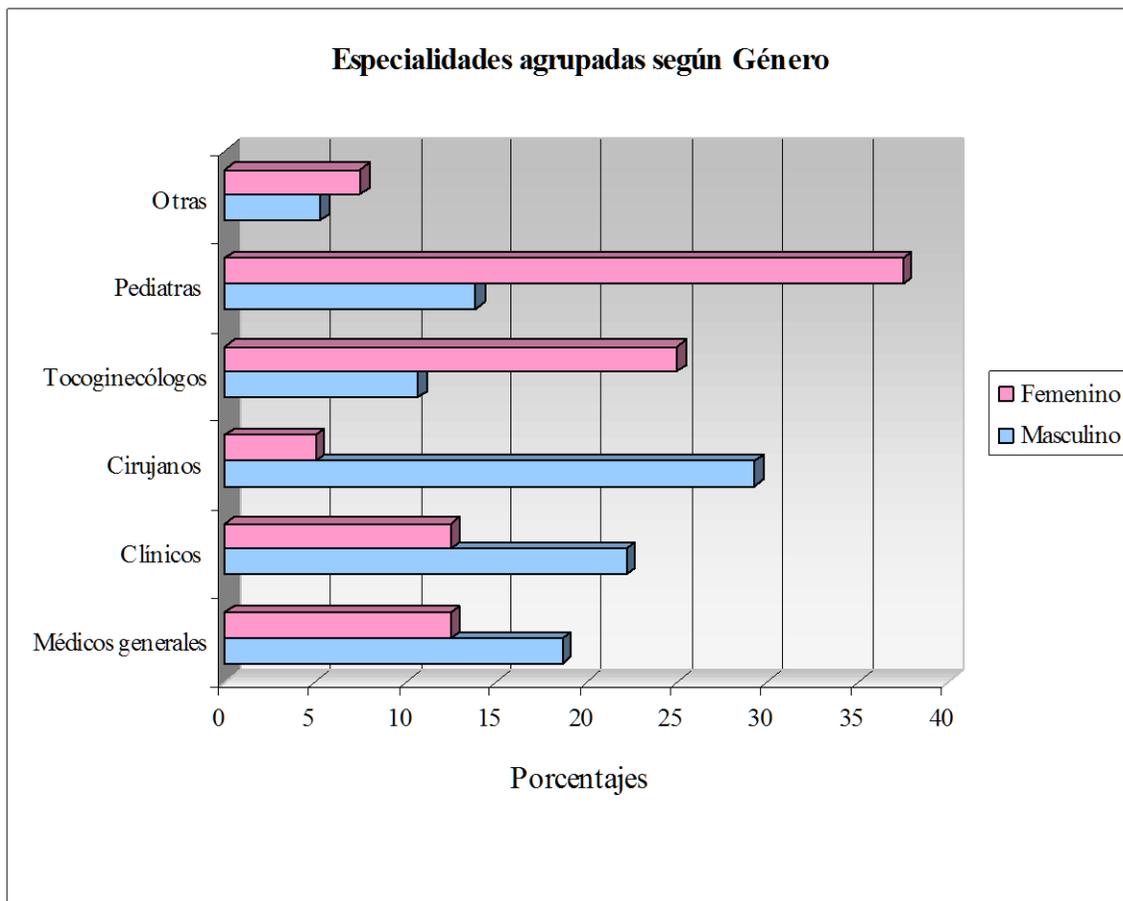
Entre los médicos encuestados, el 82.3% se dedicó a una especialidad, sin diferencias por género.

En cuanto al año de egreso de la Facultad, si bien la prueba de asociación no es significativa, puede observarse que quienes egresaron hasta 1944 se han dedicado a una especialidad en menor proporción que quienes lo hicieron después de ese año (Tabla 52).

En la Tabla 53 figuran todas las especialidades elegidas, agrupadas en las cuatro grandes ramas de la Medicina: clínica, cirugía, tocoginecología y pediatría más la categoría residual “otras” que, como se dijo en el Capítulo VI, incluye diversas especialidades.

Un 5% señaló dos especialidades a la vez. Si bien el número es pequeño, se observa que la segunda elección tiene relación con la primera: cirugía general y ginecología/ obstetricia, o gastroenterología y nutrición o pediatría y neonatología (Tabla 54).

Cuando las especialidades se agrupan podemos observar el peso que la condición de género tiene sobre la elección de la especialidad: las mujeres se han dedicado a la pediatría y a la tocoginecología en mayor proporción que los hombres y entre los cirujanos sólo el 3% son mujeres (Tabla 55).

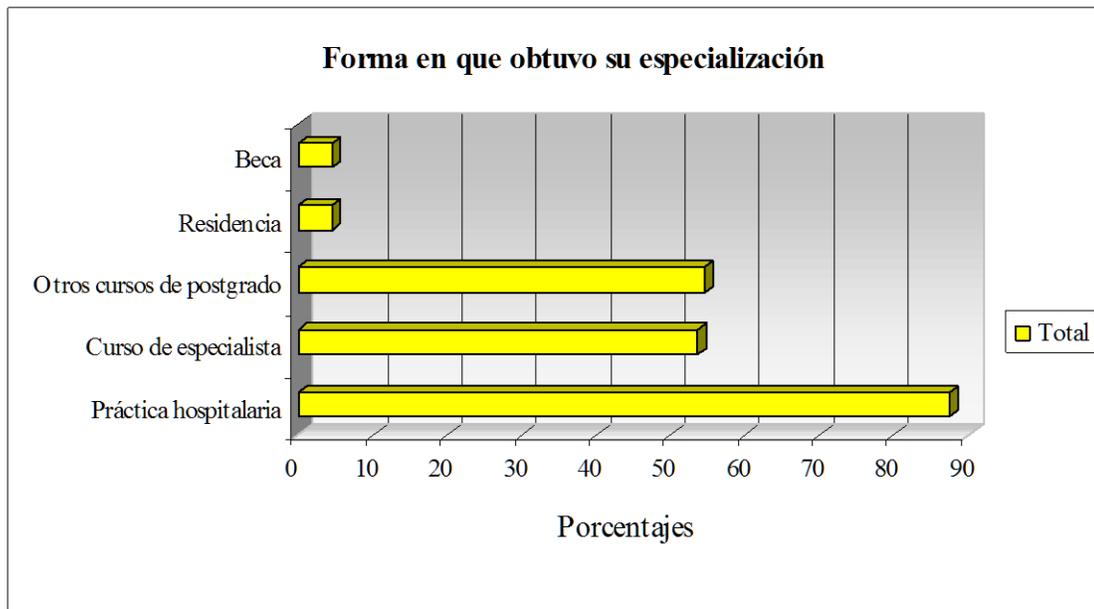


7.3.2. ¿Cómo y cuándo obtuvieron su especialización?

El 87.1% obtuvo su especialización a través de la práctica hospitalaria, característica de la formación de los médicos argentinos de todas las generaciones.

Alrededor de la mitad lo hizo a través de cursos de postgrado (54.4%) o de cursos de especialistas (53.9%) y un porcentaje muy pequeño (4.6%) se formó en una residencia o a través de una beca.

Los datos arriba mencionados muestran que la mayoría de los médicos alcanzó la formación requerida a través de la asistencia a más de un ámbito.



Los clínicos y los tocoginecólogos se han formado primordialmente a través de la práctica hospitalaria, los cursos de especialistas y los cursos de postgrado, en ese orden. Mientras que entre los cirujanos y los pediatras el orden de los dos últimos está invertido. Para los "otros" el patrón es distinto: los cursos de postgrado ocupan el primer lugar, siguiéndoles la práctica hospitalaria y los cursos de especialistas (Tabla 56).

El 68.7% realizó su especialización inmediatamente después de recibirse, un 18.0% lo hizo entre el primer y el quinto año de su graduación y el 13.4% después de los 6 años de graduado.

Los cirujanos (73.1%), los tocoginecólogos (79.4%) y los pediatras (87.0%) hicieron su especialidad inmediatamente después de recibidos, proporciones mayores que la de clínicos (47.3%) y la de "otros" (46.7%) que también se especializaron inmediatamente. Un 33.3% de los agrupados en "otras" tardaron un poco más, entre 1 y 5 años y el 30.9% de los clínicos lo hizo 6 o más años después de egresados (Tabla 57).

La mitad de los médicos encuestados se dedicó exclusivamente a su especialidad y la otra mitad no lo hizo. Aunque la proporción de mujeres que se dedicó solamente a una especialidad es mayor que la de los hombres, la diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 58).

Las especialidades alternativas elegidas son principalmente clínicas, como puede observarse en la Tabla 59, para la primera opción y en la Tabla 60 para la segunda opción.

La segunda especialidad elegida tiene que ver con el género: los hombres hicieron medicina general en mayor proporción que las mujeres (43.0% vs. 15.4%), en tanto éstas, en mayor proporción que sus pares masculinos, eligieron tocoginecología (23.1% vs. 5.4%) y una especialidad agrupada en la categoría "otras" (30.8% vs. 15.2%) (Tabla 61).

El año de egreso de la facultad y la especialidad tampoco influyen sobre el hecho de haberse dedicado o no a otra especialidad. Sin embargo, se observa que los pediatras son quienes en mayor proporción han ejercido su especialidad con exclusividad y los clínicos, quienes, en mayor proporción se han diversificado. En términos generales, la segunda elección recayó sobre la práctica de la medicina general. Esto puede entenderse ya que el desempeño,

especialmente en el interior de la Provincia, hacía muy difícil circunscribir la práctica a una especialidad y rechazar pacientes (Tablas 62 y 63).

7.4. Actualización

7.4.1. ¿Cómo se mantenían actualizados?

La actualización es una necesidad constante y los médicos hicieron uso de varias fuentes para llevarla a cabo. Es interesante hacer notar cómo estas fuentes se han agrupado de acuerdo a la frecuencia con que han sido utilizadas.

Los libros encabezan la lista (93.1%).

En segundo lugar, se ubican la asistencia, en el país, a cursos y seminarios (85.0%) y a congresos (83.1%).

Dos actividades que implican el intercambio entre pares ocupan un tercer lugar: el contacto con colegas (77.7%) y la asistencia a actividades académicas en el hospital, tales como ateneos (76.9%).

Las revistas nacionales de la especialidad a las que estaba suscripto (69.2%), las revistas de los laboratorios (62.7%) y los visitantes médicos (57.7%) constituyen un tercer grupo a los que se recurrió en búsqueda de actualización. Esto podría ser llamado el “corpus de la bibliografía en castellano” que estaba disponible.

Aunque llevadas a cabo por un número importante de profesionales, la lectura de revistas extranjeras, ya sea que estuvieran suscriptos (35.0%) o no (27.7%), la asistencia a congresos en el exterior (25.4%) y la asistencia a cursos en el

exterior (15.0%) son actividades menos frecuentes. La menor participación en estas actividades está ligada a aspectos económicos (costo, necesidad de interrumpir la actividad profesional) y al conocimiento de idiomas.

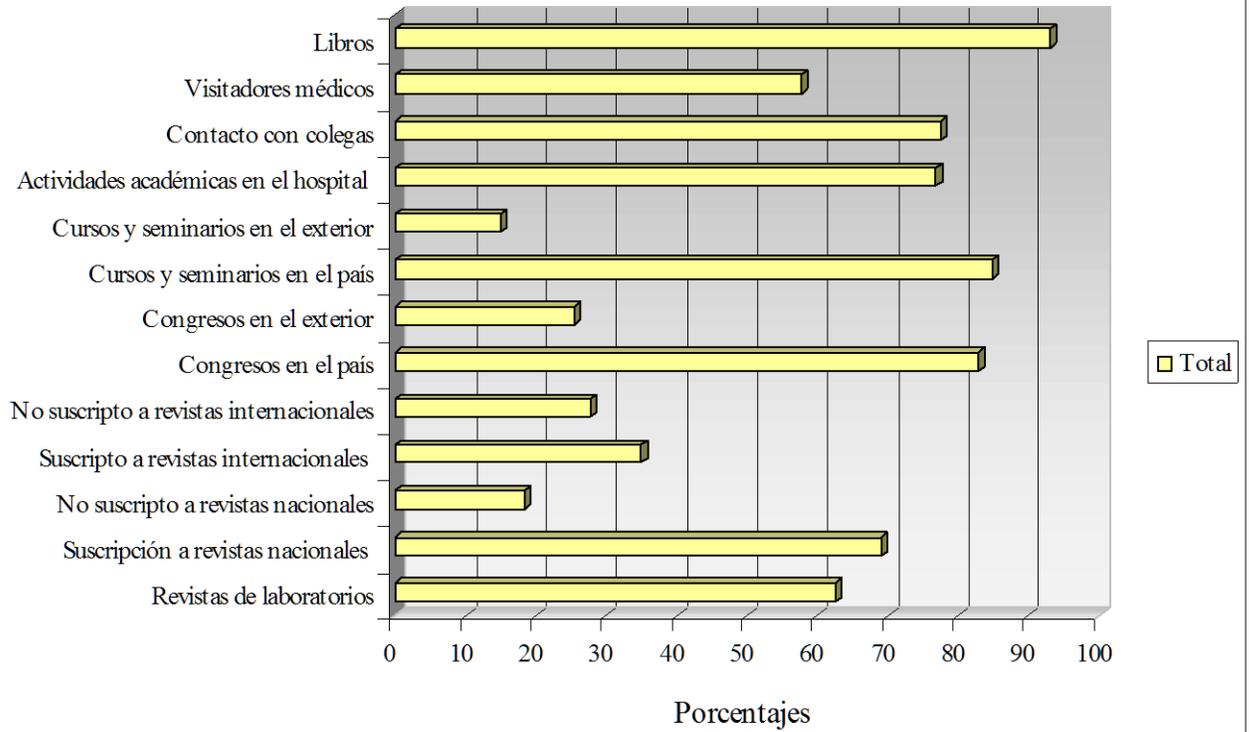
Los hombres están suscriptos a revistas nacionales en mayor proporción que las mujeres pero éstas las leen, sin estar suscriptas, en mayor proporción que sus pares masculinos. Asimismo, un porcentaje mayor de hombres ha asistido a cursos en el país (Tabla 64).

Los pediatras están suscriptos a revistas nacionales de la especialidad en mayor proporción que cualquier otra categoría de especialistas. ¿Tendrá esto que ver con la tradición de los Archivos Argentinos de Pediatría?. Los clínicos y los cirujanos están suscriptos en mayor proporción que los otros especialistas a revistas internacionales. Los clínicos, cirujanos y pediatras asistieron a congresos de su especialidad y a actividades académicas en el hospital más que sus pares de otras especialidades.

Los médicos generales reconocen en mayor proporción que los demás haber obtenido actualización a través de los visitantes médicos (Tabla 65).

Con respecto al año de egreso, las tendencias parecen ser bastante homogéneas, aunque el grupo que egresó hasta 1944 asistió a cursos en el país en menor proporción que sus pares de otras cohortes (pero asistieron en mayor proporción a cursos en el exterior, si bien la prueba no es estadísticamente significativa). Este grupo junto con los que egresaron después de 1960 son los que están suscriptos a revistas internacionales en menor proporción (Tabla 66).

Actualización



7.5. Práctica profesional

7.5.1. ¿Cómo fue su práctica profesional?

Los médicos entrevistados desarrollaron su profesión de maneras muy variadas: algunos desempeñaron su actividad de manera que podría llamarse "no diversificada" o "lineal", ya fuera como generalistas o como especialistas, mientras que otros lo hicieron de una forma "diversificada", actuando en distintos ámbitos simultáneamente o cambiando de tipo de práctica y aún de especialidad a lo largo, de las, en general, dilatadas carreras.

Algunos ejemplos aclararán la diferencia:

El Dr. Arturo (1908), después de un breve período como médico generalista se dedicó a la Homeopatía, ejerciéndola solamente, en forma privada, en el consultorio

... y llegó el momento que tenía tres, corría de uno a otro...

El Dr. Andrés (1910) se desempeñó siempre como generalista, en un pueblo, repartiendo sus actividades entre el hospital y el consultorio

...Atendía los enfermos en el consultorio, y cuando terminaba cerca de las doce, porque había mucha gente, iba al Hospital a atender los que iban al Hospital, a hacer una pequeña cura

o una operación chica. Y a la tarde dormía una siesta y cuando me levantaba tenía el consultorio lleno, no tenía tiempo para nada... Y así seguí siempre...

El Dr. David (1927) también siguió un patrón similar

... por la mañana iba al Hospital. Después regresaba a mi casa, almorzaba, y empezaba la tarea de la tarde, atender pacientes, hacer llamados a domicilio. Después de los domicilios, que hacía de tarde, volvía al consultorio, que había muchísima gente. Y a la noche a veces tenía intervenciones quirúrgicas. En el Hospital hice carrera, llegué hasta director. Tenía una intensa tarea, quirúrgica 3 ó 4 intervenciones diarias, 40 ó 50 pacientes por día, llamados diurnos, nocturnos, y una fuerza, una vitalidad, de joven...

El Dr. Antonio (1912) si bien repartía su tiempo entre un hospital de comunidad, un hospital público, una clínica privada y su consultorio, lo hizo siempre desde una especialidad: la Urología

...Y ahí trabajé en la provincia 30 años, entre el Instituto de Cirugía y la Clínica Modelo... a la mañana yo iba a Haedo, y a la tarde atendía el dispensario, que empezaba a las seis. De doce a seis tenía el consultorio acá, nunca lo dejé porque era lo mío...

La Dra. Leonor (1917), que también se dedicó a una especialidad desde el principio de su carrera, la desarrolló principalmente como médica a tiempo completo en un hospital, con una actividad más reducida en su consultorio privado

...siempre, me gustó mucho el Hospital, estoy muy acostumbrada a ver a las pacientes y me gusta la obstetricia. Estuve unos cuantos años en el Rawson, 6 ó 7, y cuando se hizo el policlínico de San Martín, ahora Castex, entré antes de inaugurarse, y empecé a ser médica interna ahí, es decir, hacer 24 horas de guardia para recibir todas las urgencias y los partos. Trabajábamos mucho, 14 ó 15 partos por guardia. Hacía una guardia de 24 horas por semana y todos los demás días de 8 horas. A las cuatro de la tarde salía de allá, dos o tres veces por semana tenía pacientes citadas, a las que les daba 40 minutos a cada una, acá en esta casa siempre. Veía 4 o 5 enfermas, cuando terminaba, por supuesto, no veía televisión ni nada, cenaba, me acostaba, a la mañana siguiente a las 7 de la mañana vuelta arriba porque a las 8 tenía que estar en el policlínico...

En cambio, el Dr. Santiago (1910) que comenzó también como médico generalista fue incluyendo distintas especialidades para completar su práctica y se desempeñó simultánea o sucesivamente en varios ámbitos

... yo me fui a abrirme camino en un pueblo más importante donde había tres médicos más y yo fui el cuarto, y me dio un poco más de trabajo hasta que pude comprar uno de los sanatorios; teníamos internación, cirugía, partos,... nosotros veníamos todos los miércoles a Buenos Aires al curso de postgraduados de Ricardo Finocchietto acá en el Rawson, que dictaban cursos para los médicos de afuera, sobre todo para aprender la anestesia local; ... vine a algunos cursos de radiología, fui un buen radiólogo...; estudié cardiología, me anoté acá en el Instituto Pombo, una semana estaba acá y una semana estaba allá; me especialicé un poco, pero atendía de todo...; en los últimos años, yo hice dolor, tuve un consultorio acá y fui contratado por OSPLAD para el tratamiento del dolor...; fui médico jefe de una compañía de seguros, con una gran experiencia en accidentes de trabajo, traumatología, las radiografías, los líos con los jueces, conflictos laborales...

Lo mismo que el Dr. Julio (1910), que después de un breve paso por la medicina general, se especializó en Higiene y medicina preventiva y social y desarrolló una carrera académica, compartiéndola con tareas asistenciales en forma privada y como médico militar

... Cuando llegué a titular me di cuenta que tenía que mantenerme actualizado, que tenía que leer las revistas

continuamente y no podía seguir con el consultorio... Hacía infecciosas, atendía días y horas convenidas, en Buenos Aires y en La Plata. También era Director de la Escuela universitaria de trabajadoras sociales y enfermeras, en La Plata... Me inscribí, gané el concurso y entré como médico militar, con grado militar, como teniente primero médico,... en el 59 ascendí a Coronel y cuando cumplí 30 años de servicio me retiré...; fui diez años director médico de la obra social del ejército...

Esta diversidad también se da en la trayectoria profesional del Dr. Héctor (1922)

... yo fui con los dos cargos que tenía en La Plata, médico de Policía y médico de Hospital;... después empecé a trabajar en clínicas también. Iba al hospital, trabajaba en la policía y en el consultorio. Había días que no tenía tiempo. Trabajaba todo el día, de 8 a 8. Después conseguí un cargo en el Hospital ferroviario, entonces dije voy a dejar el hospital, y me quedé con el ferroviario y la policía. Más adelante, el médico de Tribunales murió,... viajé dos años a Rosario e hice el curso de médico legista y me nombraron, y me jubilé como médico forense...

Las respuestas de los médicos encuestados también permiten observar esta práctica multiinstitucional. La imagen del médico trabajando a la mañana en el hospital, muchas veces ad-honorem y a la tarde, en su consultorio particular, describe muy acertadamente el tipo de práctica llevada a cabo por muchos de los médicos encuestados.

Así, a los **5 años** de recibido el 94.0% de los médicos ejercía su profesión en forma liberal en su consultorio: el 43.8% como médico general, el 34.3% como médico especialista y el 15.8% tenía alguna especialidad pero también se desempeñaba como médico general.

El 80.0% se desempeñaba en el hospital: un 71.7% a tiempo parcial y un 8.3% a tiempo completo.

Dejando de lado el 2.6% de los médicos que no tenían consultorio ni se desempeñaban en hospitales a tiempo parcial, el 70.1% tenía su consultorio y trabajaba en un hospital, el 26.4% tenía consultorio pero no concurría al hospital y el 3.5%, trabajaba en un hospital pero no tenía consultorio.

El 30.6% tenía práctica liberal en clínicas o sanatorios privados.

Un 36.6% se desempeñaba en la Administración Pública (en Ministerios, Municipalidades, FFAA, Policía, etc.).

La docencia secundaria o universitaria convocaba a alrededor de un 10%, lo mismo que la práctica en dispensarios o centros de salud o la medicina laboral.

Un 34.4% atendía mutuales u obras sociales en su consultorio y casi un 10% lo hacía en la institución (Tabla 67).

¿Cómo era la situación a los **15 años** de recibido? El porcentaje de quienes tenían su consultorio era similar (95.3%) pero sólo el 29.2% se desempeñaba

como médico general, el 51.9% ejercía alguna especialidad. Quienes combinaban la práctica general con una especialidad seguían congregando alrededor del 15% de los profesionales.

La proporción de quienes ejercían la profesión en un hospital a tiempo parcial se mantenía constante, disminuyendo unos puntos el desempeño en hospitales a tiempo completo.

El desempeño en clínicas y sanatorios, la docencia universitaria y la atención de pacientes provenientes de la seguridad social era un poco mayor que 10 años antes (Tabla 67).

A los **30 años** de egresado, la situación es un poco diferente. El número de quienes tienen consultorio ha disminuido un tanto, pero se observa una mayor proporción de quienes ejercen como especialistas, mostrando la tendencia a la especialización que ha seguido la Medicina. La evolución de la carrera de los profesionales sigue las pautas de la evolución de la Medicina.

También ha descendido el número de los que trabajan en hospitales, de quienes se desempeñan como docentes universitarios o secundarios, de quienes trabajan como médicos laborales o en dispensarios o centros de salud.

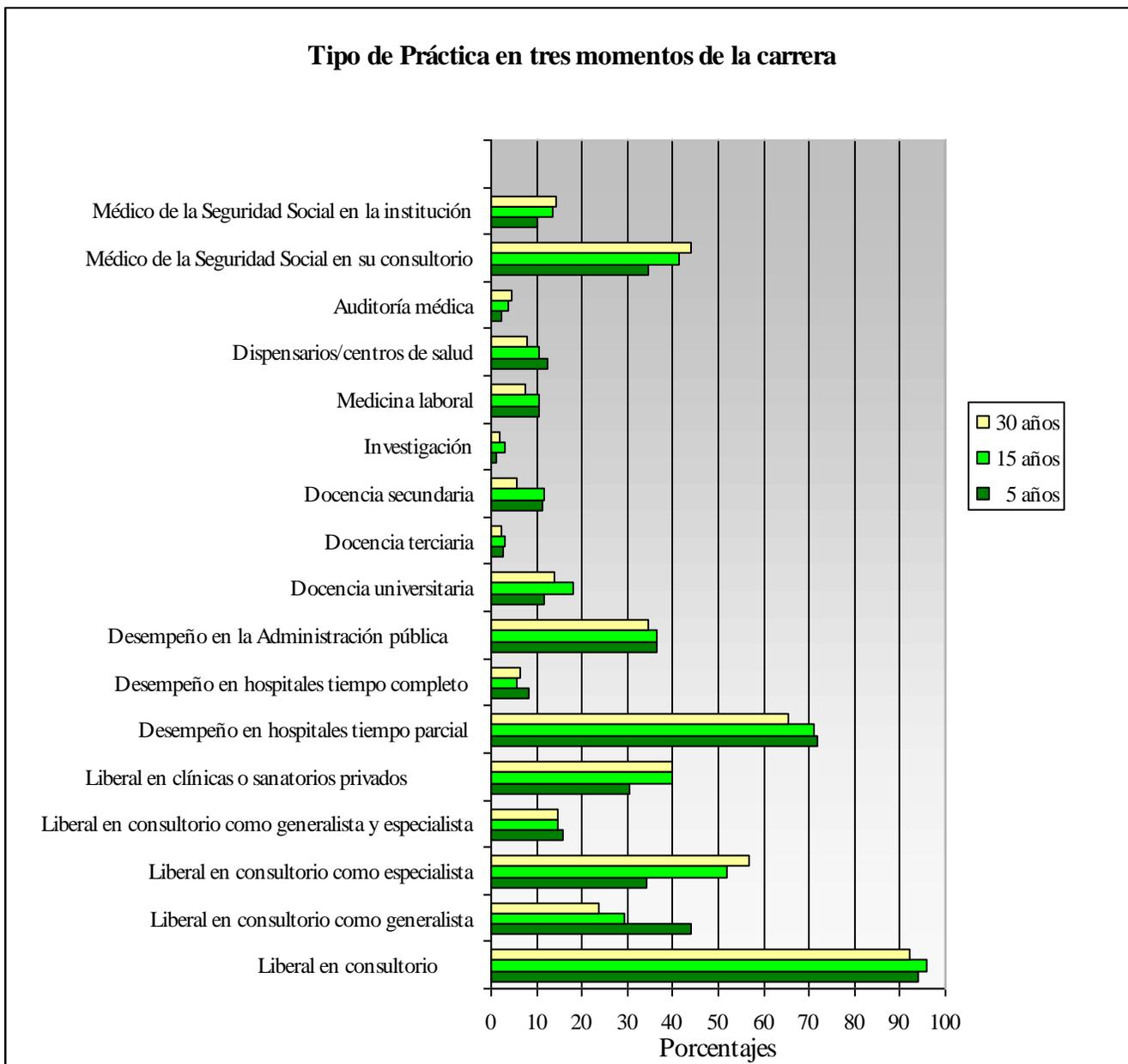
El desempeño como médico de la seguridad social muestra una tendencia creciente, pero poco pronunciada, al igual que el desempeño de tareas de auditoría médica (el pequeño número no permite ningún tipo de especulación, pero uno tendería a pensar que estas actividades se realizan cuando se ha adquirido cierto cúmulo de experiencia).

Parecería que a los 30 años de egresado se limita la diversidad de ámbitos en los que se venían desempeñando (Tabla 67).

Tomando el período de **30 años de profesión en conjunto** pueden observarse las siguientes tendencias:

- . disminución de la práctica liberal como médico general en consultorio
- . aumento de la práctica liberal como médico especialista en consultorio
- . aumento de la práctica liberal en clínicas y sanatorios privados
- . disminución, después de los 15 años de ejercicio, del trabajo en hospitales a tiempo parcial
- . disminución de la proporción de quienes se desempeñaban conjuntamente en su consultorio y en el hospital a tiempo parcial (y aumento de la proporción de los que se desempeñaban sólo en consultorio)
- . aumento a los 15 años y disminución a los 30 años de quienes ejercían como docentes en la Universidad
- . disminución de quienes se desempeñaban como docentes secundarios
- . mantenimiento del desempeño en la Administración Pública

. aumento del desempeño como médico de la seguridad social, tanto en su consultorio como en la institución (Tabla 67).



¿Cómo juega el género en esta descripción?, primero en cada momento y luego en el período de 30 años.

A los **5 años**, sólo hay diferencias significativas en el desempeño como médico liberal en clínicas o sanatorios privados (más los hombres que las mujeres), como docente universitario (más los hombres que las mujeres) y como docente terciario (más las mujeres que los hombres, aunque las frecuencias son muy pequeñas) (Tabla 68).

A los **15 años**, sólo siguió manteniéndose la diferencia entre hombres y mujeres en el desempeño en clínicas y sanatorios privados, pero al reducirse el número de mujeres que se desempeñaban en la Administración Pública, aparece allí otra diferencia significativa (Tabla 69).

A los **30 años**, entre hombres y mujeres las diferencias están dadas en el desempeño en clínicas y sanatorios privados, en la administración pública y en la docencia universitaria y terciaria, siguiendo las tendencias mencionadas más arriba para los 5 años (Tabla 70).

En **el período de 30 años**, en cuanto a los hombres las tendencias son similares a las que se observan para el total, excepto que no se hallaron diferencias en cuanto al desempeño en hospitales a tiempo parcial (Tabla 71).

Las tendencias en las mujeres son un tanto diferentes, ya que si bien disminuye la práctica liberal como médico general en consultorio, el desempeño como médico especialista se mantiene estable lo mismo que la actuación en clínicas y sanatorios privados; hay una disminución de quienes se desempeñaban en el hospital a tiempo completo (aunque el número de casos es muy bajo) y en la Administración Pública; el desempeño en los niveles universitario y secundario no tiene diferencias a lo largo del tiempo como tampoco la atención de pacientes de la seguridad social, tanto en su consultorio como en la institución (Tabla 72).

La cuestión de género aparece en los relatos que siguen y que dan cuenta de la adaptación de la práctica profesional al rol materno y el reconocimiento de la ayuda brindada por el servicio doméstico en el desarrollo de la vida cotidiana

Yo a los tres meses quedé embarazada, tuve mellizos a los once meses, de manera que corría entre los mellizos, el consultorio que estaba en la misma casa y bueno, ésa era mi tarea. Cada caso interesante que iba, iba a ver qué pasaba. No atendía el consultorio, pero hacía algún electro. Eso sí, fui aprendiendo, teníamos aparato de rayos, veía las radioscopias, trataba de mantenerme con una aceleración nada saludable psíquicamente, pero bueno, además estaba lejos de mi familia, no había nadie ahí que me pudiera ayudar. Buenas mucamas, chicas, eso seguro, porque venía mucha gente del interior y esas chicas son muy maternas y me ayudaban. (Dra. Edith, 1927).

Tuve una señora que trabajaba conmigo, durante 25 años, así que ella fue francamente la que me crió a los chicos. Pero empecé a trabajar y hacer guardias cuando ya la menor de las chicas tenía 9 años, no empecé desde que eran bebés, porque sabía la necesidad que tenían de mí. (Dra. Leonor, 1917).

En un solo caso un hombre dice haber decidido mudarse para atender necesidades de sus hijos

...mi hija estudiaba Arquitectura en Nuñez y no la iba a hacer viajar... entonces viajaba yo a Berazategui todos los días, durante veinte años. A la mañana el Hospital y a la tarde en el consultorio. Pero no sentía nada. (Dr. David, 1927).

Con respecto a cómo se caracterizaba la práctica profesional según la especialidad en cada uno de los períodos mencionados, puede observarse que:

a los **5 años** de egresados una proporción importante de clínicos, cirujanos, tocoginecólogos y "otras" dicen que su práctica liberal en consultorio era como médico general o combinando la práctica general con la especializada. Los pediatras declaran en mayor proporción ejercer como especialistas en ese momento de sus carreras, aunque un 15% atiende también como generalista. Como parece lógico son los cirujanos los que en mayor proporción se desempeñaban en clínicas y sanatorios privados.

Los médicos generales se desempeñaban en menor proporción a tiempo parcial en hospitales y los que se incluyeron en "otras" trabajaron en la administración pública menos que sus colegas de otras especialidades (Tabla 73).

A los **15 años** de recibido, el porcentaje de especialistas que dicen trabajar en su consultorio como médicos generales baja sustancialmente, aunque se mantiene la proporción de quienes combinan los dos tipos de práctica.

Los cirujanos siguen manteniendo la preeminencia en el desempeño en clínicas y sanatorios privados; los médicos generales están acompañados por

quienes están en la categoría "otras" en el menor desempeño en hospitales a tiempo parcial y estos últimos, junto con los cirujanos y los tocoginecólogos son docentes universitarios en mayor proporción que los demás (Tabla 74).

A los **30 años** de profesión, la tendencia hacia el desempeño especializado aumenta, los clínicos y tocoginecólogos reducen su presencia en los hospitales a tiempo parcial y siguiendo la tendencia que aparecía en el período anterior, quienes se incluyen en "otras" se desempeñan como médicos de la seguridad social en la institución en mayor proporción que sus pares (Tabla 75).

El análisis según las especialidades para **el período completo**, es complejo, pero se puede observar que:

Los médicos generales son quienes mantienen mayor estabilidad de su práctica a lo largo de los 30 años (no hay ninguna diferencia significativa) (Tabla 76).

Los clínicos disminuyen su desempeño como médicos generales y aumentan su práctica especializada. Si bien disminuye a los 30 años, su actuación en sanatorios privados aumenta a los 15 años de ejercicio profesional. También disminuyen su actividad en hospitales públicos a tiempo parcial (Tabla 77).

Los cirujanos disminuyen su desempeño como médicos generales y aumentan su práctica especializada y su trabajo en clínicas y sanatorios. Aumentan a los 15 y disminuyen a los 30 la docencia universitaria y a partir de los 15 años aumentan la atención de pacientes de la seguridad social en su consultorio (Tabla 78).

Los tocoginecólogos también disminuyen su desempeño como médicos generales y aumentan su práctica especializada y su actuación en clínicas y

sanatorios privados y la atención de pacientes de la seguridad social en su consultorio a partir de los 15 años (Tabla 79).

Los pediatras disminuyen su práctica como generalistas, que no era muy importante salvo a los 5 años, en que representaba un 11% del total y disminuyen su desempeño como docentes secundarios (Tabla 80).

Los "otros" disminuyen su práctica como generalistas y aumentan la atención de pacientes de la seguridad social en la institución (Tabla 81).

Teniendo en cuenta el año de egreso de la Facultad hay tres análisis posibles:

1. estudiar las tendencias a lo largo de las generaciones para cada punto temporal propuesto (a los 5, 15 y 30 años de egresado),
2. estudiar, para cada generación, la evolución en el período considerado y
3. tomar determinados períodos y analizar qué tipo de práctica estaban desarrollando las distintas generaciones en ese momento.

Del primer análisis se desprende que:

a los **5 años**

. si bien las pruebas estadísticas no permiten afirmarlo con certeza, hay una tendencia entre quienes egresaron más tarde a desempeñarse menos como médico general y más como médico especialista;

. la docencia universitaria es significativamente mayor entre quienes egresaron entre 1955-59 (Tabla 82).

a los **15 años**

. la tendencia que se insinúa a los cinco años, se ve reafirmada en este momento de la vida profesional: quienes han egresado hasta 1944 se desempeñan como especialistas en menor proporción que sus colegas más jóvenes (si se toman esos dos grupos: egresados antes y después de 1944, la prueba chi cuadrado es significativa al .01);

. en todas las generaciones, hay un aumento de los especialistas en detrimento de los médicos generales, pero esto es más acentuado en quienes egresaron con posterioridad a 1944;

. quienes egresaron a partir de 1955 son médicos laborales en mayor proporción que los demás. ¿Esto es resultado de la necesidad de completar los ingresos, o de características de la estructura socioeconómica del país, o de ambas conjuntamente?. También puede ser que en ese momento haya habido algún tipo de facilidad para cursar esa especialidad (Tabla 83).

a los **30 años**

. la tendencia a la especialización se acentúa en todas las generaciones, pero se mantiene el menor desempeño como especialistas de quienes egresaron antes de 1944.

. el desempeño liberal en clínicas o sanatorios privados es menor entre quienes egresaron después de 1960 (en este caso, los dos grupos considerados fueron los recibidos antes y después de 1960 y la prueba de chi cuadrado es significativa al .05).

. quienes se recibieron entre 1950 y 1954, se desempeñan en mayor proporción que los demás como médico de la Seguridad social en la institución (Tabla 84).

El segundo análisis - estudiar, para cada generación, la evolución en **el período de 30 años** considerado - permite obtener el siguiente cuadro de situación:

Quienes egresaron hasta 1944:

- . a lo largo del período disminuyen su actividad como médicos generales en consultorio
- . aumentan la atención de pacientes de la seguridad social en su consultorio (Tabla 85).

Quienes egresaron entre 1945-49:

- . la disminución del desempeño como médico general y el aumento de la práctica especializada se da en forma abrupta a los 15 años así como el aumento de su desempeño en clínicas y sanatorios privados.
- . la docencia universitaria aumenta a los 15 años pero vuelve a disminuir a los 30.
- . aumenta la atención de pacientes de la Seguridad social en su consultorio (Tabla 86).

Quienes egresaron entre 1950-54:

- . como para la generación anterior, a los 15 años se da el vuelco de la práctica general a la especializada (esto no significa que haya ocurrido en ese momento sino que es un proceso que se fue dando entre los 5 y los 15 años).
- . aumento de su desempeño en clínicas y sanatorios privados.

. también aquí la docencia universitaria aumenta a los 15 años pero vuelve a disminuir a los 30

. aumento a partir de los 15 años de egresados de la atención de pacientes de la Seguridad social en la institución (Tabla 87).

Quienes egresaron entre 1955-59:

. también acá se ve el cambio de la práctica general a la especializada a partir de los 15 años de egresado.

. disminuye el desempeño en dispensarios y centros de salud (Tabla 88).

Quienes egresaron en 1960 y después:

En este grupo, un 24.4% (11 casos) no llegó a desempeñarse durante 30 años ya que, por razones de salud, obtuvieron su retiro antes de la edad estipulada para hacerlo. La prueba estadística de comparación sólo toma en cuenta a los que completaron el período estudiado y no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las prácticas (Tabla 89).

Del tercer análisis propuesto, tomar algunos períodos y analizar qué tipo de práctica estaban desarrollando las distintas generaciones de médicos, surgen algunos datos que corroboran lo dicho anteriormente.

Así, entre los años 1943 y 1950, el 55.2% de quienes tenían 5 años de antigüedad pero sólo el 20% de los que rondaban los 15 años de ejercicio profesional se desempeñaban como médicos especialistas. En proporción, estos últimos duplicaban a los primeros en el desempeño en la administración pública.

En el período 1958-1965, la proporción de especialistas tanto entre los que tenían 5 como 30 años de antigüedad es similar al período anterior, pero esta proporción sube drásticamente entre los que han alcanzado 15 años de

desempeño profesional (que en el período anterior tenían 5 años de antigüedad). Esto indica la prevalencia de la práctica generalista entre los de mayor antigüedad y la especialización creciente al promediar la carrera. Casi la mitad de quienes tienen 5 y 15 años de antigüedad, pero sólo el 20% de quienes tienen 30 años de egresados atienden pacientes de la seguridad social en el consultorio. Estos dos testimonios dan prueba de esta diferencia

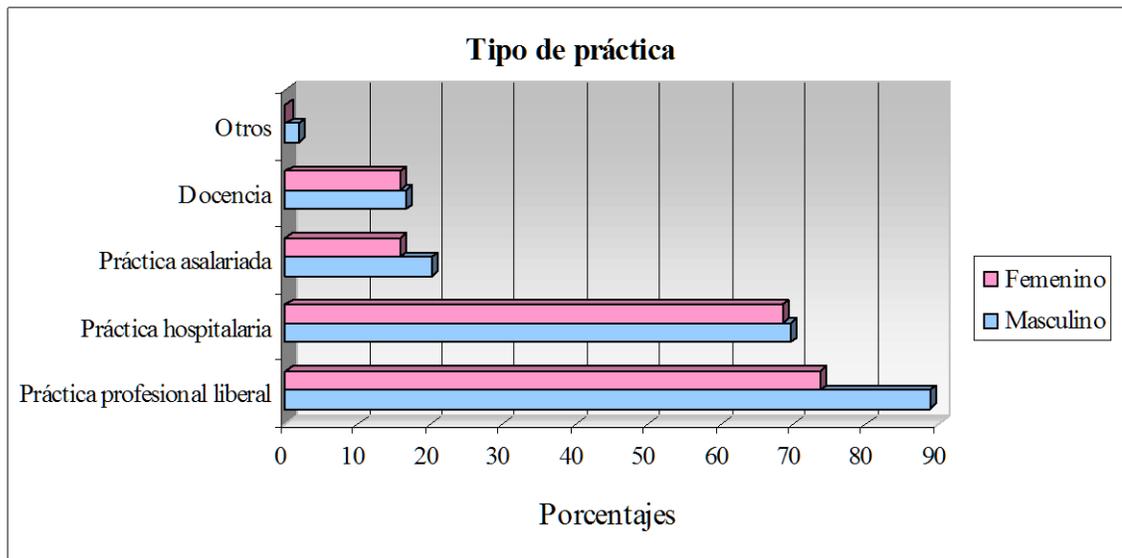
Mutuales nunca tuve, nunca atendí una obra social (Dr. Antonio, 1912).

De entrada, los primeros dos años, la gente pagaba bien, porque podía pagar. Después vinieron todas las obras sociales. Ingresamos todos los médicos por intermedio del círculo, agremiados, entonces el Círculo médico hacía el contrato para todos, dependiente de la Federación Médica de la Provincia (Dr. Héctor, 1922).

Entre 1966 y 1972, el 41.3% de quienes tenían 15 años de antigüedad se desempeñaban en la Administración pública, pero en el período 1973-1980, lo hacía el 62.5% de quienes tenían 5 años de egresados, lo que muestra la importancia del trabajo asalariado para las generaciones más jóvenes.

Para que describieran el tipo de práctica que habían desarrollado, se les pidió que tuvieran en cuenta cuáles fueron las actividades primordiales a lo largo de la carrera y dieran una sola respuesta. Sin embargo, la mayoría de los médicos

marcó más de una alternativa, lo que es otro indicador de la complejidad del desempeño laboral de estos profesionales (Tabla 90).



Así, el 86.6% dice haber desarrollado su práctica como profesional liberal (más los hombres que las mujeres) y un 69.3%, la definió como práctica hospitalaria (sin diferencia por género). Una quinta parte señaló que su práctica fue fundamentalmente asalarada y el 16.5% agregó la docencia como descriptor de su actividad profesional.

Y según especialidades, las diferencias se encuentran en la práctica hospitalaria: los médicos generales y los "otros" son quienes en menor proporción describen a su práctica de esa manera (Tabla 91).

7.5.2. Cargos jerárquicos

La mayoría de los médicos entrevistados ha desempeñado cargos jerárquicos en los ámbitos donde ejercían: Jefes de Servicio, Directores de Hospital y entre los médicos encuestados, tuvieron cargos jerárquicos el 70.9% de quienes se desempeñaron en un hospital público o de comunidad (el 52.6% obtenido por concurso y el 18.3%, sin concurso); el 37.2% de quienes lo hicieron en clínicas o sanatorios privados (el 33.9% sin concurso); el 29.5% de quienes trabajaron en instituciones de la Seguridad social (el 22.7% sin concurso), el 49.2% de quienes se desempeñaron en la Administración pública (el 24.2%, por concurso y el 25.0%, sin concurso) y el 37.3% de los docentes universitarios (30.5% por concurso).

El 54.8% de las mujeres contra el 73.4% de los hombres han tenido cargos jerárquicos en hospitales públicos o de comunidad (χ^2 para la variable cargos jerárquicos categorizada en sí y no= 4.46, p=.035) (Tabla 92).

Quienes egresaron a partir de 1955 tuvieron cargos jerárquicos en clínicas o sanatorios privados en menor proporción que sus colegas mayores (Tabla 93).

Según especialidad, los cirujanos han tenido, en mayor proporción que los demás, cargos jerárquicos en hospitales públicos o de comunidad (Tabla 94).

7.5.3. Carga horaria

Los médicos encuestados trabajaban, en promedio, 10.8 horas por día a los 5 años de recibidos, 11.4 horas, a los 15 años y 9.9 horas por día a los 30 años de egresados. Esta tendencia a aumentar la dedicación a los 15 años y reducirla a los 30 se da tanto entre los hombres como entre las mujeres (Tabla 95).

Sin embargo, si se analiza la influencia del género en cada uno de los momentos considerados, se observa que ésta se da a los 5 y a los 15 años, momentos en los que los hombres trabajan, en promedio, más que las mujeres, mientras que a los 30 años de egresados, esta diferencia no es, estadísticamente, significativa (Tabla 96).

Los pediatras y aquellos incluidos en la categoría "otros" no muestran diferencias en cuanto a las horas trabajadas en los tres momentos considerados; en los demás, después de un leve aumento en el promedio de horas trabajadas a los 15 años, se produce un descenso a los 30 años (Tabla 97).

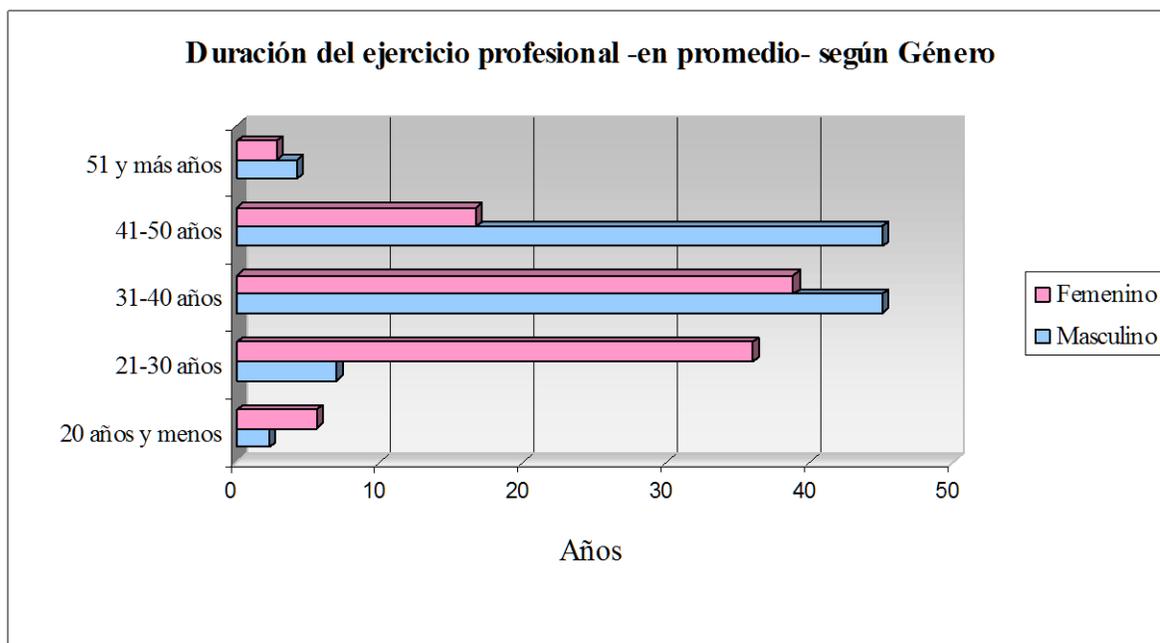
La especialidad no establece diferencias entre los promedios de horas trabajadas por los seis grupos de especialistas, en cada uno de los momentos considerados (Tabla 98).

Quienes están en los extremos, aquellos que se recibieron hasta 1944 y los que lo hicieron en 1960 y después, se desempeñaron la misma cantidad de horas a lo largo de su carrera. En los demás grupos, después de un leve aumento en el promedio de horas trabajadas a los 15 años, se produce un descenso a los 30 años (Tabla 99).

Según el año de egreso, no hay diferencias significativas a los 5 y a los 15 años, pero éstas aparecen a los 30 años, en las que el grupo que se recibió hasta 1944 trabaja significativamente más horas que los otros (Tabla 100).

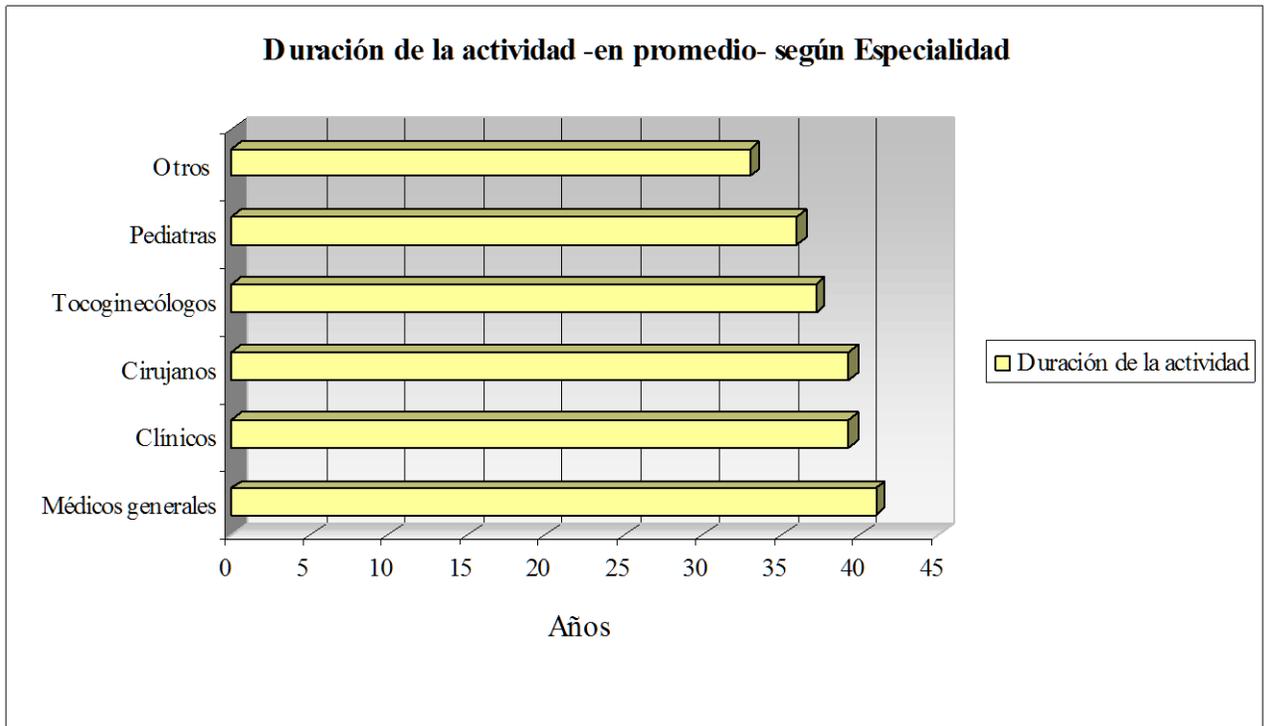
7.5.4. Duración del ejercicio profesional

Para medir el período de ejercicio de la profesión se restó al año de la jubilación el año de egreso de la Facultad.



Los médicos encuestados han ejercido su profesión, por un período relativamente largo: el rango abarca desde los 6 años (incluye aquellos que han debido jubilarse por invalidez) hasta los 63 años. El 82.0% ejerció entre 31 y 50 años. Aquí se marca otra diferencia por género: el 75.0% de las mujeres se desempeñó entre 21 y 40 años en tanto que el 86.4% de los hombres lo hizo entre 31 y 50 años. La comparación de las medias también muestra esa diferencia (Tablas 101 y 102).

Hay también diferencias entre los distintos especialistas: el promedio más alto lo tienen los médicos generales y el más bajo los agrupados en la categoría "otras" (Tabla 103).



7.5.5. ¿Cómo fue su práctica en Consultorio?

Todos los médicos entrevistados tuvieron su consultorio particular, y en general, al preguntárseles al respecto, las respuestas se referían al consultorio en el que habían desarrollado la mayor parte de su carrera, que muchas veces coincidía con el primero, que había sido el mismo durante toda la carrera.

Recorrimos el pueblo, me gustó, y había tres médicos. Pero no había casa, era un pueblo en formación, grande ya, con muchas chacras, en fin, había como para expandirse y un Hospitalito que si bien no resolvía mucho los problemas, estaba a disposición para todo... Y recorriendo había una casa

en construcción, un poquito afuera del pueblo, pero era lo único que había. Entonces hablé con el constructor y acordamos que me la entregaba terminada a fin de año. Después de Reyes, tomé mis bártulos, me fui con todo para allá y no estaba terminada la casa. Entonces me instalé en el Hotel del pueblo, el Hotel Comercio. Estuve casi un mes y ya me empezaban a llamar. Ya para entonces me habían entregado la casa y el consultorio... Más adelante, el constructor que me había entregado la casa, habían pasado cuatro o cinco meses, había terminado otra casa más importante, más céntrica, y me trasladé allí, donde estuve... allí me casé... (Dr. Andrés, 1910).

Éste era mi consultorio... Ya se construyó esta casa para ser consultorio (Dr. Antonio, 1912).

En esa época era común comprar la llave de un consultorio

...Un médico que se iba a otro lado me ofreció el consultorio y yo tomé lo que él me había dejado. Como hice yo a su vez cuando me fui, traje otro médico y le dije 'quedate acá', con muy bajo costo, una transferencia, le dejaba el lugar, la casa, no el consultorio que uno se lo llevaba. La clientela era un poco del consultorio y un poco del médico, la gente seguía yendo al mismo lugar, en general los médicos que me fueron

sucedendo eran buenos, con cierta personalidad, cierta formación, no eran malos médicos, como médicos generales, el que se quedó cuando yo me fui, se quedó trabajando bien y yo me fui a abrirme camino en un pueblo más importante... (Dr. Santiago, 1910).

aunque otros lo rechazaban de plano

Fui primero a un pueblito que era muy bueno, muy progresista, me habían dicho que el médico se iba, pero ese médico no sabía si se iba o no y además quería llave. Y eso me dio una repugnancia..., porque la llave del médico es del médico y no es del otro. El médico tiene llave, el que viene si no sabe mucho, la llave no abre para nada. Así que le dije que no quería saber más nada y me fui... (Dr. Andrés, 1910).

Como se ve, la instalación de un consultorio es un momento importante en la vida del médico y estructura su desempeño posterior. Las entrevistas permitieron apreciar que había variaciones en cuanto a la importancia que los médicos asignaban a los sucesivos consultorios (si habían tenido más de uno). De modo que para fijar un criterio, en la encuesta se les pidió que se refirieran al consultorio en el que se habían desempeñado **por más tiempo**, suponiendo que ése debió haber sido el más relevante en su historia profesional.

Sólo 9 médicos (3.4% de la muestra) no tuvieron consultorio propio (5 hombres y 4 mujeres). Nótese que en tan pocos casos se observa una sobre-representación femenina.

Para más de las tres cuartas partes (78.2%) ese consultorio fue el primero y el único, si bien hubo mudanzas dentro de la misma localidad, modificaciones y ampliaciones a lo largo de la vida profesional, tal como se señala al final de este apartado.

El 25.5% instaló ese consultorio inmediatamente después de recibido, un 37.7% lo hizo al año, un 21.9% tardó hasta 5 años y el 15.0%, 6 años o más (con un máximo de 39 años).

En promedio los médicos se desempeñaron 32 años en su consultorio (Mo= 36 años, Md= 35 años), sin diferencias por género. Esto nos habla de la estabilidad en el desempeño de la profesión, es decir que no se mudaron ni cambiaron su actividad profesional (Tabla 104).

Al igual que en la duración del ejercicio profesional, respecto del desempeño en un consultorio los médicos generales llevan la delantera mientras que quienes están en la categoría "otros" se hallan en el otro extremo (Tabla 105).

El 41.5% instaló su consultorio donde vivía su familia y un 36.2% en otro lugar. Las tres cuartas partes instaló su consultorio en una ciudad, casi una quinta parte en un pueblo y sólo el 5% en un área rural.

Quienes egresaron antes de 1944 y quienes ejercieron como médicos generales se instalaron en un pueblo o en una zona rural en mayor proporción que los

demás (Tablas 106 y 107). Si bien no hay una asociación estadística, es interesante destacar que ninguna mujer se instaló en un medio rural.

La instalación en consultorio debió sortear la competencia, porque sólo el 8.7% se instaló en un lugar donde no había médicos. Aun el 69.2% de quienes se instalaron en una zona rural lo hicieron donde había otros, aunque pocos, médicos.

Quienes egresaron hasta 1944 se instalaron en un lugar donde o no había otros médicos (22.2%) o eran pocos (44.4%) (Tabla 108).

Si bien la prueba de significación no es significativa, la tendencia observada es que los médicos generales se instalaron en mayor proporción que los demás donde o no había otros médicos (22.2%) o eran pocos (44.4%) (Tabla 109).

Las tres cuartas partes instalaron el consultorio en su casa, sin distinción de género ni de año de egreso. Pero la especialidad juega un rol importante: así el 87.8% de los pediatras, el 82.6% de los médicos generales, el 76.6% de los cirujanos, el 69.2% de los clínicos, el 63.6% de los tocoginecólogos, pero sólo el 35.7% de los "otros" instalaron el consultorio en su casa. Es necesario recordar aquí que esta categoría está compuesta por quienes ejercieron como radiólogos, psiquiatras, sanitarista, auditores y médicos laborales (Tabla 110).

El 42.2% fue instalado como consultorio por el profesional, el 28.1, alquilado (sin la clientela, 22.9%, con la clientela, 5.2%) y el 22.5% lo compró (sin la clientela, 15.7%, con la clientela, 6.8%). En las otras categorías las frecuencias son muy bajas.

Si bien la asociación con el género es significativa, hay muchas celdas vacías y en las que tienen algún significado sólo hay diferencia en la categoría “*instalado para consultorio*” en donde las mujeres tienen un porcentaje mayor que los hombres (51.5% vs. 40.7%). Dos mujeres (6.1%) instalaron su consultorio en el de su cónyuge (Tabla 111).

Es interesante destacar que, entre los egresados hasta 1944, el 14.3% compró el consultorio con la clientela y el 11.4% lo alquiló de esa misma manera. Estas modalidades eran frecuentes en las primeras décadas del siglo (Tabla 112).

Si bien los porcentajes no son muy altos, los médicos generales compraron o alquilaron el consultorio con la clientela en mayor proporción que los demás. Y quienes están incluidos en la categoría "otras", son quienes en mayor proporción dicen haberlo alquilado sin la clientela (Tabla 113).

El 78.2% no compartía el consultorio en el que desarrolló su práctica. El 21.8% que sí lo hacía, lo compartía con médicos de la misma especialidad (5.6%), de otra especialidad (8.9%), con el cónyuge de igual especialidad (2.4%) o de distinta especialidad (4.8%). Las mujeres en mayor proporción que los hombres compartieron el consultorio con sus cónyuges (Tabla 114).

Con respecto a la especialidad, el dato más llamativo es que el 40.0% de quienes están incluidos en la categoría "otras", compartieron el consultorio con médicos de la misma especialidad (Tabla 115).

Un 56.1% financió la instalación con fondos propios, más los hombres que las mujeres (58.3% contra 40.0%), un 39.4% contó con la ayuda de su familia y un 30.5% pidió un préstamo (Tabla 116).

Si se cruzan estas tres modalidades de financiamiento se obtienen datos interesantes: quienes no contaban con fondos propios, recurrieron, casi por partes iguales, a la familia (48.7%) o a un préstamo (37.6%) ($\chi^2 = 61.26$, $p = .000$).

Tal como se vio en la financiación de los estudios, en las generaciones más jóvenes disminuye la proporción de los que recibieron ayuda familiar y aumenta la de los que se valen de su propio trabajo (Tabla 117).

En la organización del consultorio un aspecto importante es la ayuda con la que contaba el profesional y la pregunta para evaluarla fue *¿Quién le ayudaba a abrir la puerta o a atender el teléfono?*

Para el total de encuestados, la categoría *cónyuge* aparece en primer lugar y casi es obvio decir que ese porcentaje es significativamente mayor entre los hombres (aunque no es despreciable el 12.5% de las mujeres que dijeron que su cónyuge abría la puerta).

Le sigue la *secretaria* y el *personal de servicio doméstico* (cuya proporción entre las mujeres es mayor aunque el estadístico no alcanza el nivel de significación fijado). Para las otras categorías los porcentajes son decrecientes (Tabla 118).

Sólo la categoría *personal del servicio doméstico* tiene una asociación significativa con el año de egreso: quienes egresaron hasta 1944 contaron con esa ayuda en mayor proporción que quienes egresaron con posterioridad ($\chi^2 = 23.1$, $p = .000$).

Cuando la ayuda es brindada por más de dos personas, las combinaciones más frecuentes son cónyuge y/servicio doméstico o cónyuge y secretaria.

Las consultas a domicilio son una característica de la práctica médica, que en los últimos años ha quedado relegada por la atención de los médicos de guardia de los servicios de emergencias de las obras sociales o de los seguros prepagos, por lo menos en las grandes ciudades.

El 58.5 de los médicos encuestados realizaba muchas consultas a domicilio, el 34.1%, pocas y sólo el 7.1% no las hacía. Aunque la prueba de significación no es significativa, la tendencia es que los hombres en mayor proporción que las mujeres realizaban muchas consultas a domicilio (Tabla 119).

Alrededor de las tres cuartas partes de los médicos generales y de los pediatras realizaban muchas consultas a domicilio, la mitad de los cirujanos y tocoginecólogos realizaban pocas visitas domiciliarias y el 28.6% de los "otros" no las realizaban (Tabla 120).

La mayoría (86.1%) acudía siempre ante una urgencia domiciliaria sin distinción de género. Pero ese porcentaje es un poco menor (76.9%) entre quienes tenían "otras" especialidades, que en un 23.1% dijeron no atender urgencias. El 12.5% de los cirujanos dijo acudir sólo si el paciente era su cliente (Tabla 121).

En los años posteriores a la instalación de ese consultorio, un 66.7% adquirió aparatos, un 42.2% se mudó dentro de la misma localidad, un 27.7% separó la vivienda del consultorio, un 26.0% lo modificó, un 14.3% abrió otros consultorios, un 12.5% compró una clínica, un 10.4% amplió el consultorio,

un 6.1% lo convirtió en una clínica, un 5.2% compró acciones en una clínica. Sólo un 2.2% se mudó a otra localidad.

Hay una clara diferencia entre quienes egresaron hasta 1944 y los demás: los primeros han comprado aparatos en una proporción mayor que los demás. Esto puede deberse a la aparición de nueva aparatología, que no existía en el momento de la instalación. Los demás, para quienes también la adquisición de aparatos constituye la inversión más frecuente, presentan, sin embargo, porcentajes menores, ya que seguramente muchos de ellos fueron adquiridos como parte de la primera instalación (Tabla 121).

Los tocoginecólogos en mayor proporción y los pediatras, en menor proporción que los demás dicen haber adquirido aparatos, en tanto que un cuarto de los médicos generales y de los "otros" abrieron otros consultorios (Tabla 122).

7.6. Aspectos económicos

Los médicos entrevistados que se desempeñaron en medios rurales o pueblos pequeños dan cuenta del pago en especie tan característico de esos lugares. Pero aun así los estilos para fijar honorarios variaban un poco

La gente es muy agradecida, el que no podía pagar traía pollos, crema, leche. No me faltaba nada. Otra cosa es que nunca pasé la cuenta. Como trabajaba tanto, el que tenía,

pagaba y el que no... A las maestras, profesionales, la policía, jamás les cobré un centavo... (Dr. Andrés, 1910).

Los honorarios no corrían, pagaba el que quería, es decir, por lo menos en mi caso. Yo trabajé tanto que hice algunos recursos económicos por exceso de trabajo, pagaba el que quería, ni anotábamos, no teníamos una administración, anotábamos en cualquier papel, que sé yo, 'a ver vos', le preguntaba, '¿cuántas veces viniste?', y en base a eso le hacía una cuenta de acuerdo a la capacidad contributiva que tenía cada gente, a los pobres nada. Las intervenciones quirúrgicas se cobraban pero según el bolsillo. Si cuando venía un cirujano, al principio, que nosotros todavía no operábamos, le cobrábamos lo que el cirujano dijera, el sanatorio lo pagaba como quería, cuando podía, pero la plata se la sacábamos generalmente para pagarle al cirujano, pero nunca, en mi caso, fue un problema el dinero. Se acumulaba dinero sin cobrar, porque la gente honesta pagaba y la que no podía no pagaba, pero si uno ganaba seis veces lo que precisaba, ¿había derecho a cobrarle a todo el mundo?...Todos los del campo como no me pagaban, me traían lechones, gallinas, pavos...(Dr. Santiago, 1910).

Ahí se pagaba por año. Los chacareros venían al consultorio y le traían dos docenas de huevos, tres pollos, medio lechón,

chorizos, de todo. Había veces que yo gastaba veinte pesos para comer en el mes. Pero venían a fin de año con la cosecha, con los bolsillos así... (gesto de bolsillos repletos). Yo tenía un libro con el nombre; cada vez que venían les decía que anotaran la fecha y firma. Cuando venían a fin de año, tanto. Pagaban por año. Pero durante el año nunca nadie le llegaba con las manos vacías, le traían cualquier cosa... (Dr. Julio, 1910).

...Y más o menos lo que se estilaba, se cobraban 20 pesos a domicilio, cobraba 20 pesos, más o menos uno preguntaba a los otros médicos cuánto cobraban... Venían con un cerdo muerto, pelado, que lo llevaba al veterinario a ver si no tenía triquinosis, gallinas... verduras, frutas, huevos, de todo... con un cuero de víbora vino uno un día, fue un lindo regalo ése. Me traían un pájaro, un perro... (Dr. David, 1927).

Quienes trabajaban en ciudades más grandes también tenían distintas estrategias para fijar los honorarios y, aunque dicen que no era un hecho común, alguna vez se encontraron con alguien que "los clavó"

En general era más bien por la cantidad de dinero que tenían, porque uno se enteraba de quién era y quién no era. Entonces, lo que era seguro era ir a esos sanatorios importantes porque yo me sentía mucho más a cubierto por si necesitaba cualquier

intervención. Después, los honorarios médicos si la gente tenía poca plata les cobraba poco y si tenía un poco más les cobraba un poco más. Si tenían después algún inconveniente con la criatura, que había nacido chiquita o necesitaba estar más internada, por supuesto que esperaba a cobrar mis honorarios después que solucionaran su problema de dinero. Alguna vez, alguna me clavó que no me pagó, pero fueron pocas veces. Creo que dos veces en toda mi carrera. (Dra. Leonor, 1917).

... yo con el andaluz (se refiere al jefe del Dispensario) aprendí muchas cosas, se cobraba por un tratamiento 150 pesos, 'usted cobra 50 pesos el primer día que viene y le pone al mes que le pague otros 50 pesos y los otros 50 pesos al final del tratamiento'. Me dio mucho resultado. A usted le va a regatear el que le va a pagar, si uno dice, estoy hablando de cuando 150 pesos eran plata. Y si lo clavan, generalmente le clavan los últimos 50. Yo nunca me afligí por los honorarios. Tenía muchísima gente, se me llenaba el consultorio, pero me dio mucho resultado eso. En general la gente pagaba. Muy pocos clavos tuve. (Dr. Antonio, 1912).

Si entre los de mayor edad la atención de pacientes de la Seguridad Social no representó un problema, para los más "jóvenes" significó

una disminución de los ingresos, especialmente en los últimos años de su práctica profesional

Mutuales nunca tuve, nunca atendí una obra social. No llegué a eso... (Dr. Antonio, 1912).

...allá de entrada la gente pagaba bien, porque podía pagar, los primeros dos años. Después aparecieron todas las obras sociales. Ingresamos todos los médicos por intermedio del Círculo, agremiados, el Círculo médico hacía el contrato para todos, dependiente de la Federación Médica de la Provincia. Entonces empezamos a trabajar con las obras sociales que eran buenas, rendía muy bien, durante muchos años. Pero después no nos rendía para nada. Muchos gastos, había que pagar mucho y no rendía nada. Antes de jubilarme probé un año sin obra social y cada vez menos, la gente venía y no me pagaba. El 50% no volvía más y se iba a los médicos jóvenes. Se deterioró en los últimos 3 ó 4 años de la actividad. En los años '91, '92. (Dr. Héctor, 1922).

En la práctica privada sí tenía las obras sociales..., después empezó el problema que no pagaban, que se atrasaban, que pagaban poco. En el comienzo era un pago más o menos respetable que tenía un sentido. 400 o 500 pesos mensuales. Pero después IOMA no pagaba, PAMI no pagaba... El

resultado es que lo que yo recibía cuando iba a cobrar, entre lo que me sacaba el Círculo Médico para esto, para aquello, más lo que me sacaba el Gobierno de Ingresos brutos, Réditos... bajé de 400 pesos a 50. Ahí me aburrí, dije 'basta, paro, me jubilo y punto'. Estaba con la idea de jubilarme, estaba justo en los 66 años, me jubilé y listo (Dra. Nelly, 1928).

El manejo del dinero es otro aspecto en el que se ve la impronta del género

La parte económica la llevó siempre él, le gusta además. (Dra. Edith, 1927).

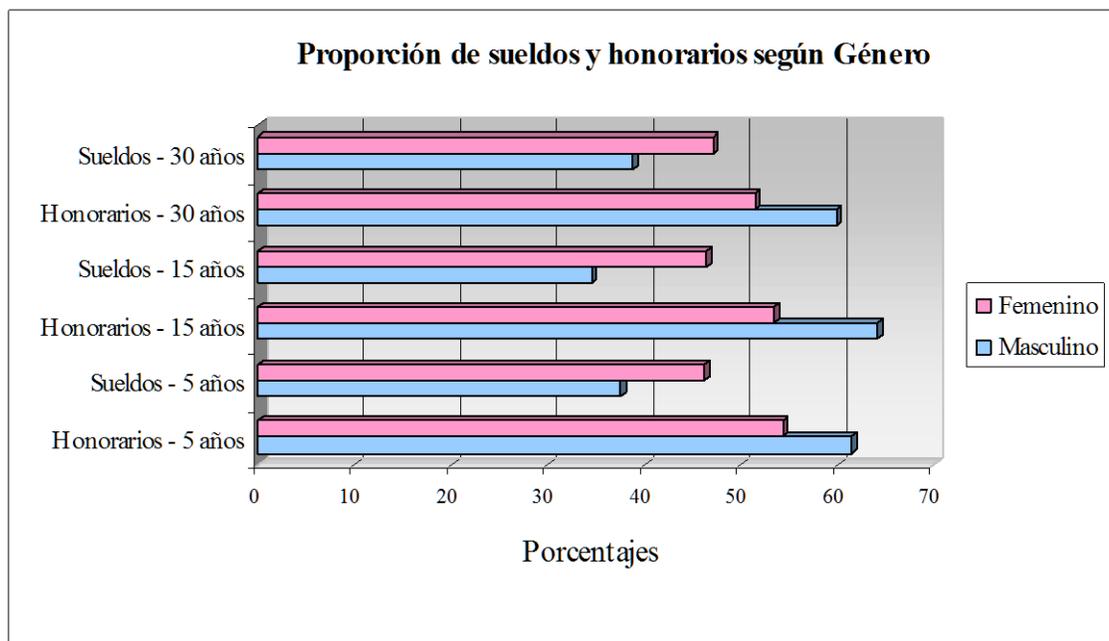
El único problema grave que tenía yo era el dinero, porque yo nunca supe manejar el dinero, eso era una falla mía. Yo, ¿por qué no puse nunca consultorio privado cuando llegué a Buenos Aires, me metí en Menores y en el Borda?. Porque ahí tenía un sueldo y listo. No sabía cobrar. Y después en Escobar teníamos una secretaria que cobraba por nosotros. Porque si yo me hubiera puesto a cobrar, no me hubiera pagado nadie nunca, en ese sentido soy un desastre. (Dra. Nelly, 1928).

7.6.1. Honorarios/sueldos

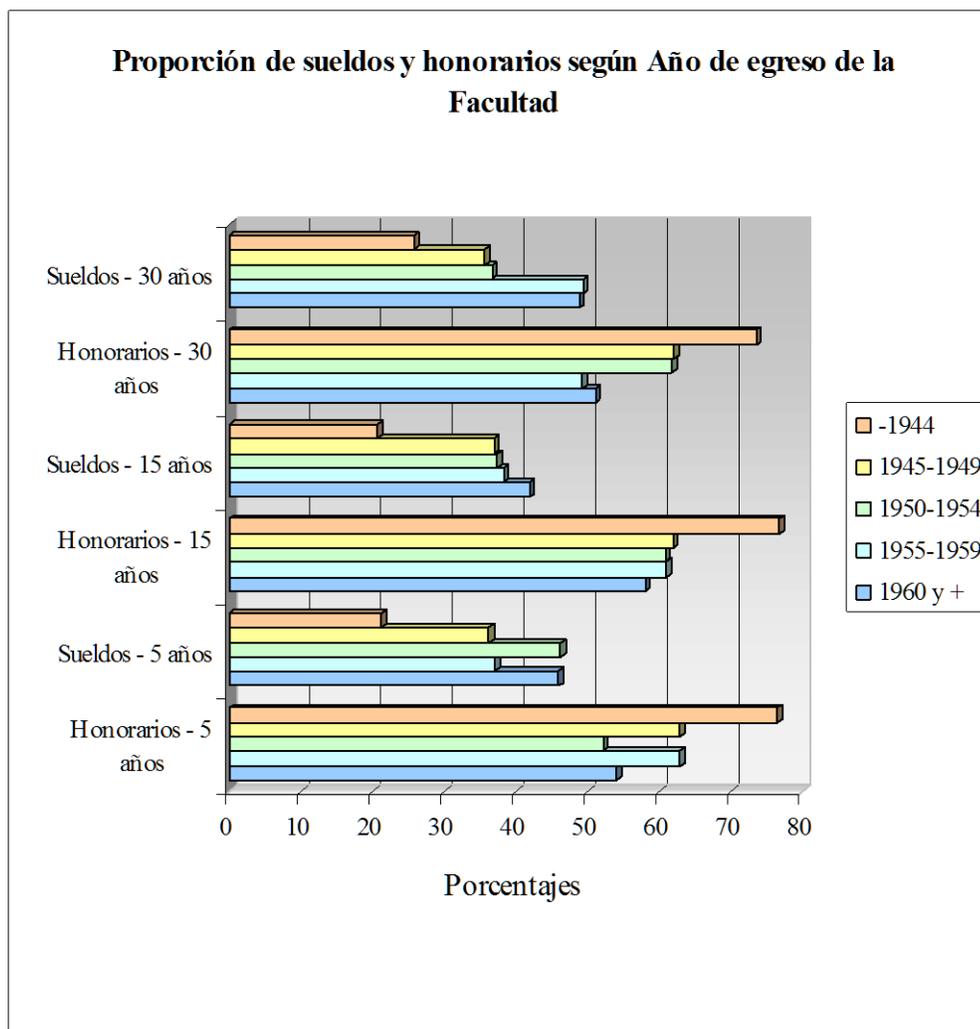
En términos generales, en cualquiera de los cortes temporales considerados, los médicos obtuvieron alrededor del 60% de sus ingresos en concepto de honorarios y alrededor de un 40% en concepto de sueldos. Los ingresos incluidos en la categoría "otros" tienen valores completamente irrelevantes (alrededor del 1%), razón por la cual el análisis se centrará en las dos primeras fuentes de ingresos.

Es interesante hacer notar que tanto para el total como para los distintos subgrupos considerados, la suma ronda el 100%, lo que nos habla de la coherencia de los entrevistados.

Teniendo en cuenta el género, puede observarse que los hombres obtienen sus ingresos por honorarios en mayor proporción que las mujeres, quienes en



contrapartida cobran sueldos en mayor proporción. Si bien esa situación se da en los tres momentos de la carrera profesional, la diferencia es estadísticamente significativa sólo a los 15 años, tanto para honorarios como para sueldos (Tablas 124, 125 y 126).



En términos generales, a medida que se avanza en las generaciones disminuye el porcentaje de ingresos provenientes de honorarios y aumenta el porcentaje proveniente de sueldos, en los tres momentos considerados (Tablas 127, 128 y 129).

De la comparación de las medias puede concluirse que quienes ingresaron a la profesión antes de 1944 obtuvieron una mayor proporción de sus ingresos por honorarios (y menor proporción por sueldos) que sus colegas de generaciones posteriores, especialmente aquellos que comenzaron su actividad profesional a partir de 1955 (Tabla 130).

Hay diferencias significativas entre los distintos especialistas en la proporción de honorarios y sueldos, a los 5 y a los 15 años, no así a los 30. A los 5 años, el 72%, en promedio, de los ingresos de los médicos generales provenían de honorarios, siguiéndoles los clínicos (64%) y los tocoginecólogos (63%); los "otros", los cirujanos y los pediatras percibían como honorarios el 55% de sus ingresos (Tabla 131).

A los 15 años, la situación de los médicos generales no ha variado, pero los otros especialistas vieron aumentada, aunque levemente, la proporción de ingresos provenientes de honorarios: tocoginecólogos (68%), clínicos (64%), cirujanos (60%), "otros" (57%) y pediatras (56%) (Tabla 132).

A los 30 años, hay un descenso en la proporción de ingresos provenientes de honorarios para todos los especialistas (Tabla 133).

Es interesante observar como evolucionó la proporción a lo largo de los 30 años en cada uno de los subgrupos considerados. Como la proporción de sueldos es complementaria, se hace sólo referencia a la proporción de honorarios y va de suyo que para la proporción de sueldos se da la situación inversa.

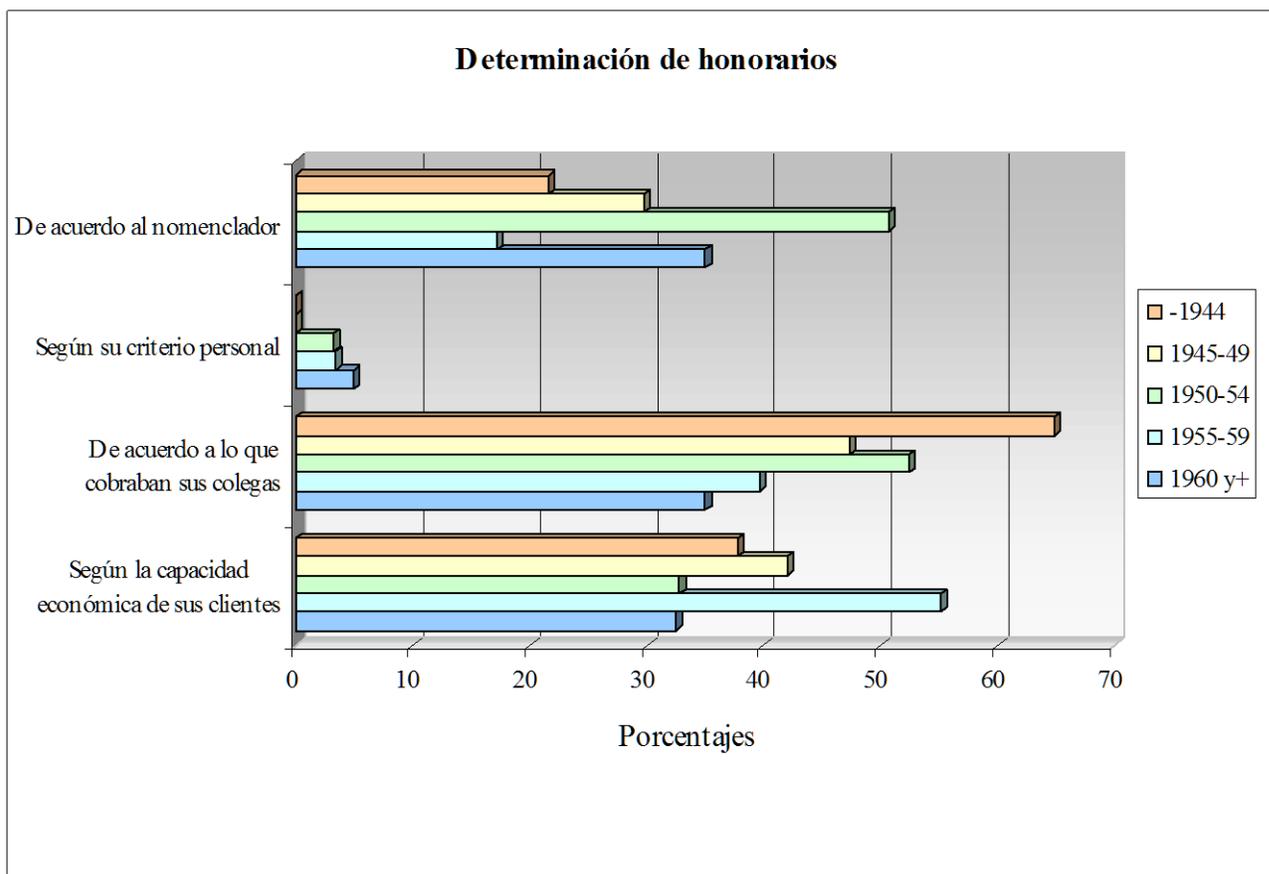
- * tomando a los médicos en su conjunto, puede observarse que la proporción de ingresos proveniente de honorarios aumenta a los 15 años y desciende a los 30 años.
- * esta tendencia es la misma para los hombres; en cambio para las mujeres, la situación no varió a lo largo de su carrera (Tabla 134).

Con respecto al año de egreso:

- * quienes egresaron hasta 1949 mantuvieron la proporción de ingresos provenientes de honorarios a lo largo del período y esa proporción es mayor que la de sus colegas más jóvenes.
- * los que egresaron después de 1950 muestran diferencias estadísticamente significativas.
- * sin embargo, la tendencia es diferente en los distintos grupos: mientras que en el primero (1950-1954) hay un aumento sostenido de la proporción de ingresos por honorarios a lo largo de la carrera profesional, entre quienes egresaron entre 1955 y 1959, se produce el fenómeno inverso: una disminución de la proporción de honorarios a lo largo de esos treinta años; y los que entraron en la profesión después de 1960, tuvieron un aumento de esa proporción a los 15, pero un descenso a los 30 años (Tabla 135).

Si se tiene en cuenta la especialidad:

* sólo los pediatras, después de un leve aumento a los 15 años de la proporción de ingresos provenientes de honorarios, experimentan a los 30 años un fuerte descenso de lo mismos (Tabla 136).



El 47.4% fijaba sus honorarios de acuerdo a lo que cobraban sus colegas, un 40.7% de acuerdo a la capacidad económica de sus clientes y un 31.6% de acuerdo al nomenclador.

Estas proporciones no son diferentes según género ni especialidad, pero el año de egreso tiene influencia sobre la manera de establecer los honorarios: los que egresaron antes de 1944 son los que en mayor proporción fijaron sus honorarios de acuerdo a los que cobraban sus colegas (si se compara ese grupo

contra todos los demás, la prueba de significación que en la tabla no alcanza el nivel establecido, se hace significativa) en tanto quienes egresaron entre 1950 y 1954 son quienes en mayor proporción dicen haber cobrado de acuerdo al nomenclador (Tabla 137).

Descartando el 15.1% de los médicos que no habían atendido Obras sociales en su consultorio, el 43.3% de los restantes dijo que el haber atendido pacientes de Obras Sociales significó un aumento de sus ingresos, un 30.7%, una disminución y a un 26.0% no lo afectó. Y esto fue así sin diferencias por género, especialidad ni año de egreso.

7.6.2. Destino de los ingresos

¿Cuál era el destino de los ingresos percibidos, cómo variaron según las categorías de análisis y según los años de desempeño profesional?

Para el total de los médicos encuestados, las respuestas a esta pregunta siguieron un patrón: frecuencias menores a los 5 años, una suba a los 15 y un descenso, a veces marcado, a veces no tanto, a los 30 años, excepto para las alternativas *realizar viajes de placer y contribuir al mantenimiento del hogar*, que tienen porcentajes crecientes a lo largo del período y *vivir decorosamente*, que tiene porcentajes decrecientes en ese lapso (Tabla 138).

El análisis del ordenamiento que surge de las respuestas obtenidas en los tres momentos de la carrera, da una descripción de los intereses, necesidades y posibilidades en distintos momentos de la vida individual y familiar. Es

necesario tener en cuenta que no se trata de comparar los porcentajes, sino del lugar que ocupa la alternativa en cada momento estudiado.

Así, *vivir decorosamente* es la alternativa elegida en primer término, tanto a los 5, 15 y 30 años después de recibido, pero mientras a los 5 años la segunda es *contribuir al mantenimiento del hogar*, a los 15 es *comprar o cambiar el auto* y a los 30, *veranear*.

La tercera opción es a los 5 años *asistir a congresos, cursos, seminarios*, a los 15, *veranear* y a los 30, *contribuir al mantenimiento del hogar*.

La cuarta opción es *comprar bibliografía, contribuir al mantenimiento del hogar y comprar o cambiar el auto*, respectivamente.

Veranear y comprar o cambiar el auto están en quinto lugar a los 5 años de ejercicio profesional mientras que *asistir a congresos, cursos, seminarios* ocupa ese lugar a los 15 y a los 30 años.

En sexto y séptimo lugares, en los tres cortes temporales, están *darse algunos gustos y aumentar el confort de su hogar*.

En el octavo lugar, a los 5 años aparece *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional*, mientras que *comprar bibliografía* tiene esa posición a los 15 y a los 30 años.

A los 5 y a los 30 años, *realizar viajes de placer* está ubicado en el noveno lugar, que a los 15 años es ocupado por *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional*.

El décimo lugar es ocupado por *realizar viajes de estudios*, a los 5 años, *realizar viajes de placer*, a los 15 y *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional*, a los 30 años.

El undécimo lugar es para *realizar inversiones*, en los tres momentos considerados.

Y el duodécimo es para *realizar viajes de estudios*, a los 15 y a los 30 años (no hay duodécimo a los 5 años, porque dos ocuparon el quinto lugar)

La alternativa *no le alcanzaban para vivir decorosamente*, tiene frecuencias muy pequeñas, pero hay más casos a los 5 y a los 30 años.

Dejando de lado la primera, *vivir decorosamente*, que ocupa el primer lugar en los tres momentos, el ordenamiento muestra a los 5 años la necesidad de formación (*asistir a congresos, cursos, seminarios*, 3° lugar, *comprar bibliografía*, 4° lugar, *realizar viajes de estudios*, 10° lugar) mientras que a los 15 y 30 años, *asistir a congresos, cursos, seminarios* ocupa el 5°, *comprar bibliografía*, el 8° y *realizar viajes de estudios*, el 12° lugar.

En tanto que la posibilidad del disfrute, *veranear*, aparece en 2° lugar a los 30 años, en 3° a los 15 y en 5° a los 5 años.

Cuando se evalúa el período de 30 años, y para cuyo análisis se toman en cuenta sólo los que lo han completado, los hombres siguen los lineamientos del total, en tanto para las mujeres, la prueba estadística no muestra diferencias en los tres momentos considerados (Tablas 139 y 140).

Si tenemos en cuenta la influencia del género en cada uno de los puntos temporales, se observa que los porcentajes de mujeres que destinan sus ingresos a cada alternativa propuesta son menores que los de los hombres, pero mientras a los 5 años, las diferencias son significativas en la mitad (seis) alternativas, a los 15 y a los 30 años, lo son en todas, excepto en *contribuir al mantenimiento del hogar* (Tablas 141, 142 y 143).

Con respecto al año de egreso: a los 5 años de egresados, un porcentaje menor de quienes salieron de la Facultad después de 1960, pudo destinar sus ingresos a *aumentar el confort de su hogar, comprar o cambiar el auto, realizar inversiones, viajes de placer o de estudios*. En estas tres últimas están acompañados por sus colegas recibidos entre 1950-54 y 1955-59 (Tabla 144). A los 15 años, hay una sola diferencia significativa: *comprar o cambiar el auto*, inversión que sólo un porcentaje menor de quienes egresaron después de 1960 pudo hacer (tal vez esos 15 años para la generación de 1960 y más coincidió con la crisis del petróleo y la crisis económica argentina, rodrigazo, desabastecimiento, etc.). Esta ausencia de diferencias cuando las distintas camadas de profesionales visualizan un mismo momento de sus carreras podría estar hablando de una consolidación económica lograda en ese momento (Tabla 145).

A los 30 años de egresados aparecen diferencias en todas menos una de las alternativas presentadas. Como a los 5 años, quienes egresaron después de 1960 son quienes en menor proporción destinaron sus ingresos a los distintos ítems listados, acompañados tanto en la menor *realización de viajes de placer* como *de estudios* por los colegas egresados entre 1950 y 1959. Un dato interesante es el que presenta la alternativa *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional*: una gran parte de quienes egresaron antes de 1944 a los 30 años de ejercicio profesional adquirieron instrumentos, eso podría deberse a que debieron actualizar sus consultorios con la nueva aparatología que apareció alrededor de los años 70 (Tabla 146).

Con respecto a la especialidad:

* a los 5 años de egresados: los tocoginecólogos dicen en menor proporción que los demás que sus ingresos les alcanzan para *veranear*. La misma situación presentan los cirujanos respecto de *realizar viajes de placer* y quienes se agrupan en "otras", con relación a *contribuir al mantenimiento del hogar* (Tabla 147).

* a los 15 años de egresados aparecen más diferencias entre los distintos especialistas: son menos los tocoginecólogos y pediatras que dicen poder *aumentar el confort de su hogar*, los médicos generales y pediatras que pueden *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional*, los pediatras y los "otros" que *veranean*, los médicos generales, pediatras y "otros", que *compran bibliografía*, los médicos generales que *asisten a congresos, cursos, seminarios* y también menos, los "otros" que pueden *comprar o cambiar el auto* (Tabla 148).

* a los 30 años de recibidos la única diferencia entre especialidades es la que aparece respecto de *asistir a congresos, cursos, seminarios*: una menor proporción de médicos generales y de "otros" destina ingresos a ese rubro en comparación con los demás (Tabla 149).

Dejando de lado a los pediatras y a los "otros", que no presentan diferencias a lo largo de los 30 años, podemos decir que: los médicos generales, los clínicos, los cirujanos y los tocoginecólogos muestran un aumento a los 15 y un descenso a los 30 años en *darse algunos gustos, aumentar el confort de su hogar, veranear, comprar o cambiar el auto y realizar inversiones* y un aumento a lo largo del período en la *realización de viajes por placer*.

Los clínicos, cirujanos y tocoginecólogos, por su parte, tienen en común el aumento a los 15 y el descenso a los 30 años de la proporción de quienes pueden *adquirir instrumentos para el ejercicio profesional, comprar bibliografía y asistir a congresos, cursos, seminarios.*

Por otra parte, el aumento a los 15 y el descenso a los 30 años se observa entre los médicos generales respecto de *vivir decorosamente* y entre los clínicos, en la *realización de viajes de estudio*, mientras que, a lo largo del período, son más los tocoginecólogos que *veranean* y menos los cirujanos a quienes lo que ganan les *alcanza para vivir decorosamente* (Tablas 150, 151, 152, 153, 154 y 155).

7.6.3. Conformidad con los ingresos

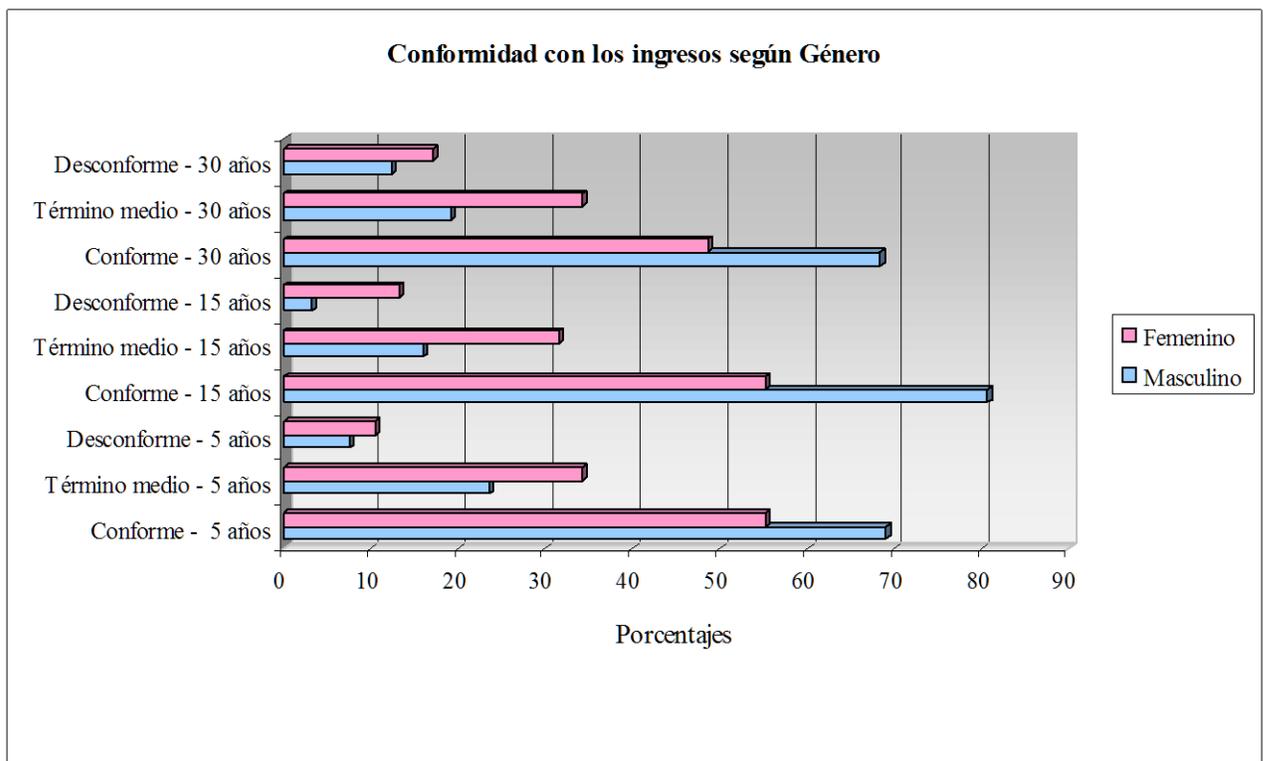
¿Cuál era el grado de conformidad con los ingresos percibidos en cada uno de los momentos estudiados?

Para el análisis, las categorías desconforme y muy desconforme se unieron ya que muy pocos casos se ubicaron en esta última categoría.

Tanto a los 5 como a los 15 y 30 años, la mayoría de los médicos se declaró muy conforme o conforme con sus ingresos, sin diferencias ni por año de egreso ni por especialidad. Sin embargo hay algunas diferencias por género a los 15 años de egresado: el 80.8% de los hombres se declara muy conforme o conforme versus el 55.3% de las mujeres. Es interesante que ni al comienzo de la carrera ni al final aparezcan diferencias y que las haya en el momento de consolidación de la carrera.

Si se toman en cuenta los tres momentos, los hombres muestran diferencias significativas: aumentan su grado de conformidad a los 15 años, aunque éste, a los 30 disminuye al nivel de los 5 años, en tanto entre las mujeres los porcentajes son similares en los tres momentos (Tablas 156 y 157).

Sólo el 12.1% de los médicos encuestados tuvo otra actividad remunerada, sin diferencias por género ni por año de egreso. Los pediatras duplican ese valor, ya que el 24.4% dice haber tenido otra actividad remunerada, especialmente docente (72.7%) (Tabla 158).



7.7. Participación profesional y social

El 87.1% fue miembro de asociaciones profesionales. La situación de género influye sobre esta participación, ya que el 88.9% de los hombres responde afirmativamente contra el 76.9% de las mujeres. Sin embargo, no tiene influencia sobre el tipo de asociación, científica o gremial, a la que están asociados (Tablas 159 y 160).

Tanto el 33.2% de los hombres como el 23.1% de las mujeres son miembros de ambos tipos de asociaciones y esta diferencia de porcentajes no es estadísticamente significativa.

Con respecto a las actividades que desarrollaron dentro de las asociaciones se observa que en las asociaciones científicas, *concurrir a las actividades ofrecidas por la institución y colaborar académicamente* son actividades realizadas por más del 50% del total de los médicos. Esto es de esperar ya que en ese tipo de asociaciones se desarrolla una gran parte de la formación profesional a través de cursos, congresos y ateneos. El 57.8% *participó de la comisión directiva* de las asociaciones gremiales, lo que habla de un alto grado de participación en la toma de decisiones referidas a la práctica profesional (Tabla 161).

En las asociaciones científicas, los hombres en mayor proporción que las mujeres *fueron a las asambleas o votaron en las elecciones, participaron de subcomisiones, comisiones directivas y/o de la fundación de la asociación*. En las asociaciones gremiales, también *concurrieron a las actividades y fueron*

miembros de las comisiones directivas más que sus colegas del género femenino (Tablas 162 y 163).

Si se tienen en cuenta ambos tipos de asociaciones, tanto hombres como mujeres *concurrieron a las actividades ofrecidas y colaboraron académicamente* más en las asociaciones científicas que en las gremiales (Tablas 164 y 165).

Los cirujanos *concurrieron a las actividades ofrecidas* por las asociaciones científicas en mayor proporción que sus colegas de las otras especialidades y los médicos generales fueron los que menos *colaboraron académicamente o participaron de las comisiones directivas* de dichas asociaciones. Respecto de las asociaciones gremiales, ellos, junto con los incluidos en la categoría "otros", son quienes en mayor proporción *solamente pagaron la cuota* (Tablas 166 y 167).

Al comparar la participación en ambos tipos de asociaciones se observa que los médicos generales *concurrieron a las asambleas y participaron de comisiones directivas* más en las asociaciones gremiales que en las sociedades científicas. Los clínicos, cirujanos, tocoginecólogos y pediatras *dieron cursos o colaboraron académicamente* más en sociedades científicas y estos tres últimos grupos también en mayor proporción *concurrieron a las actividades* brindadas por este tipo de asociaciones. Aunque los pediatras dicen "*pagar la cuota solamente*" en mayor proporción cuando se trata de asociaciones científicas (Tablas 168, 169, 170, 171 y 172).

Quienes egresaron después de 1960 son quienes en menor proporción *concurrieron a las actividades ofrecidas* por las asociaciones científicas, en tanto que quienes se recibieron entre 1955 y 1959 son quienes menos *tuvieron*

cargos en las comisiones directivas de esas sociedades. Quienes egresaron entre 1945 y 1959 son los que en mayor proporción dicen *haber concurrido a asambleas o votado en las asociaciones gremiales*, lo que coincide con una época de mayor activismo del gremialismo médico.

Las cuatro primeras generaciones (egresados hasta 1959) *concurrieron a las actividades* ofrecidas por las asociaciones científicas y *colaboraron académicamente* en ellas más que en las gremiales. Quienes egresaron entre 1950 y 1954, *fueron* en mayor proporción *a las asambleas* gremiales que a las de las asociaciones científicas. En toda esa época hubo un gran activismo por parte de las agremiaciones médicas (Tablas 173, 174, 175, 176, 177 y 178).

El 42.5% señaló que había tenido otra actividad aparte de la profesional.

De ellos, el 41.3% desarrolló actividades deportivas (más los hombres que las mujeres: 45.4% a 8.3%); un 36.7% realizó actividades de apoyo a la comunidad; un 26.6% tuvo actuación política (el 43.8% de quienes egresaron hasta 1944, el 38.5% de quienes lo hicieron entre 1950-54 y sólo uno de los egresados entre 1955-59); un 20.2% realizó algún tipo de actividad artística y sólo un 2.7% tuvo actuación gremial.

El 17.6% tuvo cargos políticos, los hombres en mayor proporción que las mujeres (19.6% vs. 5.4%). En realidad, sólo 2 mujeres tuvieron cargos políticos: una como funcionaria jerárquica de Salud Pública y otra como concejal. Entre los hombres, 30 fueron funcionarios jerárquicos de Salud Pública; 8, concejales; 6, intendentes; 2, diputados; 1, senador y 4 fueron incluidos en la categoría "otros". También dos de los médicos entrevistados

compartieron su actividad profesional con una activa participación política, uno fue Intendente y otro, Diputado.

7.8. Situación actual

El 85.4% no realiza actualmente ninguna actividad relacionada con su profesión, sin distinción de género, pero sí según especialidad: los incluidos en la categoría "otras" tienen tareas relacionadas con su profesión en mayor proporción y los médicos generales en menor proporción que los demás, y según año de egreso: quienes egresaron entre 1950 y 1954 se desempeñan en tareas relacionadas con su profesión en mayor proporción que los demás (Tablas 179 y 180).

Los incluidos en la categoría "otras" realizan mayoritariamente tareas docentes; los egresados entre 1950 y 1954 tienen además actividad gremial. Esto se relaciona con el hecho de que los egresados entre esos años son quienes concurrieron a asambleas y votaron en elecciones de las asociaciones gremiales en mayor proporción que los demás.

El 71.7% dice que sus ingresos actuales le alcanzan para vivir cómodamente, sin distinción de género, especialidad ni año de egreso.

7.9. Cambios en la práctica

7.9.1. Aspectos relacionados con los cambios en la práctica

7.9.1.1. Nivel social de los pacientes

La percepción de haber atendido a todos los sectores es mayoritaria (45.2%), siguiéndole quienes dicen que sus pacientes pertenecían a sectores medios y populares (28.3%). El resto corresponde a sectores medios (19.9%) y populares (6.5%). No hay diferencias por género, especialidad ni año de egreso.

7.9.1.2 Características de los pacientes al principio y al final de la carrera

Tanto al principio como al final de la carrera, los pacientes fueron descriptos como agradecidos, respetuosos, fieles, cooperadores, informados. Aunque es mayor la proporción de quienes los encontraron fieles, informados y respetuosos al final de su carrera profesional (Tabla 181).

Las mujeres los encuentran menos cooperadores y más críticos al principio de la carrera y menos agradecidos al final que los hombres (Tablas 182 y 183).

No hay diferencias entre los distintos especialistas y con respecto al año de egreso, quienes lo hicieron después de 1960 dicen que sus pacientes, al principio de la carrera, eran más informados. Quienes egresaron entre 1950 y 1954 percibieron a sus pacientes al final de su carrera como dependientes en mayor proporción que sus colegas de otras generaciones. Si el hecho de contar con pacientes más informados se debe al mayor nivel educativo de la sociedad en general, no encuentro explicación para la mayor dependencia que aparece en la segunda afirmación (Tablas 184 y 185).

Comparando las apreciaciones de cada grupo al principio y al final de la carrera se observa que los hombres describen a sus pacientes como más exigentes e informados al final de su carrera en tanto para las mujeres fueron más fieles al final que al principio (Tablas 186 y 187).

Los cirujanos también los encontraron más informados al final (Tabla 188). Quienes egresaron hasta 1944 encontraron diferencias en la fidelidad de sus pacientes, quienes lo hicieron entre 1945 y 1959 los hallaron más informados al final que al principio y quienes egresaron después de 1960 encontraron más pacientes respetuosos al final de sus carreras (Tablas 189, 190, 191, 192 y 193).

7.9.1.3. Relación médico-paciente: ¿fue estrictamente médica?

El 41.5% recibió frecuentemente el pedido de consejos no estrictamente médicos por parte de sus pacientes y el 51.9%, ocasionalmente. Sólo el 6.6% no enfrentó ese tipo de demandas.

No se encontraron diferencias por género o por año de egreso, pero sí por especialidad: el 64.6% de los cirujanos, el 63.0% de los pediatras y el 50% de los tocoginecólogos las recibieron ocasionalmente, en tanto que al 50% de los médicos generales y de los tocoginecólogos les pidieron consejos frecuentemente. Es interesante la función de los tocoginecólogos, ya que el 100% recibió este tipo de demanda.

7.9.1.4. Autonomía del médico

La autonomía del médico, entendida como independencia de criterio para prescribir estudios, medicamentos o tratamientos, se vio influenciada fuertemente por la consideración de alguna característica de los pacientes, por

ej. *sus posibilidades económicas* (79.8%). Mucha menor influencia tuvieron: *la ansiedad que provoca la incertidumbre acerca de la enfermedad o el estado del paciente* (38.9%), *los lineamientos de las autoridades de la/s institución/es en la/s que trabajaba* (23.8%), *los deseos de los pacientes de salir de la consulta con alguna prescripción* (17.6%, ninguna mujer) y *la necesidad de dar por concluida una consulta* (5.2%).

No hay otras diferencias por género, ni por especialidad ni por año de egreso.

7.9.1.5. Paternalismo médico

El 87.5% de los médicos señaló que cuando un paciente no cumple con el tratamiento había que *convencerlo de la necesidad del tratamiento*. Las otras opciones (*retarlo, indicarle que vea a otro médico o cambiar el tratamiento para lograr de que lo cumpla*) tuvieron frecuencias muy bajas. Y no hay diferencias por género, especialidad o año de egreso.

Cuando un paciente tiene una enfermedad grave, el 67.4% cree que *hay que decírselo a los familiares* y un 22.1%, *al paciente y los familiares*. Sólo el 3.9% cree que *hay que decírselo al paciente* y el 0.8% que *no hay que decirlo*.

Cuando un paciente se niega a recibir un tratamiento, por ej. una transfusión de sangre, el 78.7% dice que *hay que convencerlo de la necesidad del tratamiento*. Las otras alternativas (*hacérsela igual, no hacérsela, indicarle que vea a otro médico o recurrir a la justicia*) tienen frecuencias muy bajas.

Las pruebas de significación no son concluyentes porque hay muchas celdas con frecuencias muy bajas o cero. Por eso se decidió agrupar las respuestas según reflejaran una actitud más o menos paternalista y en ese caso aparecen algunas tendencias, aunque los resultados tampoco son concluyentes.

Si un paciente no cumple con el tratamiento, los cirujanos y los pediatras y quienes egresaron hasta 1944 dan un porcentaje mayor de respuestas paternalistas: *retarlo, indicarle que vea otro médico* (Tablas 194 y 195).

Si un paciente tiene una enfermedad grave, los cirujanos y quienes egresaron hasta 1954 muestran una actitud más paternalista: *decírselo a los familiares, no hay que decirlo* (Tablas 196 y 197).

Si un paciente se niega a recibir un tratamiento, por ej. una transfusión de sangre, los cirujanos, tocoginecólogos y pediatras dan un porcentaje mayor de respuestas paternalistas: *hacérsela igual, recurrir a la justicia, indicarle que vea a otro médico*.

Con respecto del año de egreso, hay una disminución de las respuestas paternalistas a lo largo de las generaciones (Tablas 198 y 199).

7.9.1.6. Aceptación de prácticas populares

Para un 67.4% las prácticas populares, tales como tirar el cuerito o tomar té medicinal, deben ser modificadas a través de la educación, un 26.7% cree que deben ser aceptadas ya que la gente las seguirá usando y sólo un 5.8% dice que deben ser integradas por el médico en su práctica. No hay diferencias por género, especialidad o año de egreso.

7.9.1.7. Aceptación de terapias alternativas

El 40.5% cree que las medicinas alternativas (homeopatía, acupuntura, fitoterapia) no son útiles para la práctica médica, un 34.2 cree que sí y un 25.3% no tiene opinión al respecto. No hay diferencias por género, especialidad o año de egreso.

7.9.1.8. Aceptación de la psicoterapia

El 9.3% cree que los tratamientos psicoterapéuticos no son útiles para la práctica médica, un 81.9 cree que sí y un 8.9% no tiene opinión al respecto. No hay diferencias por género, especialidad o año de egreso.

7.9.1.9. Modificaciones en el sistema de salud

Los médicos encuestados consideraron mayoritariamente como importante o muy importante las siguientes consecuencias de la aparición de las Obras sociales:

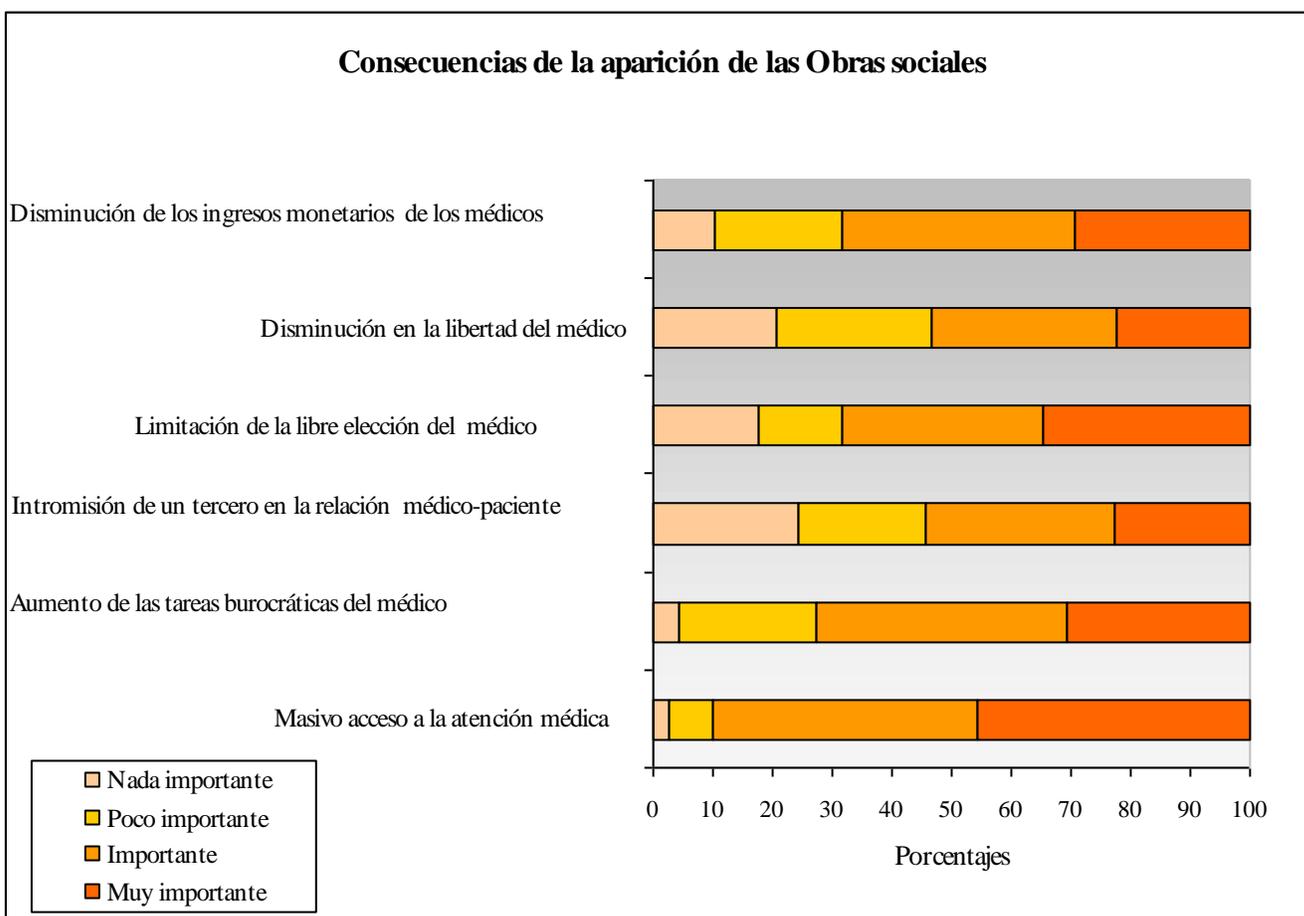
- . la posibilidad de que muchas personas tuvieran acceso a la atención médica (90.2%)
 - . un aumento de las tareas burocráticas del médico (72.4%)
 - . una disminución de los ingresos monetarios de los médicos (68.9%)
 - . un cercenamiento de la libre elección del médico por parte del paciente (67.9%)
- y tuvieron opiniones repartidas en cuanto a:
- . la intromisión de un tercero en la relación médico-paciente (54.1%)
 - . una disminución en la libertad del médico para decidir acerca de los métodos de diagnóstico a utilizar o de los tratamientos a prescribir (53.1%)

Es decir que es mayoritaria la percepción de una mayor cobertura de la población en cuanto a la atención de su salud aún a costa de la libertad en la elección del profesional, así como la del aumento de tareas burocráticas y la disminución de los ingresos de los profesionales. Sin embargo, no todos sintieron restringida su autonomía en cuanto a la forma de encarar la relación con el paciente ni a sus posibilidades de decidir en cuanto a métodos de diagnóstico y tratamiento.

Las mujeres en mayor proporción que los hombres consideraron que la intromisión de un tercero en la relación médico-paciente fue nada o poco importante (62.0% vs. 43.3%).

En cuanto al año de egreso, las dos generaciones más antiguas, egresadas hasta 1949 sintieron que el cercenamiento de la libre elección del médico por

parte del paciente fue una consecuencia importante o muy importante de la aparición de las obras sociales (82.2% y 79.6% entre quienes egresaron hasta 1944 y entre 1945 y 1949, respectivamente contra alrededor del 60% en las otras generaciones).



7.10. Avances científicos y tecnológicos

Los relatos dan cuenta de los cambios espectaculares que hicieron que los entrevistados pasaran de una medicina muchas veces impotente a otra en la que los resultados eran asombrosos, especialmente con la introducción de los antibióticos

...decía cómo ha evolucionado la medicina..., cuando yo me recibí vivía en Liniers. Al lado de casa había un señor mayor, gordo, que tuvo una neumonía. Lo trataba un médico que estaba en la facultad. Como yo vivía al lado me llamaron de urgencia. Con una neumonía el hombre se murió. Si ese hombre hubiese tenido la ocurrencia de enfermarse unos meses después, salió la sulfamida, se hubiese salvado. Uno a veces piensa en cómo se moría la gente, cómo se trataba, con ventosas, cataplasmas de Deodermina que eran revulsivas, vacuna antineumo que no servía para nada y uno ahora se da cuenta que no servía para nada. Sin antibióticos y sin sulfamidas, que fue un gran avance, la medicina era muy distinta. Enfrente de ahí, de Liniers, cuando me recibí hacía medicina de barrio, el padre de un teniente primero o mayor, no sé qué grado tenía, se enfermó de tuberculosis, tuvo una neumonía caseosa, cosa que se veía muy rara vez, y que ahora no se verá nunca, se murió. No había otra cosa que darle agar agar y belladona para que no transpirara mucho y nada más. Uno se sentía un poco desgraciado... (Dr. Antonio, 1912).

...cuando se descubrió la penicilina era tal el entusiasmo que teníamos nosotros que yo me levantaba cada seis horas, iba a domicilio para poner la inyección de penicilina porque no había quien la pusiera, no había enfermera, era tan brillante el resultado que realmente uno se quedaba..., para ver el resultado uno cumplía con el rigor de ir cada seis horas a una casa de día y de noche para poner la inyección... (Dr. Santiago, 1910).

..... así que yo viví mucho la medicina de antes de los antibióticos y la de después de los antibióticos. La de antes la viví cuando era chica (se refiere a lo que vio en la casa de su padre que era médico). Y la lucha, lo que era. Por ejemplo, cómo se moría un chico de difteria. O de peritonitis. Y después lo que fue la penicilina. La sulfa fue la primera que salió, y cambió totalmente la medicina, fue un cambio brutal. Fue completamente diferente. (Dra. Nelly, 1928).

Antes de las sulfamidas los enfermos tenían que consultar por lo menos una vez por semana. En ese tiempo una venérea duraba 3 meses, 4, un año, según en qué estado lo agarraba uno. Porque desgraciadamente la gente no venía de primera intención, venía a veces mal tratada, y a veces con complicaciones que llevaban mucho tiempo. En general no eran solamente blenorragias, las blenorragias se trataban con lavajes. Pero venían sífilis, venían chancros blandos,

enfermedad de Ducrei, venían por adenitis, era variado, pero sobre todo sífilis y blenorragias. La blenorragia no deprimía tanto, pero sí cuando pasaban los meses... los tipos venían arrastrando los pies. Los de sífilis sí, venían con mucha aprensión porque había unas propagandas grandes contra la sífilis..., antes venían problemas tremendos... (Dr. Antonio, 1912).

Aunque hay quien reconoce que los cambios producidos tienen también que ver con el progreso en otras áreas

Claro, la medicina, exactamente, cambió... porque por ejemplo yo viví la época de la tuberculosis, de la difteria, de las enfermedades eruptivas, que posteriormente desaparecieron. Ahí hubo un gran cambio, aparecieron nuevas enfermedades que había que estudiar, nuevos diagnósticos. Allá era prácticamente como ejercer la medicina en el norte argentino, porque era gente que se trasladaba del norte para vivir en el Gran Buenos Aires y traían todas sus enfermedades. Chagas, paludismo, brucelosis. Comían carne medio cruda y se enfermaban de brucelosis. Hidatidosis había mucha, a veces abría un abdomen y eran quistes hidatídicos... había también rabia, tétanos. Porque había las enterocolitis, cólera prácticamente, porque era fiebre, colitis y muerte, porque no había agua corriente, había agua contaminada. Se

luchó mucho para que pongan agua corriente y cloacas en Berazategui. Hoy con agua corriente y cloacas ha desaparecido el cólera y la ingestión de aguas contaminadas. (Dr. David, 1927).

También hay referencias al cambio en las prácticas quirúrgicas

Mientras estaba en el Rivadavia, había un neurocirujano que cada vez que iba a operar le pedía un médico a mi jefe. Él me decía 'vaya usted que es más joven', yo la ligaba con un fastidio, eso me representaba salir del hospital a las cinco de la tarde, porque él primero, jiiiiii, hacía el agujerito, después con el alambre para cortar el hueso, toda la mañana, cortaba, plack, sacaba y quedaba ahí, una compresa con suero y nos íbamos a almorzar. Porque aunque no almorzáramos, éste necesitaba un tiempo para relajar los músculos que le quedaban tensos..., después a la tarde venía recién a operar. Muy prolijo. Le ponía ahí el cerebro (un dibujo en el pizarrón), en colores, el cáncer, dónde lo iba a sacar, perfecto, las radiografías, los análisis, todo. El 90% salía con los pies para adelante!. Yo ahora, hace diez años, todos los sábados me voy al noveno piso del Hospital Escuela, servicio de Neurocirugía, la gente que más sufre, los cáncer de cerebro. El tipo se pasa el día pensando en su cáncer y mirando el techo, yo voy, les llevo revistas viejas, a la gente del interior

los vinculo con la casa de la provincia, mandan trabajadoras sociales, y demás. Estos son los que visité el sábado, seis. El sábado que viene voy a ver cómo andan. Hace diez años que hago eso. No estoy vinculado al Hospital ni a la cátedra. Voy para no alejarme tanto de la medicina. Y veo cómo ha progresado eso, ahora el 90% entra en camilla y sale caminando. (Dr. Julio, 1910).

Un lugar especial entre los recuerdos está reservado para los cambios en la atención del parto, haciendo hincapié en que los cambios no se dan sólo como respuesta a las necesidades de los pacientes sino también de los médicos, y para las famosas operaciones de amígdalas, lo que les permite reflexionar acerca de las "modas" y "errores" en la Medicina

...yo habré hecho unos 2500 partos, 30 o 40 años a cuatro o cinco partos por mes, después ya los partos se empezaron a internar, pero por ahí lo teníamos que atender en el campo, nos llamábamos los médicos de los pueblos vecinos unos a otros, y hemos tenido que atender muchas veces, y esto es una anécdota, partos en la cocina, con un farol sol de noche y hacer un fórceps en la mesa de la cocina, que alguien tuviera la luz por allá, hervir el fórceps en una palangana o en una olla, y había mucho fórceps en aquel tiempo, no había la cesárea todavía... (Dr. Santiago, 1910).

Y atendí unos cuantos partos a domicilio, porque todavía se usaba eso. En este momento pienso, 'qué inconsciente'. Pero es que iban al hospital las pobres, pobres. Y al sanatorio las ricas, ricas. Y cuando uno empieza, generalmente ricos, ricos no tiene. Entonces me tocó atender unos cuantos partos en el domicilio, yo también tuve a mis chicos en casa, y afortunadamente sin problemas. Me arreglaba bastante bien en general. Claro, la gente quizás me ayudara un poco, enchastrábamos bastante, pero... yo solita atendía el parto, entonces sí que no había partera, tenía que auscultar al feto cuando iba saliendo y después cuando salía agarrarlo, cortarle el cordón, bañarlo y hacer todo yo. Pero en general no me tocaron primeros partos, que son los más difíciles y más largos. Me tocaron siempre partos de multíparas, que entonces son partos más cortos, de dos horas o así. El parto institucional se impuso porque uno está más cubierto en el caso de una emergencia. Porque si uno en el parto a domicilio tiene cualquier complicación, tiene que cargar a la enferma y llevarla al sanatorio obligadamente y con mucha más urgencia. Pero me parece que es más por seguridad de la paciente y de uno mismo, porque ante cualquier intervención que uno tenga que hacer, en el sanatorio en diez minutos ya arma el equipo. Y después ya ahora se hacen más cesáreas que partos normales. Pero me parece que es más por la parte legal, que tienen miedo, yo creo, a que le suceda alguna cosa

al chico, que tengan algún inconveniente legal los médicos... (Dra. Leonor, 1917).

... en aquellos tiempos se operaba a todos los chicos, de amígdalas, a mis dos chicas las operamos, a los tirones, a la fuerza, no había buena anestesia, ni nada, los envolvían en una sábana, el tipo les metía dos o tres jeringazos de Novocaína y le metía el Smugger, que es un aparato que se mete en la amígdala, engancha la amígdala atrás y adelante, se corta y se saca, era un arranque, un desastre, los teníamos que alejar a los chicos, porque gritaban en la sala de operaciones y se sentía en todo el sanatorio; los hacíamos venir a distintas horas, inclusive, para que no se escucharan los gritos, si no se tenía que parar, era una masacre, y se operaban todos los chicos; había el concepto del foco séptico, es decir una muela careada había que sacarla, las amígdalas creaban todas las infecciones, en realidad creaban inmunidad, esos son los errores de la medicina... (Dr. Santiago, 1910).

Ahí empecé a operar amígdalas, en chicos, que era una operación de lo más cruenta. Yo a veces pienso, 'ahora no lo haría'. Sin anestesia, entraban los pibes sonrientes, los amarraba con una sábana y cuando abrían la boca les arrancaba las amígdalas con el aparato ese... Después decayó. Son las modas que tiene la medicina. La medicina es

una cosa tan de moda que había un médico acá en el barrio, un médico de familia, que decía 'me voy a retirar porque ya no puedo aprender los nombres nuevos de las cosas viejas'. Tenía mucha razón, porque en medicina también hay modas, y a veces no se justifican porque tienen un interés... pecuniario.
(Dr. Antonio, 1912).

Para los médicos encuestados una gran cantidad de avances o cambios tecnológicos tuvieron impacto en su práctica profesional.

Dentro del rubro **medicamentos** el primer lugar lo ocupan los *antibióticos* (91.6%), siguiéndoles los *corticoides* (66.1%), las *inmunizaciones* (54.6%), los *analgésicos* (43.4%), los *hipotensores* y las *soluciones hidroelectrolíticas* (35.9%) y los *sedantes* (34.3%).

En los **métodos de diagnóstico** el impacto mayor es adjudicado al *diagnóstico por imágenes -Eco, TAC, Res.MN-* (87.9%), siguiéndole el *análisis bacteriológico* (64.9%), las *biopsias* (64.5%) y los *estudios metabólicos* (33.1%).

Con respecto a los **métodos de tratamiento**, la *terapia intensiva* fue considerada como el avance de mayor importancia (65.3%), seguida por la *quimioterapia* (60.3%), la *rehabilitación* (49.0%), el *tratamiento del recién nacido* (43.1%), las *terapias radiantes* (38.1%) y las *terapias respiratorias* (35.6%).

Dentro de las **técnicas quirúrgicas**, el primer lugar es ocupado por los *adelantos en anestesiología* (68.4%) y a continuación por las *técnicas endoscópicas* (59.4%), la *cirugía cardiovascular* (58.5%), la *laparoscopia*

(49.1%), la *cirugía del recién nacido* (43.2%), los *transplantes* (41.0%), la *microcirugía* (39.3%) y la *neurocirugía* (34.6%).

Los *avances en bioética* tuvieron influencia sobre la práctica del 51.1% de los encuestados y la *inclusión de la psicoterapia* sobre el 50.5%, mientras que la *institucionalización del parto* fue importante para el 40.9% (Tabla 200).

Tanto el género como la especialidad y el año de egreso están asociados con algunas de las respuestas dadas.

Así, una proporción mayor de hombres que de mujeres refiere la importancia de los *antibióticos*, *corticoides* e *hipotensores*, del *diagnóstico por imágenes*, la *terapia intensiva*, los *adelantos en anestesiología* y las *técnicas endoscópicas*. Las mujeres, en cambio, señalan en mayor proporción que los hombres, la influencia de las *inmunizaciones*, los *estudios metabólicos* y las *terapias respiratorias* (Tabla 201).

Las diferencias entre los distintos especialistas son muy marcadas y es necesario tomar cada uno de los avances por separado.

Así, con respecto a los *analgésicos* son los cirujanos quienes reconocen en mayor proporción la influencia sobre su práctica.

Los cirujanos, los médicos generales, los clínicos y los pediatras señalan la influencia de los *antibióticos* en mayor proporción que los otros profesionales.

Los *corticoides* son señalados por los clínicos y los cirujanos; los *hipotensores* por los tocoginecólogos, los médicos generales y los clínicos, en ese orden; las *inmunizaciones*, como es lógico, fueron importantes para los pediatras al igual que las *soluciones hidroelectrolíticas* y el *tratamiento* y la *cirugía del recién nacido* así como el *análisis bacteriológico*.

Las *biopsias* y los *adelantos en anestesiología* fueron importantes en la práctica de los cirujanos y los tocoginecólogos, quienes también señalan la *institucionalización del parto*. Los "otros", junto con los médicos generales señalan la importancia de la *quimioterapia*; junto con los cirujanos, la de la *terapia intensiva* y en mayor proporción que los otros especialistas, la de las *terapias radiantes* y la *laparoscopia* (cuatro de las respuestas afirmativas provienen de radioterapeutas) (Tabla 202).

Con respecto a las distintas generaciones de profesionales se observa que el 100% de quienes egresaron hasta 1949 reconoce la importancia de los *antibióticos* en su práctica y las tres cuartas partes, la del *análisis bacteriológico*.

El 85.7% de los que egresaron hasta 1944 reconoce el impacto de la *quimioterapia* sobre su práctica profesional y entre quienes lo hicieron entre 1945 y 1949, el 87.3% señala la importancia de los *corticoides*, el 61.1% de las *terapias radiantes* y el 57.7% de la *microcirugía*.

Las *biopsias*, los *adelantos en anestesiología* y la *neurocirugía* muestran una importancia decreciente a medida que el año de egreso se acerca a nuestros días: el impacto es mayor cuando se produce la introducción de un adelanto. Si bien los *antibióticos* son señalados como importantes por más de las tres cuartas partes dentro de cada generación, su aparición al final de la Segunda Guerra, impacta tan fuertemente en las dos primeras -hasta 1944 y 1945-1949- que el 100% de ellas reconoce su impacto (Tabla 203).

7.11. Satisfacciones e insatisfacciones profesionales

El ejercicio de la profesión les ha brindado muchas satisfacciones en términos de la posibilidad de realización personal, de curar, de relacionarse con los demás, pero, en general, esto va acompañado, en el relato, de la mayor de las insatisfacciones posibles: la muerte de un paciente

Yo quiero a mi profesión, no la hice para ganarme la vida únicamente. Lo hice porque es una sensación muy especial la que tiene uno cuando acierta a poder curar a un enfermo, cuando se da cuenta de que gracias al esfuerzo que uno ha hecho ha conseguido algo. Claro que de vez en cuando, a pesar de todos los esfuerzos que uno hace, se mueren personas queridas, ingratitudes también, gente que le reprocha algo a uno que no ha hecho, ni ha tenido participación. Pero son pocos. (Dr. Arturo, 1908).

Yo prácticamente lo que tengo grabado como más desagradable de mi carrera fue los chicos que se me murieron de difteria. (Dr. Julio, 1910).

Es muy lindo traer chicos al mundo. Y por otra parte no tenemos en general cosas graves, graves, quizás a lo mejor haya sido eso lo que me decidió, porque la mortalidad materna en ese tiempo era del 2 por mil, entonces mil partos no se hacen tan fácil. Tratando de cuidar todos los inconvenientes, afortunadamente se me murieron muy pocas

pacientes en el Hospital. Yo pienso que seguramente he tenido muchas más satisfacciones que otros médicos, porque a otros que atienden chicos y grandes seguramente han tenido más fallecimientos que yo. Porque cosas graves hay en toda la medicina. Pero gracias a Dios ya le digo, a lo mejor por eso mismo elegí esa especialidad. La pediatría no me gustaba porque yo ya tenía chicos, y veía los chicos que tenían alguna cosa grave, que se morían, cosa que no justifico tampoco ahora. (Dra. Leonor, 1917).

Yo he tenido muchas satisfacciones, gracias a Dios... en todo sentido, familiar, profesional. Me ha ido muy bien en la profesión y tuve una buena vida. Y el disgusto era ése (se refiere a los casos que había relatado acerca de casos graves que le tocó atender), yo me acuerdo que pasé mucho tiempo de mi vida angustiado porque estaba pensando '¿me llamará algún paciente?', '¿se morirá?', al final no se moría, no pasaba nada, pero la angustia la tenía, era desagradable. Viví muchos años de angustia. A pesar de eso la volvería a elegir (Dr. David, 1927).

En el balance entre satisfacciones e insatisfacciones queda claro para todos que las primeras han tenido más peso que las segundas y que al final, en una mirada retrospectiva pueden decir...

No la erré (en la elección) porque fue una carrera extraordinaria, interesante, la medicina es algo apasionante, no tiene forma de aburrirse, a pesar de que es muy estresante, en el sentido que le exige a uno muchas cosas, pero uno trata con mucha gente, con muchas mentalidades, a mí me gustaba mucho conversar con los enfermos porque todos son diferentes y todos tienen problemas... (Dr. Antonio, 1912).

7.11.1. Satisfacciones profesionales al principio y al final de la carrera

Actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina es la satisfacción señalada por alrededor del 80% de los médicos encuestados.

Le siguen dos que tienen que ver con su desempeño como profesionales: *acertar con el diagnóstico y el tratamiento y estudiar seria y profundamente al paciente.*

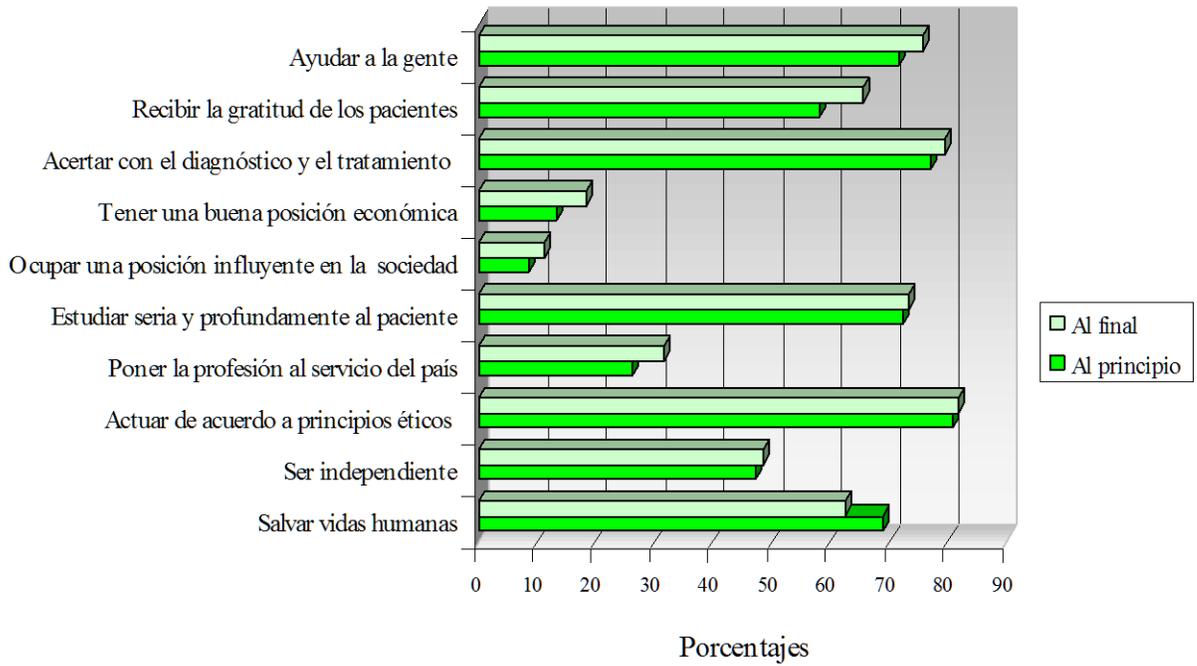
Un tercer grupo tiene que ver con su misión social y con la retribución espiritual que eso genera: *ayudar a la gente, salvar vidas humanas y recibir la gratitud de los pacientes.*

Le siguen dos que también caracterizan el ejercicio de la profesión: *ser independiente y poner la profesión al servicio de las necesidades del país.*

Últimas aparecen *tener una buena posición económica y ocupar una posición influyente en la sociedad.*

Si bien esto se da en términos generales, hay algunas diferencias entre el principio y el final de la carrera; así, el *salvar vidas humanas* está más presente al principio de la carrera, en tanto que *ayudar a la gente* y *recibir la gratitud de los pacientes* son satisfacciones que corresponden más al final, lo mismo que *poner la profesión al servicio de las necesidades del país* y *tener una buena posición económica* (Tabla 204).

Satisfacciones profesionales



Los hombres recibieron satisfacción en mayor proporción que las mujeres por *ser independientes y actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina* al principio de la carrera, a las que hay que agregar al final, *tener una buena posición económica*.

Al comparar lo sucedido al principio y al final de la carrera se observó que los hombres repetían el esquema del total de los encuestados, en tanto entre las mujeres no hubo ninguna diferencia significativa entre las satisfacciones obtenidas en los dos momentos.

Los médicos generales (69.6%), los clínicos (53.7%), los cirujanos (70.1%), los tocoginecólogos (63.6%) y los pediatras (65.9%) señalaron que *salvar vidas humanas* constituyó una satisfacción al final de su carrera contra el 26.7% de los que están agrupados en la categoría "otros".

Sólo entre los pediatras *recibir la gratitud de los pacientes* tuvo más adhesiones al final que al principio de la carrera.

Con respecto a la influencia del año de egreso sobre las satisfacciones obtenidas, se observa que, al principio de la carrera:

- . a medida que se avanza en las generaciones, disminuye el porcentaje de quienes dicen que recibieron satisfacción por el hecho de *ser independientes*.
- . los egresados de las dos primeras generaciones señalan en mayor proporción que los demás *recibir la gratitud de los pacientes*.
- . los egresados antes de 1944 y entre 1950 y 1954 dicen, en mayor proporción que los demás que obtuvieron satisfacción al *actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina* (Tabla 205).

Al final de la carrera, estos tres ítems mantienen la misma tendencia y se agrega que:

- . quienes egresaron antes de 1944 responden *salvar vidas humanas* en mayor proporción que los demás.

. los egresados antes de 1944 y entre 1945 y 1949 reconocen en mayor proporción que los demás que *tener una buena posición económica* les brindó satisfacción.

. los egresados antes de 1944 y entre 1950 y 1954 dicen, en mayor proporción que los demás que obtuvieron satisfacción al *poner la profesión al servicio de las necesidades del país y estudiar seria y profundamente al paciente* (Tabla 206).

7.11.2. Insatisfacciones profesionales al principio y al final de la carrera

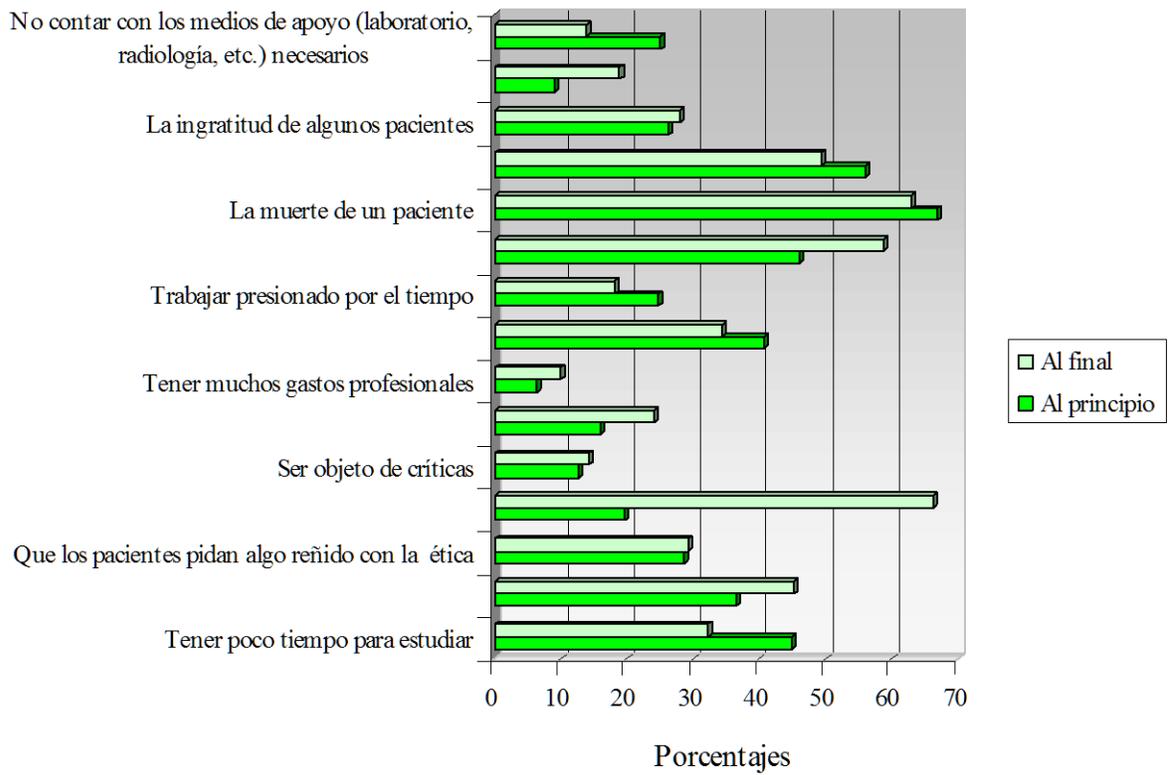
En contraste con las satisfacciones obtenidas, las diferencias entre el principio y el final de la carrera son muy importantes y el ordenamiento resultante en cada caso es muy interesante.

Así, al principio *la muerte de un paciente y la incertidumbre sobre la evolución de un paciente* ocupan los dos primeros lugares, siguiéndoles *la deshonestidad de algunos colegas, tener poco tiempo para estudiar, no acertar con el diagnóstico y el tratamiento y no percibir una remuneración acorde con sus responsabilidades*.

Más atrás aparecen las insatisfacciones relacionadas con actitudes de los pacientes: *que los pacientes pidan algo reñido con la ética y la ingratitud de algunos pacientes*, con problemas relacionados con el desempeño de la práctica cotidiana: *no contar con los medios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.) necesarios y trabajar presionado por el tiempo*, con características de la profesión: *sentir que los médicos no tienen el prestigio*

que tenían y no ser tan independiente como hubiera deseado. Y por último, ser objeto de críticas, dedicar mucho tiempo a tareas administrativas y tener muchos gastos profesionales (Tabla 207).

Insatisfacciones profesionales



Al final de la carrera, *sentir que los médicos no tienen el prestigio que tenían* ocupa el primer lugar seguido de *la muerte de un paciente* (no hay diferencias significativas entre los porcentajes de profesionales que adhieren a este ítem al principio y al final de la carrera), seguidos por *la deshonestidad de algunos colegas, la incertidumbre sobre la evolución de un paciente y no percibir una remuneración acorde con sus responsabilidades. No acertar con el diagnóstico y el tratamiento y tener poco tiempo para estudiar* les preocupan menos que al principio, pero las insatisfacciones relacionadas con los pacientes: *que los pacientes pidan algo reñido con la ética y la ingratitud de algunos pacientes* ocupan posiciones similares y no hay diferencias significativas con lo expresado para el principio de la carrera.

Si bien *no ser tan independiente como hubiera deseado y dedicar mucho tiempo a tareas administrativas* son aspectos señalados con mayor frecuencia al final, *trabajar presionado por el tiempo* constituyó una insatisfacción para un número menor de profesionales en ese momento. *Ser objeto de críticas* afligía a la misma proporción al principio y al final, *no contar con los medios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.) necesarios* era más frecuente al principio en tanto que *tener muchos gastos profesionales*, si bien ocupa el último lugar de la lista fue más frecuente al final.

Muy pocos ítems muestran diferencias por las variables independientes consideradas y éstas aparecen sólo al final de la carrera: *no contar con los medios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.) necesarios* preocupaba más a las mujeres que a los hombres, *la muerte de un paciente* más a los cirujanos

que a los demás especialistas y *dedicar mucho tiempo a tareas administrativas* menos a quienes egresaron antes de 1944 que a sus colegas más jóvenes.

7.11.3. ¿Volvería a elegir Medicina?

Una abrumadora mayoría del 81.9% dijo que volvería a elegir esta carrera, sin diferencias por género, especialidad ni año de egreso.

Las razones esgrimidas fueron *vocación* (24.9%), características de la carrera - *liberal, humanística, de utilidad social, fascinante, permite el contacto con el paciente, prestigiosa* (24.0%), la misión cumplida - *salvar vidas, ayudar a los demás, fui útil, cumplí una misión trascendente-* (14.6%), las satisfacciones recibidas - *di y recibí amor, recibí agradecimiento, reconocimiento, satisfacciones por salvar vidas* - (13.7%), el hecho de haber disfrutado su desempeño - *fui feliz, disfruté de la actividad, le dediqué mi vida* - (10.7%) y haber podido *cumplir con sus expectativas* (6.4%). Un 5.6% dijo que volvería a elegir Medicina pero en otra especialidad.

El 18.1% de los médicos encuestados dijo que no volvería a elegir Medicina y sus razones apuntaron a los problemas económicos de la profesión - *ya no es una profesión liberal, pérdida de independencia, explotación del médico, mala remuneración, comercialización* - (40.3%), a los problemas éticos, de formación y en la relación médico-paciente - *falta de ética, desprestigio, formación actual inadecuada, ingratitud de los pacientes* - (27.4%), a las características de la práctica - *absorbente, estressante, sacrificada, no me dio satisfacciones* - (21.0%), o a la falta de vocación - *no tenía vocación, elegiría otra carrera* - (11.3%).

El género influye en las razones dadas por quienes no elegirían nuevamente la carrera: el 53.8% de las respuestas de las mujeres y sólo el 12.2% de las de los hombres hacía referencia a las características de la práctica, en tanto el 49.0% de las respuestas de los hombres y sólo el 7.7% de las de las mujeres se referían a los problemas económicos de la profesión (Tabla 208).

Dado que ésta fue la única pregunta abierta del cuestionario es interesante rescatar algunas de las respuestas, en las que aparecen entramadas las categorías presentadas en los párrafos anteriores.

Así, entre quienes dijeron que volverían a elegir la carrera, la vocación *"Porque fue y es mi vocación"* (M, 1930), *"Siempre quise ser médico y no puedo pensar en mí ni pensar en otra profesión posible"* (M, 1923) está muchas veces unida a las satisfacciones recibidas *"Porque 'soy médico', me siento médico y he tenido muchas satisfacciones en mi carrera"* (M, 1924), derivadas de la misión cumplida *"Lo único que podría estudiar es medicina. Uno se siente de mucho valor cuando un semejante necesita de la ayuda del médico"* (M, 1932), de las características de la profesión *"Por vocación. Es una profesión apasionante, humanista, que demanda responsabilidad y ética"* (M, 1926) o del hecho de haber disfrutado su desempeño *"Es la actividad que elegí y en la que me sentí cómodo y capaz"* (M, 1910).

La referencia a las características de la profesión *"Carrera liberal, humanitaria, de utilidad social y prestigiosa"* (M, 1932) va muchas veces junto con las satisfacciones recibidas por su ejercicio *"Porque es una profesión sacrificada pero hermosa. Se sufre cuando el enfermo sufre y se*

goza cuando se reflota una vida en una urgencia" (M, 1918), "Es una profesión noble. Si se actúa correctamente recibirás mucho agradecimiento. Salvar una vida es un premio mayor" (M, 1926) y con la felicidad que se experimenta "Porque es una profesión fascinante y da muchas satisfacciones si se le dedica las 24 horas del día y si se es feliz trabajando, dedicándole tiempo a cada paciente y ser honesto, no hacer nada por dinero, que después viene solo" (F, 1918).

Como balance de una vida algunos pudieron decir *"Fui feliz" (M, 1923), "He gozado de mi profesión del comienzo al fin" (F, 1928), "Haría exactamente lo mismo. Cumplí mi misión en la vida" (M, 1935), "Colmó mis expectativas y en el balance son mayores las satisfacciones experimentadas, aunque no se hayan correspondido con logros económicos" (M, 1931), "Creo que a lo largo de mi ejercicio profesional estuve siempre reconocido como un médico honesto, capaz, responsable y querido" (M, 1929) y otros se permitieron ser irónicos "Porque con la experiencia recogida podría llegar a ser un buen médico" (M, 1926).*

El sentimiento de muchos se ve reflejado en este testimonio: *"Sí, adoro la profesión que elegí, creo que he hecho mucho bien a mucha gente, que actualmente aún me besa y me dan cariño, recordándome lo que ellos dicen que he hecho por ellos y no dejan de demostrarlo en cualquier momento (F, 1914).*

Quienes no la volverían a elegir describen la situación de la profesión con un discurso que tiene en cuenta los múltiples problemas que la aquejan:

"Las condiciones actuales socioeconómicas y el gran avance científico y técnico actuales han deshumanizado la carrera y el ejercicio de la misma, interfiriendo en muchos casos en la buena relación médico-paciente. Hago la advertencia que realicé mi profesión con gran vocación de servicio, tratando en todo tiempo la colaboración no sólo profesional sino también en los múltiples problemas de tipo social que nos toca enfrentar en el ejercicio profesional. Pienso que la ambición del dinero ha materializado a muchos colegas, haciendo del ejercicio profesional una actividad desgraciadamente reñida con los verdaderos fines de la misma (éticos y morales)" (F, 1920).

"Porque el futuro del médico será ser un empleado mal remunerado de la llamada medicina prepaga, manejada por capitales internacionales, que le quitarán al médico su dignidad como hombre y como profesional. Esto ya comenzó y no parece haber reacción a este camino de servidumbre. Habrá unas pocas excepciones: los que se destaquen mucho como 'excelentes profesionales' (me refiero a aquellos que sobresalgan porque han tenido oportunidad de asistir a servicios especializados al lado de verdaderos maestros, pero la mayoría no tiene esa oportunidad) o a 'los faltos de ética profesional' (que harían cualquier cosa y se dejarán atrapar por la corrupción 'enseñoreada' en el país). La mayoría, me temo, serán simples y explotados sirvientes con título universitario. ¡Ojalá me equivoque!" (M, 1918).

"Porque el libre ejercicio de la profesión de médico en la actualidad difiere del que se efectuaba décadas atrás. Personalmente opino que las obras

sociales, Federaciones y Confederaciones médicas, las mega-empresas de salud y los establecimientos de medicina prepaga son los que aportan casi en su totalidad el caudal de pacientes a los consultorios, no existiendo prácticamente el paciente 'privado' de todo nivel socioeconómico. Dichas instituciones regulan los honorarios y algunas de ellas tienen su propio vademecum de especialidades médicas, limitando la libertad de prescripción. Otro aspecto a considerar es el escaso presupuesto para la investigación científica que, con la rápida evolución de la ciencia médica, descoloca a los médicos frente a sus colegas de otros países que prestan mayor atención a la problemática. De allí la fuga de cerebros. Por último creo en la necesidad de planes de salud de corto, mediano y largo plazo ante el avance de patologías recurrentes” (M, 1922).

Algunos lo expresan con un dejo de nostalgia "El esfuerzo no es reconocido. La compensación es magra. Se ha perdido la excelencia. Hay una subversión de valores. Nos han quitado ese pequeño pensamiento mágico de infalibilidad, sin el cual no se puede ejercer la medicina. Han reemplazado las florerías por estudios jurídicos frente a los hospitales (M, 1936).

Otros, especialmente las mujeres, hacen hincapié en el costo personal que representó el ejercicio de la profesión: "Fue mucho sacrificio el ser médica y además madre y ama de casa. Sacrificio que no fue recompensado económicamente pero sí moralmente. Tengo tres hijos universitarios, ninguno médico porque vieron el sacrificio que tuve que hacer para ejercer la profesión y ellos creyeron que no tendrían semejante valor. Este sacrificio nunca fue reconocido por autoridades hospitalarias ni autoridades médicas"

(F, 1932), *"Me resultó muy estresante y torturante si no podía resolver los casos que se me presentaban"* (F, 1922).

Hubo quienes admitieron haber equivocado el camino *"En el transcurso de la vida he tomado contacto con muchas otras disciplinas que pudieron ser tanto más satisfactorias que la Medicina"* (M, 1927).

Un testimonio puede resumir todas las razones esgrimidas *"Cambió la medicina, cambió el país y cambié yo"* (M, 1912).

Referencias del Capítulo VII Resultados

¹ Un caso (n° 166) tiene el abuelo, el padre y el hijo médicos.

² Bajo esta denominación se incluyen todas las especialidades clínicas (Tabla 53).

³ Bajo esta denominación se incluyen todas las especialidades quirúrgicas (Tabla 53)

CAPÍTULO VIII

TIPOLOGÍA DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS

A partir del análisis de los datos recabados sobre 265 médicos retirados de la Provincia de Buenos Aires se identificaron distintos perfiles de profesionales de acuerdo a los tipos de práctica realizadas en tres momentos de su carrera: a los 5, 15 y 30 años de actividad profesional. Con este fin, se utilizaron el método de Análisis de Correspondencias Múltiples que permite obtener una representación gráfica de la relación de las modalidades de las variables consideradas, y el Análisis de Agrupamiento (*Cluster Analysis*) mediante el cual se obtienen las tipologías de los sujetos, caracterizadas por las modalidades de las variables.

La descripción provista por los métodos multivariados forma un entramado que refleja más integradamente lo que se intuye en la lectura de los cuadros del análisis bivariado y se logra encarnar más acabadamente cada uno de los tipos empíricamente determinados.

8.1. Los grupos resultantes

El empleo del Análisis de Correspondencias Múltiple y el Análisis de *Clusters* permitió determinar, la existencia de 6 agrupamientos de personas. Los grupos obtenidos pueden caracterizarse mediante la utilización de las variables que se utilizaron en la conformación del agrupamiento y de las variables suplementarias descriptas precedentemente. En las tablas 209 a 214 se indican las modalidades más características de cada una de las agrupaciones encontradas. Se entiende por modalidad característica a

aquella que se encuentra en el grupo con un porcentaje muy superior al que se encuentra en el total de los casos estudiados.

Los grupos empíricamente hallados son:

Grupo 1: Generalista lineal (55 personas, 20.75% del total)

Casi en su totalidad se desempeñaron como médicos generales en su consultorio, durante toda su carrera, aunque un tercio combinó esa práctica con alguna especialidad. Más de la mitad se desempeñó en hospitales públicos a tiempo parcial. Este tipo de práctica podría describirse como lineal.

Grupo 2: Generalista diversificado (46 personas, 17.36% del total)

Muestran una carrera más diversificada que los del grupo anterior, con desempeño en distintos ámbitos: si bien en su mayoría fueron médicos generales en su consultorio, dos tercios tuvieron una práctica especializada durante toda la carrera.

Casi todos se desempeñaron en hospitales a tiempo parcial, más de la mitad lo hizo en clínicas o sanatorios privados y en la Administración Pública, la mayoría atendió pacientes de la Seguridad social en su consultorio y alrededor de un tercio se desempeñó como médico laboral y en dispensarios y centros de salud.

Grupo 3: Docente (19 personas, 7.17% del total)

Son en su mayoría médicos que se han desempeñado como generalistas en su consultorio, aunque muchos compartieron esa práctica con el ejercicio de alguna especialidad.

Una gran mayoría se desempeñó en hospitales a tiempo parcial y atendió pacientes de la Seguridad social en su consultorio y la mitad trabajó en la Administración Pública. Pero lo que los caracteriza es que todos se desempeñaron como docentes en escuelas secundarias y que, un porcentaje no muy alto, pero mucho mayor que en los otros grupos, lo hizo en escuelas terciarias.

Grupo 4: Médico de Hospital a tiempo completo (15 personas, 5.66% del total)

La característica más saliente es que todos se han desempeñado en hospitales públicos a tiempo completo. Sin embargo, otras prácticas ayudan a dar una idea más completa del grupo. La mayoría se desempeñó como médico especialista en su consultorio, aunque algunos fueron también generalistas.

Más de la mitad se desempeñó en clínicas o sanatorios privados y atendió pacientes de la Seguridad social en su consultorio. Casi la mitad trabajó en la Administración Pública y un tercio se desempeñó como médico laboral.

Grupo 5: Especialista lineal (97 personas, 36.60% del total)

Todos los que conforman este grupo han desarrollado una práctica liberal como especialista en su consultorio. Sólo un quinto declaró también una práctica como médico general, especialmente a los 5 años.

Casi todos ejercieron en hospitales públicos a tiempo parcial y alrededor de un tercio lo hizo en clínicas y sanatorios privados, en la Administración Pública o fue docente universitario.

Grupo 6: Especialista diversificado (33 personas, 12.45% del total)

Este grupo aparece como más diversificado que el anterior: la gran mayoría era médico especialista, aunque casi la mitad también se desempeñó como generalista. Casi todos ejercieron en hospitales públicos a tiempo parcial, alrededor de dos tercios se desempeñaron en clínicas y sanatorios privados, en la Administración Pública y atendieron pacientes de la Seguridad social en su consultorio. La característica más saliente de este grupo es que todos atendieron pacientes de la Seguridad social en la institución en algún momento de la carrera.

8.2. Los datos cualitativos "encarnan" los resultados cuantitativos

Las entrevistas realizadas en la etapa cualitativa de la investigación permiten ilustrar los resultados del análisis. Los relatos, si bien fueron reducidos, tienen una longitud considerable para permitir un "insight" de lo que ha sido vida de estos hombres y mujeres, que transitaron su vida profesional en una época de grandes cambios científicos y sociales. Los discursos, que cubren muchas áreas de sus vidas - no sólo los aspectos considerados en el análisis multivariado - y que se presentan con las propias palabras de los entrevistados, dan una idea vivencial, encarnada, de esas trayectorias profesionales. Y tienen el encanto de mostrarnos la vida vivida, con sus luces y sombras y recrear una época que en muchos aspectos ya pertenece a la "historia".

Lógicamente, la coincidencia con el grupo del cual es ejemplo no es total y no podría ser de otro modo, ya que cada vida es única e irrepetible.

Grupo 1 Generalista lineal

Mi padre era de origen francés, llegó en 1889, con su familia. En el Hotel de Inmigrantes, una persona los contrató para trabajar el campo. Empezó a trabajar de peón, se casó después con mi madre y como había reunido algo de dinero, se compró una chacra cerca de Bonifacio, que es un pueblo muy cerquita de Guaminí. Éramos once hermanos (yo nací en el año '10) y trabajábamos en el campo haciendo de todo. Pero mis padres nos decían insistentemente que había que estudiar, porque el campo no redituaba nada. Mi padre tenía en un corredor cerrado de la casa, un pizarrón enorme y ahí, en vez de dormir la siesta, nos empezó a preparar en matemáticas, las cartillas que había antes, y ma-má... Después, más adelante, mi hermano mayor que había venido al Colegio Salvador acá a Buenos Aires, había hecho segundo y tercer año Nacional, nos enseñaba historia, geografía, esas cosas de Argentina que mi padre no conocía. Pero como nosotros habíamos estudiado en casa, necesitábamos un certificado. Así que hicimos quinto grado en una escuela de la zona, en el verano nos preparamos, rendimos sexto libre en Bahía Blanca y entramos el Colegio Nacional de Bahía Blanca. En el verano siempre nos veníamos y nos quedaba la cosecha, con la sembradora, la segadora, alimentar los animales. Todos los años.

Terminó el Bachiller y había que ver qué se hacía. Yo no tuve dudas, ya tenía pensado que iba a estudiar Medicina. Y estudié Medicina, no sé si habrá tenido influencia eso, porque mi padre estaba suscripto a todas estas revistas de

enfermedades, de campo, la Gaceta Rural se llamaba la revista que llegaba al campo, donde estaban puestos todos los procesos que tenía una enfermedad... Y por ejemplo, mi padre si un animal se moría lo hacía cuerear y examinaba los órganos. Y también si una vaca que no podía parir, él conocía las maniobras porque las había estudiado en esas revistas, para sacar los terneros y salvar la vaca. Nosotros vacunábamos, contra el carbunco, la fiebre aftosa, la brucelosis, las enfermedades comunes de la hacienda. A mí me agradaba todo eso.

En ese mes de verano del año 30, me fui a Bahía Blanca dos meses y medio o tres y me preparé y con otros compañeros de Bahía Blanca vinimos a la Capital, y no tuve ningún problema, aprobé de entrada todas las materias. En 1931 ingresé a la Facultad de Medicina de Buenos Aires, satisfecho porque entré en Buenos Aires, podría haber entrado en la de La Plata, o en Rosario, o Córdoba porque era con entrada libre, pero me pareció que era más completo en Buenos Aires. En la Facultad de Medicina nos tocó ese año terrible, la Universidad ingresó a un ambiente temeroso que había, con corridas a estudiantes a palos, de todo. Plena dictadura. Era duro.

Había dos materias en primer año, Anatomía e Histología. Nos anotamos en las dos materias y empezamos a hacer los prácticos. Al poco tiempo se agudizó el problema de persecuciones, no se podía estudiar, tal es así que a los dos meses se suspendieron las clases, se cerró la Universidad. Y

yo digo, después de tanto sacrificio!. Entonces me fui a casa unos días. Ya habíamos conversado con los compañeros a ver qué podíamos hacer. Estando acá la huelga seguía, y nos fuimos a la Chacarita. Y ahí con unos pesos conseguíamos los cadáveres que queríamos, de accidentados e infectados que iban al crematorio. Así que antes de cremarlos, gente que no tenía familia, o en fin, teníamos el cadáver nosotros. Eramos cinco compañeros que veníamos de Bahía Blanca y ahí teníamos material de sobra. Y nos hicimos amigos de un compañero de años superiores que nos orientaba. Así que no sé qué cantidad de cadáveres habremos disecado. Llegó fin de año. Entonces, la Federación Médica, el Centro de Estudiantes empezó a hacer levantar la huelga para que aquellos que estaban retrasados o querían dar examen pudieran hacerlo. Bueno, nos presentamos a fin de año, en Anatomía Humana, que son los cuatro tomos de Testut. Son muchas páginas para estudiar al pasar. Habíamos estudiado una barbaridad. Y nos sacamos distinguido, y ya estaba. La otra la dejamos para marzo. La preparé en el campo, con las placas con los cortes. Y vinimos en marzo o abril y también, distinguido. Y así siguió. Seguimos tranquilamente en Medicina. El año siguiente cambió la cosa, también eran dos materias, Anatomía Topográfica y Fisiología. La más difícil era Fisiología. Era muy difícil. Y también, la rendí perfectamente bien y con nota. Me preparé también en Anatomía Topográfica, que es Anatomía pero por cortes. Usted agarra un corte humano, había que estudiar por

regiones. También perfectamente bien. Y ya entraba a tercero, sin deber ninguna materia. En tercero ya es interesantísimo porque ya se empieza con la Semiología, ya empezamos a ver enfermos, a estudiarlos, que era lo que yo más quería, porque yo tenía interés de entrar a un Hospital. Me dieron una carta para el Director del Hospital Francés para ver si yo podía ingresar ahí. Me recibió muy bien, me dijo que como practicante no, porque todavía no tenía conocimientos, pero si quería ir al Hospital como externo y hacer algunas cosas no había inconveniente. Así que ese verano ya fui al Hospital y empecé a hablar con el enfermero. Como yo sabía que iba a ejercer la medicina en el campo, en zona rural, tenía que prepararme muy bien, tenía que saber de todo. Porque en el campo tiene que atender lo que caiga. Y uno está solo. A veces con otro médico, a veces no hay ayuda. Uno se encuentra prácticamente solo. Y además en una zona como la que yo tenía pensado ir, cerca de casa, era un pueblo chico, no había dónde derivar enfermos, así que había que prepararse bien. Como enfermero, primero empecé a acompañarlos a dar inyecciones, preparar los enfermos para operar, hacer los enemas, lavar el estómago, sacar cuerpos extraños. En fin, esas cositas que están en manos de los enfermeros. En el campo vale mucho eso. Porque hay que hacerlo. Así empecé viendo. Después más adelante, entré de practicante externo del Hospital Francés y empecé a ver enfermos que es lo que a mí me gustaba, y a examinar enfermos, revisarlos, auscultarlos. Y en tercer año tuve Semiología y otras

especialidades que no son tan importantes pero que hay que estudiarlas. Más adelante ya fui practicante mayor, ya con cien pesos y ya acompañando los médicos a examinar enfermos, hacer diagnósticos, todo lo relativo con el aprendizaje de la medicina. Y ya como yo sabía que me iba a ir al campo a trabajar porque el campo me gustaba mucho, hice la rotación del Hospital, estuve cuatro o cinco meses en Otorrinolaringología, otros cuatro o cinco meses en Partos, otros cuatro o cinco meses en otras especialidades, Niños, Ginecología, Cirugía, pero no me llamaba la atención en ese momento, quería más práctica que otra cosa, me gustaba más el análisis, el examen del enfermo y llegar al diagnóstico exacto. En cuanto a Cirugía quería ver algo elemental como para poder desempeñarme. Así fue pasando y como cada vez tenía más práctica, realmente me gustaba cada vez más, entonces me inscribí en otro Hospitalito cerca del Francés que era el Bosch, que estaba en la calle Garay. Fui porque tenían mucha práctica de ambulancia. Con esa ambulancia recorríamos toda la zona de Nueva Pompeya, en aquella época bastante peligrosa. El enfermero y el chofer iban con un farol y un palo por los perros. Ahí practiqué muchísimo las guardias. Hacía Guardias, y en el Francés también hacía las Guardias, me gustaba mucho, no lo hacía obligado, me quedaba porque me gustaba. Como había muchos practicantes que no les gustaba la Guardia yo los reemplazaba. Estaba casi permanentemente en el Hospital. Llegó en un momento que comía en el Hospital, si no estaba en uno estaba en otro. Y eso

me dio una experiencia enorme en cuanto a enfermedades de urgencia y tantas cosas más... Y así fue siguiendo hasta que ya rendí todas las otras materias, Clínica Quirúrgica, Ortopedia, Traumatología, Psiquiatría, todas las materias. Y llegó el año 38 y me disponía a dar mi última materia, había dejado una sola. Y les dije a mis compañeros, me voy a recibir y me voy. Pero como hacía casi todas las guardias no querían que me fuera. Yo cometí el error de haberlo dicho. Y a la mañana me levanto en el Hospital y me voy a vestir para dar el examen, no encuentro la ropa, y la ropa no estaba por ningún lado. No pude ir al examen. Como lo había dejado para último turno de marzo, no lo podía dar. Entonces, me tuve que quedar un año más. Por un lado me vino bien, para hacer más prácticas, más cosas, me gustaba mucho. En el primer turno, en agosto, no les dije ni medio ni nada, fui y rendí el examen de Terapéutica, que fue una pavada. Tenía que hablar y hablar, y me dice 'está bien, váyase'. Como no estaba seguro y quería estar seguro, les digo 'bueno, es la última materia y quiero estar seguro si me voy a recibir o no, pregúntenme lo que quieran'. Se levantaron y me felicitaron...

Como tenía todavía tres meses más del practicantado, aproveché esos tres meses ya que estaba ahí, para escribir la tesis y así no solamente tener el título de médico sino de Doctor de medicina. Así que hice la tesis, la presenté y también me la aprobaron.

Tenía que buscar a dónde ir, entonces empecé a estudiar la zona. Fui primero a un pueblito, que era muy bueno, muy

progresista, me habían dicho que el médico se iba, pero ese médico no sabía si se iba o no y además quería llave. Y eso me dio una repugnancia, porque la llave del médico es del médico y no es del otro. El médico tiene llave, el que viene si no sabe mucho, la llave no abre para nada. Así que le dije que no quería saber más nada y me fui. Fui a otro pueblito. Había muy pocas casas, mucho campo, chacras, esas cosas. Y comodidades también, una linda casa que la había ocupado un administrador de la estancia donde inclusive podría haber hecho hasta una clínica. Me pedían por favor que me quedara, no había médico. Pero había 4 o 5 casas, no más. No puedo extenderme más y cerca había pueblos grandes. Lamenté mucho, di las gracias y me fui. Me fui a casa con mis padres a descansar y ver dónde podía ir. En el pueblo donde había nacido, había demasiados médicos. Además, nadie es profeta en su tierra. Y por ahí me dijeron algo de otro pueblo, me fui para allá, me gustó el pueblo y además encontré una persona amiga, que me dice: 'acá hay trabajo, hay tres médicos'. Recorrimos el pueblo, me gustó, y además estaba cerca del mío, unos 13 km. Pero no había casa, era un pueblo en formación, grande ya, con muchas chacras, en fin, había como para expandirse y un Hospitalito que si bien no resolvía mucho los problemas, estaba a disposición para todo... Y recorriendo había una casa en construcción, un poquito afuera del pueblo, pero era lo único que había. Entonces hablé con el constructor y acordamos que me la daba terminada a fin de año. Después de Reyes, tomé mis bártulos,

me fui con todo para allá y como no estaba terminada la casa, me instalé en el Hotel del pueblo, el Hotel Comercio. Lo que me llamó la atención es que a los dos días me llamaron de urgencia, yo no había ni avisado. Me extrañó, pero me levanté y me fui. Me encuentro con una enferma, mal, mal y me doy cuenta que es un aborto infectado, con restos placentarios. Yo tenía la obligación de hacer la denuncia policial del caso, un aborto ilegal. Pero me contaron que la había atendido la Partera del pueblo que era una partera universitaria, muy prestigiosa en el pueblo. Me metí en ese lío de entrada y dije 'bueno, encaro el problema y que salga lo que salga'. A ver si podíamos extraer eso, pero si la llevo al Hospital tenía la obligación de hacer la denuncia, entonces teníamos que atenderla en la casa... se hace los masajes, para combatir las infecciones en esa época estaba la septicemia, que era un combinado de yodo con otros productos químicos, con esas inyecciones y con masajes tratando de expulsar. Y así empecé a conseguir que expulsara poco a poco hasta que llegó un momento que si bien estaba bastante mal, expulsó todo. Y empezó a mejorar, mejorar y mejoró. Y ya se difundió en el pueblo.

Atendía los enfermos en el consultorio, y cuando terminaba cerca de las doce, porque había mucha gente, iba al Hospital a atender los que iban al Hospital, a hacer una pequeña cura o una operación chica. Y a la tarde dormía una siesta y cuando me levantaba tenía el consultorio lleno, no tenía tiempo para nada... Y así seguí siempre. Yo me dedicaba

mucho, porque me gustaba la medicina. Me gustaba, yo llegaba a conversar mucho con los enfermos. Yo me sentaba en la cama, me contaban temas ajenos a las enfermedades, que a mí me interesa porque la psiquis también influye. Así que no sé, habré sido muy simpático, la cuestión que no me faltó trabajo nunca. Yo atendía muchísima gente pobre, otra cosa que nunca pasé la cuenta. Como trabajaba tanto, el que tenía, pagaba y el que no... las maestras, profesionales, la policía, jamás les cobré un centavo. La gente es muy agradecida, el que no podía pagar traía pollos, crema, leche. No me faltaba nada.

Yo tuve colegas muy capaces. Y no hacía cirugía, ayudaba. Yo era el que más trabajaba en el pueblo. No tenía tiempo prácticamente, no me tomaba ni vacaciones. Porque muchas veces tenía las valijas preparadas y tenía que quedarme por un parto, o algo. Los partos los hacíamos en domicilio, al borde de la cama. Después el Hospital fue progresando y ya se atendía mucho más en el Hospital. Estaba suscripto a todas las revistas. Muchas veces llegaba, me sentaba en el escritorio y leía todo lo que había sobre eso, por el diagnóstico que había hecho. Además, yo la parte de la ética y el juramento hipocrático lo cumplía al pie de la letra. En cuanto a la ética, por ejemplo, si venía alguien lo atendía, pero si sabía que estaba en manos de otro médico, no lo aceptaba. Además en la consulta si tenía alguna duda, era el primero en preguntar yo, no esperaba que me lo pidieran.

Y así fueron pasando los años. Como yo también tenía otras inquietudes, me gustaba ver las cosas que pasaba en el pueblo, los problemas, qué faltaba y qué no... fui Comisionado en el año 61. Y ya Intendente electo en el 63. En el 66 vino la revolución de Onganía, que cayó Illia. Yo renuncié y me retiré. Después vinieron las elecciones del 73, me volvieron a buscar, me volví a presentar y volví a ser Intendente. Hasta el 76, que vino otra revuelta. La segunda vez que me sacan, por golpes de Estado. A los quince días más o menos me llaman de la Municipalidad, digo que les pasará a éstos. Y dicen que tenemos orden superior de devolverles la Municipalidad. Yo insistía en que no. Pero se supo en el pueblo eso, entonces otra vez todo el pueblo salió a pedir que acepte, que acepte. Y me quedé hasta el 83. (Dr. Andrés, 1910).

Grupo 2 Generalista diversificado

Yo nací en la ciudad de San Miguel de Tucumán en 1927. Hice el Colegio en el Colegio Nacional de Tucumán, y me trasladé a Buenos Aires con motivo del negocio de mis padres e ingresé en el Colegio Mariano Moreno, donde me recibí de Bachiller. Ingresé en la UBA, con un severo examen de ingreso, en 1945. Me recibí en diciembre del 53 con Infecciosas. Decidí instalarme, me dijeron que había una buena localidad en el Gran Buenos Aires. Había una casa a media cuadra del Hospital, fui, la compramos, me instalé, me compré un jeep, botas, linterna... era todo barro eso. Yo soy de una familia

acomodada pero me fui ahí a hacer Patria. Luché cuarenta años, equipé el Hospital que estaba totalmente desmantelado. Mientras estudiaba, fui médico del Hospital Alvarez, estuve en el Israelita, en el Argerich...

Hacía cirugía, me fui capacitando para poder trabajar. Con la práctica del Hospital me especialicé en Clínica quirúrgica y hacía cirugía general... por ejemplo, una hernia, un apéndice, una vesícula, un abdomen agudo, una cesárea, partos... Si uno se instala en La Plata, que es un centro universitario donde hay especialidades, está superespecializado. Pero donde yo trabajé, era rural, era todo barro, todo campo, después se hizo más ciudad. Y eso a mí me ayudó mucho, porque era el médico, venía de todo, para hacer cualquier cosa.

Tenía una intensa tarea quirúrgica, 3 ó 4 intervenciones diarias, 40 ó 50 pacientes por día, llamados diurnos, nocturnos, a veces tenía veinte llamados a domicilio en un día y una fuerza, una vitalidad, de joven... Por la mañana iba al Hospital (ahí hice carrera, llegué hasta director). Después regresaba a mi casa, almorzaba, y empezaba la tarea de la tarde, atender pacientes, hacer llamados a domicilio. Después de los domicilios que hacía de tarde volvía al consultorio, que había muchísima gente. Y a la noche a veces tenía intervenciones quirúrgicas, que las hacía ahí en el Hospital y los pacientes privados en las clínicas particulares. También fui profesor en la escuela de enfermeras que había en el hospital.

Tenía una chica que me ayudaba, no era secretaria, me ayudaba para atender la puerta, para anotar los llamados a domicilio, para atender la gente que entraba, para dar números.

La medicina cambió mucho..., porque por ejemplo yo viví la época de la tuberculosis, de la difteria, de las enfermedades eruptivas, que posteriormente desaparecieron. Ahí hubo un gran cambio, aparecieron nuevas enfermedades que había que estudiar, nuevos diagnósticos. Allá era prácticamente como ejercer la medicina en el norte argentino, porque era gente que se trasladaba del norte para vivir en el Gran Buenos Aires y traían todas sus enfermedades. Chagas, paludismo, brucelosis. Comían carne medio cruda y se enfermaban de brucelosis. Hidatidosis había mucha, a veces abría un abdomen y eran quistes hidatídicos... había también rabia, tétanos. Y había problemas con las vacunas porque eran de animales y la gente tenía alergia. Ahora cuando se hizo las vacunas con sangre humana, entonces ya eso cambió mucho, ya no hubo tanta rabia ni tétanos ni tantas enfermedades... Cuando yo me instalé, por qué había tantísimo trabajo? Porque había las enterocolitis, cólera prácticamente, porque era fiebre, colitis y muerte, porque no había agua corriente, había agua contaminada. Se luchó mucho para que pongan agua corriente y cloacas. Había muchas infecciones. Yo estuve cuando aparecieron las sulfas y los antibióticos, porque por ejemplo había de los partos antes, las septicemias, eso por falta de higiene de las parteras, abortos espontáneos o

provocados, muertes, tratábamos de salvarle la vida porque habíamos conjurado entre los médicos y la policía que hay que tratar de salvar a la mujer, que no íbamos a tener ningún problema. Y en el Hospital venía cualquier cosa, y luchábamos con antibióticos, o le hacíamos un legrado, luchábamos para que se salve. Alguna vez pasó que se murió porque llegamos tarde. Y también yo con los llamados a domicilio también tuve mucho compromiso. Por ejemplo, me llamaban urgente a domicilio, iba y era una mujer que se había envenenado y me decían que tenía colitis. Yo le daba un remedio para la colitis y se murió del veneno que tomó porque yo no estaba informado. O estaba con una septicemia por un aborto provocado y yo la internaba al Hospital, yo había ido a domicilio nada más, pero el vox populi quién lo saca. Siempre hay algo en todo eso. O por ejemplo yo he llevado en mi auto mujeres en parto con hemorragia y no llegar vivas, hacerme un enchastre en el auto impresionante. Cosas terribles pasé. Porque yo no había hecho nada, no había atendido el parto, solamente de verla pobrecita que se iba en sangre, que me decía 'me voy, me voy'. No teníamos elementos para nada. Había que llevarla por ejemplo al Hospital. Había que llegar y no había ambulancia. Y yo la llevaba con mi jeep a los saltos, a los tumbos, 'que tal señora como sigue, cómo está?', 'ay me voy, me voy'. Y se fue. Se daban cuenta que se morían. Y yo que iba como un loco por la calle me podía matar yo también. Me agarraba una desesperación y mal dormido a la madrugada, un parto, una hemorragia, las hemorragias eran

terribles, no daban tiempo. Claro, hasta que me llamaban, iba con el coche, y la partera se tiraba de los pelos también. Las parteras tenían sus cliniquitas, pero no tenían nada. Era una cliniquita que tenían no sé la cama, cuatro trapitos limpios, alguna pinza para el cordón. No tenían nada. Eran clínicas de campo. Buenas señoras, pobrecitas, lo hacían con la mejor buena voluntad.

Yo prácticamente disfruté de la medicina libre, liberal. Después cuando ya vinieron ahora todas estas cosas que los médicos están luchando para cobrar, que les pagan miserias, yo ya había hecho mi carrera, por eso... yo viví otra etapa. Ahora hay un cambio muy grande. Los médicos lloran porque están muy mal pagos, no cobran, están en mala situación económica. Atendía mutualidades pero pagaban bien, eran privadas. Cuando empezaron los servicios provinciales, nacionales, ahí cambió. El paciente ya no venía con su dinero sino con una boletita. Y eso había que cobrar y a veces no se cobraba. Yo cobraba más o menos lo que se estilaba, se cobraban 20 pesos a domicilio, cobraba 20 pesos, más o menos uno preguntaba a los otros médicos cuánto cobraban... Y traían gallinas, verduras, frutas, huevos, de todo. Venían con un cerdo muerto, pelado. Uno vino un día con un cuero de víbora, era un lindo regalo ese. Me traían un pájaro, un perro. Me había hecho un médico popular. Y hoy en día voy allá, todo el mundo me saluda, me sacan artículos en el diario en primera plana. Y eso llena de satisfacción mi vida. Yo he

tenido muchas satisfacciones gracias a Dios... en todo sentido, familiar, profesional. (Dr. David, 1927).

Grupo 3 Docente

Yo nací en La Plata, en 1929 y cursé mi escuela primaria en la Escuela N° 4, y después fui al Liceo, que pertenece a la Universidad. Y allí los profesores que tuve, en el liceo siempre se ha buscado privilegiar las ciencias, con gente muy capacitada. Me gustaron mucho las ciencias biológicas, fui alumna muy buena y entonces pasé fácilmente a la facultad, en aquella época no se daba ingreso si uno tenía un promedio muy sobresaliente. Y en la facultad claro, el cambio fue muy grande, pero tuve profesores excelentes y me fue muy bien siempre. La hice en seis años justo, me aplazaron en una única materia, la última que iba a dar, que la dejé porque nunca me gustó, que era ginecología. Me aplazaron, en el práctico salí bien y en el otro el profesor me dijo 'mire, lo dio con tan poco entusiasmo que por eso la aplacé'. La cosa es que antes del mes pude darla nuevamente y la aprobé. Ahora, yo a qué me iba a dedicar? Yo quería dedicarme a la ciencia, porque me gustaba muchísimo laboratorio, ya era ayudante de Histología, pero, como estudiante, yo concurría a la sala 10 del Hospital Policlínico, donde hacía clínica porque me habían enseñado que la clínica era fundamental y así lo conocí al que es mi esposo. Y trabajábamos así, yo lo veía, él ya era cardiólogo, y bueno, esa relación que hay en las salas,

nada más, ningún otro tipo de relación. Después en un momento determinado, un año antes de recibirme, esas cosas que suceden, nos enamoramos, nos hicimos novios, después me recibí, él ya hacía cinco o seis años que estaba recibido y que hacía cardiología, yo lo admiraba porque claro, sabía mucho de cardiología y es muy difícil para un estudiante de 6to año que se dedicó nada más que al microscopio, evidentemente es otra disciplina. Y decidimos casarnos, y el hecho de que en una ciudad donde hay una universidad es muy difícil ganarse la vida, se puede aprender yendo a Buenos Aires, pero también hay que ganarse la vida, entonces decidimos salir. No sabíamos adónde ir, buscábamos una plaza. Entonces un médico amigo de él, un hombre grande ya, dijo que por qué no nos íbamos a una ciudad al norte de la Provincia, allí no había cardiólogo prácticamente, el que había se dedicaba al campo más que a la cardiología y era una zona muy necesitada de eso, aunque era una zona próxima a Buenos Aires. Recordemos que en aquella época no había autopista. Y yo hija de inmigrante emprendedor y exitoso, dije 'no me importa salir de la ciudad'. Yo mientras preparaba las cosas, preparaba la tesis, que ya la hice en cardiología. Empecé a trabajar en el servicio de cardiología porque ya vi que era otro panorama el que se me venía encima. Ahí vi que la cardiología también era asunto muy interesante, había aparatología nueva y me gustó. Y bueno, después nos casamos en el 55 y el mismo día nos fuimos a vivir afuera, en una casa alquilada. Él empezó a ver a los

médicos, no había otro cardiólogo. Yo a los tres meses quedé embarazada, tuve mellizos a los once meses, de manera que corría entre los mellizos, el consultorio que estaba en la misma casa y bueno, ésa era mi tarea. Cada caso interesante que iba, iba a ver qué pasaba. No atendía el consultorio, pero hacía algún electro. Eso sí, fui aprendiendo, teníamos aparato de rayos, veía las radioscopias, trataba de mantenerme con una aceleración nada saludable psíquicamente, pero bueno, además estaba lejos de mi familia, no había nadie ahí que me pudiera ayudar. Buenas mucamas, chicas, eso seguro, porque venía mucha gente del interior y esas chicas son muy maternales y me ayudaban. Al año yo tenía mucha vocación por la docencia, entonces como quedaron desocupados los colegios secundarios porque a muchos profesores los hicieron renunciar, entonces quedaron muchas horas libres y me ofrecieron anatomía y fisiología. Y bueno, tomé horas y me entretenía un poco saliendo de casa. Así ejercí la docencia siempre, hasta jubilarme. Pocas horas, tanto como para complementar. A todo esto nos hicimos una casa grande, cómoda, con consultorios muy lindos y mi marido me decía que dejara la docencia, pero es el gusto. Después me llamaron de la Escuela de servicio social, y allí terminé mi ciclo docente, trece años de profesora ahí de Medicina Preventiva y Medicina Social, que me obligaba a aprender.

Mientras tanto la cardiología cambió y entonces hubo que aggiornarse, conseguí entrar en el Sanatorio Güemes a aprender algunas cosas como la ergometría y a usar el Holter.

Ahí vine a aprender y eso me aceleró un poco, todo mientras tenía dos hijos y otro más que vino después, pero vinieron mis padres a vivir con nosotros y ya era diferente la cosa.

Cuando los chicos tuvieron tres o cuatro años empecé a trabajar en el hospital, durante dos años. El consultorio nunca dejé de atenderlo, siempre complementé, nosotros veíamos los pacientes y juntos en el horario de consultorio estábamos siempre. Mientras tenía los chicos iba a ver lo que valía la pena o que no podía perder, estaba siempre al tanto de todo. Y después trabajar intensamente, y al final, muchos años antes de jubilarme, era la jefa de Ergometría de la Clínica, entonces ahí me caía una cantidad enorme de pacientes y los seguía, los conocía del consultorio...

Mi mayor insatisfacción era el no poder estudiar o progresar, por varias causas. Fundamentalmente porque no tenía tiempo con los chicos, y después que no había centros para estudiar, tenía que ir a Rosario, perdía mucho tiempo y veía poco. Y las satisfacciones bueno, empezando que la ciudad nos recibió con los brazos abiertos. Nosotros somos comunicativos, pero ellos también lo son, nos interpretaron enseguida. A la semana de estar ahí me paraban en la puerta, pasaban los autos de ida y vuelta porque tenía dos manos, vivíamos frente a la Catedral, y nos saludaban todos, qué gesto no? Nos ofrecieron todo, la gente era muy buena, eso que decían que era cerrada, yo no la vi así. Nosotros fuimos siempre sencillos. Después la parte musical, como nos conectamos con una asociación muy importante que lleva músicos internacionales, teníamos varios

medios donde hacernos amigos. Así que vivimos muy cómodos. (Dra. Edith, 1927).

Grupo 4 Médico de Hospital a tiempo completo

Elegí la carrera en una forma un poco rara, porque en ese momento eran muy pocas las mujeres que estudiaban medicina. Tanto que seríamos cuatro mujeres y cuatrocientos muchachos, el 1% solamente. Había algunos profesores que no les parecía una carrera para mujeres, en casa tampoco les había parecido así. No sé si porque vivía enfrente a un Hospital me acostumbré a ver a los médicos y verdaderamente me gustó y no sé por qué pensé en seguir, porque no hay en mi familia ningún antecedente de médico. Era el tiempo en que la familia de clase media podía mandar a los hijos, dos o tres, a la facultad, aún pagando aranceles pero sin inconvenientes. Durante el colegio nacional fui muy buena alumna, no tuve problemas en eso. Cuando empecé a estudiar medicina, no me gustaron los dos o tres primeros años, que uno trabaja con cadáveres y esas cosas, no me gustaron mucho. Después cuando empecé la práctica médica ya directamente con pacientes, me gustó mucho más, la parte asistencial. Me casé dos o tres años antes de recibirme, tuve dos chiquitos antes de recibirme, por eso no seguí pediatría, porque veía algunos chicos que se morían y no justificaba a Dios que mandaba la muerte para los chicos, me parecía que no tenía que ser. Entonces seguí todas las especialidades, en los últimos años, a

pesar que uno veía que rendía más uno que otra, pero me gustó mucho obstetricia, la di como última materia, saqué bastante buena nota, y me dediqué a hacer obstetricia. Antes de recibirme estuve con mi marido que era médico, pero mayor que yo, dos o tres años en el norte de Santa Fe, en una zona muy pobre, donde las muestras que teníamos se las teníamos que dar a los enfermos porque no tenían plata para comprarla. Horrible el sitio, era muy al norte de Santa Fe, cerca ya del Chaco, un calor tremendo, mucha, mucha pobreza, y por eso nos fuimos. En realidad trabajamos dos años y apenas nos alcanzaba para vivir. Estábamos en la parte norte donde habían los pueblitos quebrachales, que estaban sacando todos los quebrachos los ingleses y la gente era muy, muy pobre, les pagaban con bonos, el intermediario de los bonos era uno que tenía un almacén, entonces por ejemplo le decía al paciente que le tenía que pagar al médico 7 pesos en bonos, a mi marido le daban 4 y él se quedaba con los otros 3, era bastante desagradable. Le habían prometido, y por eso fuimos, un cargo para hacer una sala de primero auxilios, cosa que no llegó nunca, la política como siempre fue la política y nada más, entonces estuvimos todo ese tiempo esperando, con viajes a Santa Fe para ver si se daba o no se daba, y no pudo hacerse, entonces nos vinimos para acá. Por suerte él consiguió el cargo de médico interno en el Rawson y yo empecé a ir al Rawson, donde hice todas las especialidades. Entré en la facultad en el 36 y me recibí en el

43, no perdí tanto. A pesar de tener dos chicos ya. Porque la última nació después de recibida.

Cuando empecé en el Rawson era el tiempo que uno empezaba como concurrente, que ahora vendrían a ser los residentes, por supuesto que en ese momento no nos pagaban. Iba gratis a trabajar, pero con mucho gusto siempre, me gustó mucho el Hospital, estoy muy acostumbrada a ver a las pacientes y me gusta la obstetricia. Estuve unos cuantos años en el Rawson, 6 ó 7, Cuando se hizo el policlínico de San Martín, entré antes de inaugurarse, y empecé a ser médica interna ahí, es decir, hacer 24 horas de guardias para recibir todos los partos. Trabajábamos mucho, 14 ó 15 partos por guardia. Pero con bastante dedicación y ayudada con dos parteras, una con bastante experiencia, también del Rawson, la otra más joven, que estaba recién haciendo sus primeras armas, que había que controlarla más, pero sin inconvenientes. Fueron años muy lindos de mi vida, donde trabajábamos en conjunto todos, bien. Cuando se iba alguno de los jefes, quedaba como jefe yo a cargo de la maternidad, a pesar que todos los demás eran varones, me elegían a mí, tendría seguramente condiciones para mandar. Después de unos cuantos años empezaron a venir los residentes, cosa que aliviaron bastante el trabajo, al principio no porque había que enseñarles, pero hacían tres años de residencia en ginecología y obstetricia, alternando una y otra, y un año más como jefe de residentes. El trabajo ya era menos, yo siempre fui demasiado exagerada y dormía en el mismo piso que dormían las parteras, no iba al dormitorio

donde dormían los médicos. Por otra parte era yo también la única mujer allí, así que me resultaba más cómodo dormir donde dormían las parteras. Por otra parte los residentes podían consultarme cualquier cosa, que enseguida me levantaba, tenían la indicación de no hacer absolutamente ninguna intervención sin consultarme previamente a mí.

Trabajaba un día por semana de 24 horas y todos los demás días de 8 horas. Una guardia por semana y el domingo de recargo. Lo sentía un poco cuando nos tocaba Navidad y Año nuevo, pero lo pasé lindo. Entré pensando que me iba a ir pronto del Hospital, porque me quedaba bastante lejos, y me jubilé ahí, así que tan mal no la debo haber pasado. Trabajaba bastante. En el consultorio particular, no se trabajaba tanto pero no había obras sociales, así que la medicina era otra forma de medicina que uno hacía. Las pacientes que las atendía desde el principio del embarazo, me seguían hasta el final, atendía el parto. Y nunca tuve ningún inconveniente gracias a Dios. Por eso cuando me jubilé del Hospital, que ya tenía 65 años, dejé de ejercer la profesión también antes de que me pasara algún inconveniente y no perdonármelo nunca. Porque uno cuando se pone más grande se pone más exigente con las cosas que uno hace y tenía mucho temor de no hacer lo indicado en el momento preciso y que las cosas anduvieran mal y cargar con la culpa yo.

Yo me organizaba así: a las cuatro de la tarde salía de allá, dos o tres veces por semana tenía pacientes citadas, a las que les daba 40 minutos a cada una, acá en esta casa siempre. Y

terminaba, veía 4 o 5 enfermas, cuando terminaba por supuesto no veía televisión ni nada, cenaba, me acostaba, a la mañana siguiente a las 7 de la mañana vuelta arriba porque a las 8 tenía que estar en el policlínico. Era bastante costoso... se viajaba mejor que ahora pero en fin... y los sábados a la mañana iba a la mañana al policlínico y me dedicaba un poco más a los chicos. Tuve una señora que trabajaba conmigo, durante 25 años, así que ella fue francamente la que me crió a los chicos. Pero empecé a trabajar y hacer guardias cuando ya la menor de las chicas tenía 9 años, no empecé desde que eran bebés, porque sabía la necesidad que tenían de mí. Antes iba al Rawson a la mañana, en forma honoraria, y entonces no tenía tantas exigencias, y no había médico interno de guardia, lo llamaban cuando lo precisaban y por supuesto que no me llamaban a mí porque yo no sabía a lo mejor dilucidar las cosas, pero ahí aprendí bastante.

La parte quirúrgica de obstetricia no es mucho, es nada más que hacer fórceps por vía baja, en ese momento se usaban otras técnicas para dar vuelta los chicos en forma manual Y la única intervención que hacíamos eran las cesáreas, que esa sí también las hacía, no me gustaba mucho pero lo mismo lo hacía sin problema. Cuando no había residentes llamábamos a algún cirujano de la guardia para que me ayudara y venían. No tuve inconvenientes con los compañeros, eran los mismos que estaban de guardia durante la semana el mismo día', de manera que nos conocíamos entre todos, sin problemas. En

general el recuerdo que tengo de la práctica hospitalaria fue siempre muy bueno. Será porque me gustaba tanto.

Aunque tenía chapa en la calle, no atendía urgencias. Sólo a mis pacientes. Cuando empezaba el trabajo de parto me llamaban y por supuesto, dos o tres de la mañana a levantarse y a salir. No me costaba, pero en general no trabajaba tanto como para atosigarme de trabajo. Cuatro o cinco partos por mes tendría, pero me levantaba y a la mañana siguiente iba a trabajar. Atendía en general los partos en la Maternidad Italiana, y en el Otamendi. Y en la Corporación Médica del Sur, que ahora es un geriátrico creo, que era una maternidad que tenían prácticamente los médicos del Rawson, cerca del Rawson. Tenía una obstetra permanente, que al principio era la misma que en el Hospital, después se jubiló y tuve otra, que ahora todavía está trabajando y con la que mantenemos todavía amistad, afortunadamente.

Los primeros años no había antibióticos, que fue cuando yo estaba en el Rawson, donde yo iba nada más a hacer consultorio externo, entonces no tenía oportunidad de ver intervenciones. Se trataba de operar muy poco, porque cuando se operaba mucho para que tuvieran el parto por vía baja en general estaban infectadas y entonces sí había mortalidad mayor. Pero era el tiempo en que recién empezaban las sulfamidas a aparecer, después apareció la penicilina, que la dábamos en pocas dosis. Y después ya ahora se hacen más cesáreas que partos normales. Pero me parece que es más por la parte legal, que tienen miedo, yo creo, a que le suceda

alguna cosa al chico, que tengan algún inconveniente legal los médicos... Y, la parte técnica misma cambió. La ecografía hizo muchos adelantos para el diagnóstico de los chicos con malformaciones, el control de los latidos del feto aún fuera del trabajo de parto también.

Tengo todavía en el consultorio un montón de revistas que se publicaban con resúmenes extranjeros, algunos en inglés, otros en alemán, y entonces estábamos actualizados. Después ya cuando vinieron los residentes hacíamos una reunión semanal dándole temas a ellos para que se actualizaran y aportando nosotros la parte que sabíamos o que podíamos modificar. Fue muy positivo todo eso... Presentábamos muchos trabajos cuando había congresos, seis o siete trabajos por año. Empecé a hacer la carrera universitaria docente y cuando me enteré que mucho era por cuestión política que entraba uno o entraba otro, di dos o tres exámenes y dejé. Seguí dando clases a los alumnos mientras me necesitaron, porque teníamos alumnos de obstetricia, seguí dando clases un tiempo y ya después abandoné eso. No es la docencia mi parte preferida, mi parte es la atención de la gente.

Mis honorarios los fijaba más bien por la cantidad de dinero que tenían, porque uno se enteraba de quién era y quién no era. Entonces, lo que era seguro era ir a esos sanatorios importantes porque yo me sentía mucho más a cubierto por si necesitaba cualquier intervención. Después, los honorarios médicos si la gente tenía poca plata les cobraba poco y si tenía un poco más, les cobraba un poco más. Si tenían después

algún inconveniente con la criatura, que había nacido chiquita o necesitaba estar más internada, por supuesto que esperaba a cobrar mis honorarios después que solucionaran su problema de dinero. Alguna vez, alguna me clavó que no me pagó, pero fueron pocas veces. Creo que dos veces en toda mi carrera. Además, el sueldo del hospital no era muy grande pero uno podía hacer algo. Y entonces lo que tenía de extra, para los gastos extras, vacaciones y así, era la parte privada. O a lo mejor las exigencias nuestras no serían tantas.

La relación con mis pacientes fue siempre muy buena. Mi hijo, que también es médico, decía que yo tenía menos clientas que las que podría haber tenido porque trataba a todas como si fueran mis hijas y que si no me obedecían como yo pensaba que ellas tenían que obedecerme, a lo mejor no sé si manifestaría alguna reacción fea, no sé. Fue gente muy normal la que yo tuve como clientas, en ese tiempo no había tanta libertad para la parte sexual, de manera que no me tocaron cosas muy feas, de tener que dilucidar si alguna se hacía un aborto, afortunadamente no, iban más bien a ginecólogos me imagino, cuando venían a verme a mí era porque las había recomendado alguna otra que yo les había atendido el parto. Tanto que hasta hace poco tiempo me llamó alguna paciente que yo les había atendido el parto para mandarme a las nueras, cosa que no acepté.

En general fui siempre muy dedicada al momento en que me llamaban, porque iba prácticamente apenas empezaba el trabajo de parto. Y atendí unos cuantos partos a domicilio,

porque todavía se usaba eso. En este momento pienso, 'qué inconsciente'. Pero es que iban al hospital las pobres, pobres. Y al sanatorio las ricas, ricas. Y cuando uno empieza, generalmente ricos, ricos no tiene. Entonces me tocó atender unos cuantos partos en el domicilio, yo también tuve a mis chicos en casa, y afortunadamente sin problemas.

Me arreglaba bastante bien en general. No sé si uno cuando es joven es más inconsciente también. Claro, la gente quizás me ayudara un poco, enchastrábamos bastante, pero... yo solita atendía el parto, entonces sí que no había partera, tenía que auscultar al feto cuando iba saliendo y después cuando salía agarrarlo, cortarle el cordón, bañarlo y hacer todo yo. Pero en general no me tocaron primeros partos, que son los más difíciles y más largos. Me tocaron siempre partos de multíparas, que entonces son partos más cortos, de dos horas o así. Yo en este momento no lo haría... Porque si uno en el parto a domicilio tiene cualquier complicación, tiene que cargar a la enferma y llevarla al sanatorio obligadamente y con mucha más urgencia. (Dra. Leonor, 1917).

Grupo 5 Especialista lineal

Yo nací en Buenos Aires el 4 de agosto de 1912. Yo tenía idea de seguir ingeniería, porque siempre me gustaron la matemática y la mecánica. Pero más o menos eso fue hasta el segundo año del Nacional. En segundo año nacional,

conversando con gente, y sobre todo con un hermano... cambié de ingeniería a medicina. Y yo pensé, voy a estudiar seis años de ingeniería civil, que es brava, para después tener que conchabarme por un sueldito. Entonces dije, no, tengo que elegir algo que me permita tener independencia económica a mí. Nosotros éramos de un hogar humilde, así que no teníamos posibilidad de... porque un ingeniero en ese tiempo, como un médico, si no tiene relaciones no tiene trabajo. Nadie le va a dar una obra, nadie le va a hacer hacer un puente, o entra a ser un empleado oficial, público, que es lo que más rechazo yo tenía, porque entrar en una repartición oficial sería como una especie de suicidio intelectual. Mi abuelo era médico. Yo no lo conocí, porque cuando mi padre vino en el año 90 acá, había dos tíos más acá, después ya no volvieron a España, yo tampoco fui. Y muchas veces mi padre me contaba, que la medicina era en ese tiempo tremendamente heroica, en cierto modo salvaje, porque venía un chico con difteria y había que hacerle embrocaciones en la faringe para sacar las membranas, no había suero, no había nada... Venía uno con mordeduras de perro, le calentaban un hierro rojo y se lo pasaban... Una tía también era partera; no la conocí.

Elegí medicina, porque en cuarto año me gustó mucho la parte de anatomía. Mucho depende de los profesores que uno tiene. Nosotros teníamos un profesor que se llamaba Shaw, que venía y daba clase. Era muy bajito pero eran muy interesantes las cosas que contaba, y todos los muchachos nos íbamos a los asientos de adelante, nos sentábamos de a dos o de a tres

porque no levantaba la voz. El hecho es que medicina me gustó, me decidió a elegir medicina No la erré porque fue una carrera extraordinaria, interesante, la medicina es algo apasionante, no tiene forma de aburrirse, a pesar de que es muy estresante, en el sentido que le exige a uno muchas cosas, pero uno trata con mucha gente, con muchas mentalidades, a mí me gustaba mucho conversar con los enfermos porque todos son diferentes y todos tienen problemas...

Cuando entré en la Facultad, en el año 1931, había ya un clima de antimilitarismo, a Uriburu le hicimos manifestación, paro. Yo era socio del Centro de estudiantes de Medicina, que estaba de contra (de Uriburu), muchas veces tenía pelea cuando se decretaban huelgas. Además, cerraron la facultad.

Terminé la carrera, tenía 24 años cuando me recibí, y entré a trabajar de entrada mucho, porque siendo practicante del Hospital Español, era practicante honorario y después rentado. Después fui practicante en la Asistencia Pública, que fue una gran experiencia. Ahí entré por un concurso que era muy duro porque había que saber toda la parte de primeros auxilios, fue una experiencia extraordinaria, estuve un año, antes de recibirme. Había un Director médico que de entrada nos reunió, 'ustedes van a entrar por concurso', teníamos que saber intoxicaciones, accidentes, heridas, quemaduras, partos, todo lo que puede exigirse, y ya nos habían advertido los que salían, yo tenía un amigo que había sido practicante, y me dijo 'mirá, te van a hacer advertencia de dos cosas', nosotros salíamos en auxilio a la calle, había cinco ambulancias, la

telefonista tenía cinco timbres, según lo que pedían, tocaba el timbre de practicantes, donde estábamos nosotros en el comedor y dormitorio, y otro que era la ambulancia. Así que entre el llamado que sonaba el pedido de auxilio y que salíamos nosotros, eran minutos, porque el practicante tenía que salir y tenía la ambulancia que lo estaba esperando. Y bueno, de entrada nos reunió este jefe de servicio médico y 'bueno, saben que tienen que ganar el concurso, pero les está prohibido en absoluto recoger poligrillos en la calle, que generalmente están llenos de piojos, y tuberculosos'. Ahí en la casa central había unas ocho camas o diez para enfermos comunes, y había una parte con camitas de bronce, porque por ahí caía un diputado, o algo. Ahora, el tuberculoso que llamaba de la calle, generalmente era un tuberculoso desesperado, porque no lo internaban, se tiraba en la calle en un vómito de sangre, usted llegaba y estaba el vigilante y un montón de gente alrededor del caído manchado de su neumotisis, usted llegaba, ¿cómo decía no lo llevo? Lo linchan. Era un problema qué hacer. Yo por suerte tuve un solo caso, le digo que las cosas que uno ha tenido que sufrir y ver. Era un problema social, en ese tiempo estaba el Tornú saturado, el Muñiz saturado, Hospitales municipales no admitían, estaban llenos. Los choferes de ambulancias eran todos tipos cancheros. A mí me tocó uno que estaba todo chorreado con sangre y digo 'vamos a llevarlo', el chofer me decía '¿adónde?', íbamos al Muñiz, 'Doctor no hay nada, estuve esta mañana y no hay nada...'; al Tornú, tampoco hay

nada... El problema social de una tuberculosis lo tenía que resolver el último orejón de la asistencia médica, el practicante. Yo le cuento... al chofer le digo '¿qué hacemos?', vamos a recorrer hospitales y en algún lado lo voy a meter, vamos al Ramos Mejía, me bajo y me encuentro con un compañero mío y le digo que traigo uno que se cayó de la bicicleta, está un poco lastimado, hay que dejarlo un rato en la camilla que se reponga.... 'Bueno, que lo bajen'. Le digo al chofer, lo bajan entre el enfermero y él, lo pusieron en la camilla, y partimos. A los dos días me encuentro a este muchacho en la facultad y me dice '¿qué me hiciste?..'; le digo 'mirá, tenía que dejarlo en algún lado... no me lo puedo llevar a mi casa', esas cosas tenía la asistencia médica. A otro que llevó a uno y lo metió en la salita de ocho o diez camas, pasa el jefe del día, '¿qué me ha traído?', usted sabe que está prohibido, lo lleva por la costanera y lo deja por la costanera'. Esas eran las soluciones! Tremendo.

En el Español yo estuve ocho años pero entré directamente a laboratorio. Pero me cansé de hacer nada más que orina, siempre me decían que mañana empezás con sangre, pero me entretuvieron y al año me mandé a mudar al Salaberry. ¡Yo quería hacer laboratorio, orina, sangre, las cosas más elementales!. Después en el Español pasé al servicio de Clínica Médica. En clínica médica, la forma de nombrar rentados a los practicantes era un poco sangrienta, porque era por orden de firmas, el que tenía 60 firmas estaba primero que el que tenía 50... en la planilla de asistencia. Entonces,

cuando llegaba la renovación, todos los años se renovaba, había por ejemplo 12 plazas de practicantes vacías, y se tomaban por orden. Y eso hacía que hasta los domingos fuéramos, para hacer firmas. Y en cada servicio se hacía... cuando llegaba el concurso y nos reunían en la Dirección elegía el servicio primero el que tenía más firmas. Yo pasé después al servicio de cirugía Cuando se hace el concurso, me dan a elegir el cargo. Pero yo en el ínterin me había hecho también la idea de ir a un hospital municipal... Ah, desde la asistencia pública, éramos 12 practicantes, yo podía presentarme a practicante en Hospital municipal porque eran dos años. Había que tener cuidado porque en los hospitales municipales existe la institución del catafalco. Eso es que al nuevo que llega los que lo reciben le hacen una manteada, puede ser muy simple, muy liviana o muy brava. Había hospitales, como el Piñeiro, que era tremendo. Nadie iba allí porque había una mafia de practicantes. En el Piñeiro había practicantes que llevaban muchos años y no renunciaban, entonces después ellos imponían quién los iba a reemplazar con la obligación de darles el sueldo a ellos. El Catafalco era tremendo, por ejemplo agarrarlo desnudo, ponerlo en la Plaza Flores, bajarlo ahí de la ambulancia, o darle una enema, o hacerle un lavado gástrico, cualquier cosa. Tanto es así, que cuando yo era chico, lo sé por haber leído, eran tan bravos los catafalcos que un día quisieron hacer un catafalco a un administrador, y el tipo estaba durmiendo en su dormitorio en el hospital, le vinieron a hacer el catafalco y el tipo le pegó un

tiro a uno y lo mató, que era un pituco de la sociedad. Y a raíz de eso se suspendió el internado. Salió en los diarios, fue un escándalo. Los estudiantes hicieron en esa época una huelga muy grande, porque el internado es donde se hace el médico, en contacto con el enfermo, tiene que resolver problemas de su profesión. Se suspendió el internado y los sacaron a todos. Yo sabía entonces que siendo practicante de la asistencia público, en cualquier hospital que me postulara iba a entrar. Yo elegí el Alvarez, no sé por qué circunstancia. Tuve la suerte de entrar en la guardia, que no había catafalco, a mí no me hicieron por suerte, pero le tenía miedo.

Cuando me tocó rentado, en el Hospital Español, elegí un cargo a la tarde, elegí el dispensario de venéreas, donde ahora está el Bancario, frente a Plaza Irlanda. Había dos consultorios, uno a la tarde que era el nuestro y uno a la mañana de pediatría. Yo elegí un puesto a la tarde porque pensaba entrar al hospital municipal de mañana. Entré entonces en el Alvarez, ahí hice un año en Cirugía, al año me cambié al consultorio de Otorrinolaringología. Ahí me recibí, en julio del 37. Ahí empecé a operar amígdalas, en chicos, que era una operación de lo más cruenta. Yo a veces pienso, 'ahora no lo haría'. Sin anestesia, entraban los pibes sonrientes, los amarraba con una sábana y cuando abrían la boca les arrancaba las amígdalas con el aparato ese... Son las modas que tiene la medicina. La medicina es una cosa tan de moda que... hubo un médico acá en el barrio, un médico de familia, que decía 'me voy a retirar porque ya no puedo

aprender los nombres nuevos de las cosas viejas'. Tenía mucha razón, porque en medicina también hay modas, y a veces no se justifican porque tienen un interés pecuniario.

Bueno, entonces yo tuve la posibilidad de ir al dispensario, que también ahí aprendí mucho. El consultorio antes de las sulfamidas los enfermos tenían que consultar por lo menos una vez por semana. En ese tiempo una venérea duraba 3 meses, 4, un año, según en qué estado lo agarraba uno. Porque desgraciadamente la gente no venía de primera intención, venía a veces mal tratada, y a veces con complicaciones que llevaban mucho tiempo. En general eran solamente blenorragias, se trataban con lavajes. Pero venían sífilis, venían chancros sífilíticos, era variado, pero sobre todo sífilis y blenorragias. La blenorragia no deprimía tanto, pero cuando pasaban los meses los tipos venían arrastrando los pies. Los de sífilis sí, venían con mucha aprensión porque había unas propagandas grandes contra la sífilis..., venían problemas tremendos. Además, el problema familiar. Nosotros le hacíamos una vueltila, que la ropa, que la toalla, que el dinero, y más o menos quedaban convencidos. Pero uno se daba cuenta lo que había pasado. Entonces yo iba a la tarde al dispensario, y a la mañana el hospital. Tenía dos trabajos, uno completamente distinto al otro.

Después cuando se sacó el dispensario, que ya no tenía sentido porque ya había empezado el tratamiento con las sulfamidas, pasé a Urinarias, al servicio del central. Ahí estuve trabajando 8 años. Pero a mí me interesaba la parte

quirúrgica, la especialidad de Urología, y tuve la suerte de caer en un servicio donde el jefe era muy preparado, muy capaz y muy culto. Y ahí terminé mi carrera.

Pero estando en el Español, en Urinarias, se inauguró un instituto de cirugía en una localidad del Gran Buenos Aires. Ahí pude hacer mucha cirugía, que en el Español hubiese tenido que esperar más adelante. Yo veía lo que se hacía en el Español y me servía de campo de enseñanza. Me vinculé con una clínica privada y fui el urólogo de toda la zona. Tenía consultorio, nunca lo dejé porque era lo mío. Las cistoscopías, esas cosas, las hacía acá. Ya se construyó esta casa para ser consultorio. Mutuales nunca tuve, nunca atendí una obra social. No llegué a eso.

Yo lo que veo con la medicina actual, que no se conversa con los enfermos, y hay que hablar. Una vez me vino un enfermo, uno de los últimos que atendí acá, viene con un montón de radiografías, análisis, y qué pasa. Miro todo, normal. Dice 'no sé, yo tengo un dolor acá en el riñón izquierdo, que no me deja trabajar, no me deja accionar, estoy limitado'. Empiezo a interrogar, le duele cuando está de pie, mucho rato, cuando está parado, en la cama se calma, de noche duerme bien, '¿usted qué piensa?'. Piensa que hay una cuestión estática, porque si le duele de pie y acostado no, hay algo que anda mal. Lo reviso, tenía una punta de hernia. Nadie le había diagnosticado la punta de hernia. Las puntas de hernia cuando comienzan son muy difíciles de encontrar, dicen que las hernias, como los dientes y los cuernos, duelen cuando

salen. Entonces, tenía esta punta de hernia que le daba dolor lumbar y nadie le había buscado eso. Conversando, a veces el diagnóstico el 90% ya lo tiene masticado antes de revisar. (Dr. Antonio, 1912).

Grupo 6 Especialista diversificado

Nací en 1922, en La Plata. Elegí la carrera al final, cuando terminaba el secundario, porque en casa mi padre me decía que iba a estudiar Derecho. Y después llegó un momento que no sé, me gustó la medicina, no sé si habré leído o escuchado algo. Dije voy a seguir medicina, me dijeron que era muy larga y dije no importa, voy a seguir igual. Hice la conscripción cuando tenía 18 años y después cuando estaba en medicina vino la reforma y me reclutaron otra vez, estuve como dos años sin estudiar, estaba bastante desanimado, no tenía ganas de estudiar más, mis compañeros habían progresado y yo me quedaba atrás. Y salí desanimado, mi familia me dijo no vas a dejar... Después empecé a estudiar y alcancé a los compañeros y seguí y me recibí en 1949. Después de finalizada la carrera, enseguida, empecé cardiología, en el Hospital Ramos Mejía, Y concurrí más o menos diariamente durante dos años, como concurrente. Después empecé a concurrir al servicio de Cardiología, en el Policlínico San Martín de La Plata. Tuve consultorio en mi casa en La Plata y esperé que se recibiera ella para buscar otro lugar donde instalarme. Me decían por qué no vas a Azul,

a Mar del Plata. Y yo iba a ver si había lugar. Al final un médico de una ciudad del norte de la Provincia, me dijo 'andá a ver al médico, vas a ver que no hay cardiólogo'. Preparé la casa y cuando estuvo listo nos casamos y nos fuimos. Yo fui con dos cargos que tenía en La Plata, médico de Policía y médico de Hospital. Entonces empecé a trabajar con esos dos cargos, me costó bastante porque el alquiler era terrible, era más que lo que yo ganaba en esos dos cargos.

Después empecé a trabajar en clínicas también. Como no había nadie en cardiología, entonces había tres clínicas. Iba al hospital, trabajaba en la policía, y al consultorio. Había días que no tenía tiempo. Trabajaba todo el día, de 8 a 8. Y a la noche cuando podía, dormía. Me llamaban para guardias, y los mellizos gritando toda la noche...

Después conseguí un cargo en el Hospital ferroviario, entonces ya no podía seguir, me ofrecían, por el cambio de gobierno, había gente que quedaba afuera, todos los peronistas afuera. Entonces dije 'voy a dejar el hospital', y me quedé con el ferroviario y la policía. Después, más adelante, el médico de Tribunales murió, y quedó sin médico. Como yo estaba en la policía, me llamaban también del Tribunal. Y de paso tenía que ir a la cárcel a ver los presos. No sé cómo hacía. Un día me hice amigo de un camarista, que atendí alguna vez, y me dijeron si no quería ser médico del tribunal. Llamaron a concurso y yo me presenté, lo declararon desierto porque consideraron que ninguno estaba en condiciones. Y me volvieron a insistir, 'bueno, dije, pero me tiene que dar su

palabra de que yo voy a hacer el curso de médico legista en Rosario'.

Entonces viajé dos años a Rosario e hice el curso y me nombraron. Y me jubilé de médico forense, seguí trabajando. Me quedé como médico forense, después renuncié al ferroviario. En esa época se podía, ahora nadie puede hacer eso. Iba al Hospital también como concurrente y a clínicas. Después me quedé en una clínica, ya vinieron otros cardiólogos... Nosotros trabajábamos juntos, yo hacía Cardiología clínica, ella hacía ergometrías, Holter, colocaba los aparatos para detectar las arritmias, las radioscopias.

En una época tenía muchas consultas a domicilio, cuando estaba solo, hasta que llegaron otros cardiólogos. Pero los primeros años me llamaban a las tres de la mañana, y a las cinco otra vez. Me quedaba levantado... Me llamaban de los pueblos de alrededor. Iba de noche, con el auto, con el aparato de electrocardiogramas que pesaba... Uno tiene capacidad cuando es joven!.

En la policía, después se organizó, había dos o tres médicos, uno hacía la parte asistencial y el otro las autopsias. Al principio me tocaba todo. Hacía asistencial, atendía a los familiares, andaba con botas. Y tenía que hacer autopsias en otros pueblos.

Me puse a estudiar psiquiatría en una época, porque tenía que ver mucha gente en Tribunales que cometía delitos en estado de alienación mental. Entonces tenía que orientar al juez y recomendarlo al Melchor Romero.

De entrada, los primeros dos años, la gente pagaba bien, porque podía pagar. Después vinieron todas las obras sociales. Ingresamos todos los médicos por intermedio del círculo, agremiados, entonces el Círculo médico hacía el contrato para todos, dependiente de la Federación Médica de la Provincia. Entonces empezamos a trabajar con las obras sociales que eran buenas, rendía muy bien, durante muchos años. Pero al final hemos seguido trabajando porque nos gustaba mucho la cardiología, pero no nos rendía para nada. Antes de jubilarme probé un año sin obra social y cada vez menos, la gente venía y no me pagaba. El 50% no volvía más, y se iban a los jóvenes. Se deterioró en los últimos 3 ó 4 años de la actividad. En el año '91, '92. (Dr. Héctor, 1922).

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN

En primer lugar permítaseme hacer algunas consideraciones de orden metodológico y resaltar la elaboración del instrumento de medición, que fue fruto de un largo proceso para llegar a una forma que hiciera surgir respuestas válidas por parte de los encuestados. No resulta fácil condensar una vida profesional de 30 o más años en los estrechos márgenes de un cuestionario, que tampoco podía ser extremadamente largo.

El segundo elemento a destacar es la representatividad de la muestra en tres variables demográficas muy importantes: sexo, edad y distrito geográfico, lo que garantiza también la representatividad de otros aspectos considerados en el cuestionario.

Por último, el análisis exhaustivo de los datos permite desmenuzar el entramado de una práctica profesional compleja y llena de matices y observar algunos aspectos de los cambios sociales acaecidos a lo largo del período en que estos médicos y médicas se desempeñaron.

Así, los datos acerca de la **familia de origen** muestran el ascenso social que motorizó a la sociedad argentina en los primeros cincuenta años del siglo XX. *M'hijo el doctor* no es sólo el título de una obra de teatro, refleja un poderoso movimiento que llevó a grandes capas de la sociedad a un status social más elevado a través de la educación, obtenida en una Universidad gratuita. Herzlich *et al.*¹ también señalan que estudiar Medicina constituyó un canal de ascenso social para los médicos franceses. Por otro lado, la comparación de la familia de origen con la que ellos/ellas formaron con el correr del tiempo, refleja el mayor grado de escolarización que se ha producido en la sociedad, especialmente entre las mujeres: la

diferencia en los niveles de escolaridad de las madres y esposas da cuenta de este fenómeno.

Otros resultados permiten constatar la **feminización** de la carrera de Medicina - el 80% de las mujeres se recibió después de 1950 - y las diferencias que el género establece en muchas de las variables consideradas. La postergación de la maternidad pero no de la paternidad es un ejemplo, entre muchos, de esas diferencias: el 35.0% de las mujeres y el 6.8% de los hombres no han tenido hijos.

En una investigación realizada por la autora en la Ciudad de La Plata en el año 1982² se encuestaron 617 médicos, de los cuales el 21% eran mujeres. Si se toman en cuenta las edades, las mujeres constituían el 25% de los médicos menores de 45 años y el 14% de los mayores de 46 años (en ese año los médicos del presente estudio hubieran estado ubicados en esta categoría y el porcentaje de mujeres no difiere del obtenido en esta investigación: 15.1%).

Más de la mitad realizó sus estudios en la Universidad de Buenos Aires y casi un tercio en la de La Plata, los que duraron, en promedio 7.75 años. En la investigación citada en el párrafo precedente ese valor era de 7.39 años y la diferencia entre ambos promedios no es significativa.

La **elección de la carrera** es un momento crucial en la vida de una persona y la *inclinación por materias afines a la Medicina o temas del mundo médico* pareció primar a la hora de decidir, seguida por otra que apunta al tipo de práctica que se deseaba realizar pero que tiene una connotación económica: *porque era una carrera que se podía ejercer en forma liberal* (esta categoría fue incluida a partir de las entrevistas realizadas, ya que esta motivación no surgió en otras investigaciones). Haber elegido Medicina porque era una *carrera de gran utilidad social* fue una razón que los

médicos egresados hasta 1944 dieron en mayor proporción que sus colegas más jóvenes.

En un censo realizado en 1969 en la Universidad de Buenos Aires³ se encontró que el 60% de los alumnos activos de la Facultad de Medicina no trabajaba, pero los datos recogidos en esta investigación muestran el fenómeno inverso, ya que la gran mayoría trabajó mientras cursaba sus estudios y esta proporción aumenta entre quienes se recibieron más tarde (después de 1960). Los datos de la investigación llevada a cabo en La Plata son coincidentes con los del presente estudio.

Si bien la mayoría de los médicos encuestados, para obtener su **formación práctica**, se desempeñó como practicante menor y mayor, entre los que egresaron más tarde aumenta la proporción de quienes lo hicieron como concurrentes, lo que es un indicador no sólo de los cambios en la curricula de la carrera sino también de la organización de los servicios hospitalarios. También las mujeres se desempeñaron en mayor proporción como concurrentes y eso se debe a que ingresaron en la carrera más tarde cuando el practicantado ya no era obligatorio.

Otra diferencia en la que el género se hace notar es en la obtención de **otro título** después de recibirse de médico: los hombres en mayor proporción que las mujeres tienen otro título, mayoritariamente el de Especialista o Doctor en Medicina.

Una amplia mayoría se dedicó a alguna **especialidad**, y, aunque la prueba de asociación no es significativa, hay una tendencia en el sentido de que quienes se recibieron después de 1944 han desarrollado una práctica especializada en mayor proporción que quienes egresaron antes de esa fecha.

La elección de la especialidad está fuertemente determinada por el género: las mujeres son mayoritariamente pediatras y ginecólogas y su presencia es imperceptible entre los cirujanos. Esta tendencia parece ir cambiando lentamente en la actualidad.

La **actualización**, actividad imprescindible en toda profesión, muestra a los médicos haciendo uso de diferentes fuentes para lograrla: los libros, en primer lugar, pero también la asistencia a cursos y congresos en el país y el contacto con colegas, de manera informal o en actividades programadas en el hospital, son formas referidas por más de las tres cuartas partes. También recurrieron a lo que llamé "el corpus de la bibliografía en castellano": revistas de la especialidad, de los laboratorios y visitantes médicos (que, además de las muestras y de su propio conocimiento, aportaban folletería). La conexión con el exterior, a través de revistas extranjeras, cursos y congresos fuera del país se dio en menor medida, seguramente asociada a su mayor costo y a la necesidad de conocer otros idiomas.

Los datos reflejan el complejo **desempeño de la práctica profesional** caracterizado por el ejercicio simultáneo de varias actividades, para la mayoría por lo menos dos, la atención hospitalaria y la práctica privada en su consultorio, pero también la atención de pacientes de la seguridad social en la institución o en su consultorio, la docencia y las tareas en organismos de la administración estatal.

Este multi-ejercicio también va cambiando a lo largo de la carrera profesional y es por eso que Herzlich y sus colaboradores hablan de un "poli - ejercicio" para denotar esta doble variabilidad⁴.

Los resultados también muestran las tendencias de la Medicina en el período: la disminución de la práctica como generalistas, el aumento de la especialización y el peso creciente de la seguridad social.

La complejidad del ejercicio profesional se tradujo en la imposibilidad, para la gran mayoría, de definir su ejercicio con una sola de las categorías presentadas, siendo la combinación más frecuente *práctica como profesional liberal* y *práctica hospitalaria*.

La combinación de las características de la práctica profesional permitió conformar seis **tipos empíricos**: el generalista lineal, el generalista diversificado, el docente, el médico de hospital a tiempo completo, el especialista lineal y el especialista diversificado. Herzlich *et al.*⁵ también describieron carreras lineales y carreras con poli - ejercicio para definir los siete grupos que hallaron al analizar la práctica profesional de los médicos franceses⁶.

El ejercicio en hospitales públicos o de comunidad significó, para la mayoría de quienes han trabajado en ellos, el **desempeño de cargos jerárquicos**, especialmente entre los hombres y los cirujanos. Estos últimos son descritos psicológicamente por Schufer y Figueroa⁷ como realistas, con conductas diligentes y activas de manipulación concreta de su medio físico y social y que triunfan en aspectos académicos y científicos.

En promedio, los médicos encuestados trabajaban 10.8 horas por día a los 5 años de recibidos, 11.4 horas, a los 15 años y 9.9 horas por día a los 30 años de egresados, sin diferencias por especialidad. En los dos primeros momentos los hombres trabajaban, en promedio, más que las mujeres, mientras que en el tercero las diferencias no eran significativas.

El trabajo en el **consultorio** constituía el modo obligado de la práctica profesional (sólo un 3.4% de la muestra no lo tuvo) y más de las tres cuartas partes se refieren a la instalación de su primer y, en general, único, consultorio. Este dato muestra la importancia de esa primera instalación como determinante del desempeño profesional posterior.

En general, instalaron el consultorio alrededor del año de egresados, en una ciudad en la que había otros médicos y donde vivía su familia. Fue instalado como consultorio, en su casa, para su uso exclusivo y financiado con fondos propios (aunque no es desdeñable el número de quienes recibieron ayuda familiar). La esposa se encargaba de abrir la puerta y atender el teléfono, aunque muy a menudo esas tareas eran realizadas por una secretaria u otra persona del servicio doméstico. Las consultas a domicilio eran muy comunes y la mayoría acudía siempre ante un llamado de urgencia. En los años posteriores a la instalación, la inversión más frecuente fue la compra de aparatos, especialmente para aquellos egresados antes de 1944.

Si bien en el conjunto, los **ingresos** por honorarios representaban el 60% y los provenientes de sueldos completaban el 100%, éste es un aspecto en el que el género y el año de egreso tienen su influencia: las mujeres cobran sueldos en mayor proporción y lo mismo sucede a medida que se avanza en las generaciones. Este mismo hallazgo está presente en la investigación de La Plata, en la que se encontraron porcentajes similares de ingresos provenientes por honorarios y sueldos.

El **destino de los ingresos** refleja el ciclo vital por el que fueron atravesando los médicos encuestados; así, a los 5 años de egresados, priorizan la formación mientras que a los 15 y a los 30 años, la posibilidad de disfrutar aparece con una frecuencia mayor.

En la investigación de La Plata se veía que las mujeres tenían características similares a las de los jóvenes y la hipótesis, que no se podía verificar, porque no se trataba de un estudio longitudinal, era que con el correr de los años, las mujeres se seguirían pareciendo a los jóvenes, en tanto que los hombres lograrían un crecimiento en la carrera que los

asemejaría al grupo de más edad. En este aspecto, el económico, esa hipótesis parece confirmarse: respecto del destino de sus ingresos, las mujeres, aun cuando dediquen sus ingresos en menor porcentaje a los distintos ítems, se parecen más a los hombres a los 5 años, pero ya a partir de los 15 años, las diferencias son abismales (del orden de 2 a 1).

La mayoría se declaró conforme con sus ingresos, pero es en el momento de consolidación de la carrera, alrededor de los 15 años de ejercicio, cuando las mujeres se muestran conformes con sus ingresos en una proporción sustancialmente menor que los hombres.

Los médicos han tenido una alta **participación** en las asociaciones científicas y gremiales, en muchos casos como miembros fundadores. Aunque las mujeres participaron en cargos directivos en menor medida que los hombres, su grado de participación fue alto. Entre quienes se recibieron entre 1945 y 1959 aumenta la participación en asociaciones gremiales, coincidiendo con una época de florecimiento del gremialismo médico.

La proporción de los médicos encuestados que tuvo **cargos políticos** es alta: una quinta parte de ellos declararon haber desempeñado actividades políticas. Esto los muestra como un grupo activo, interesado en las cuestiones del país y con una saliencia social que los hace elegibles para esas responsabilidades. Es interesante de destacar que entre los médicos entrevistados dos sobre diez (también una quinta parte) habían tenido cargos políticos y uno había dejado el pueblo donde había instalado su primer consultorio porque le insistían para que aceptara la intendencia del lugar.

La atención de pacientes de todos los sectores sociales, a quienes caracterizaron como más informados al final de su carrera profesional, a quienes muchas veces brindaron consejos no estrictamente médicos y cuyas

características personales eran tenidas en cuenta al prescribir estudios, medicamentos o tratamientos, son todos aspectos que dan un marco a la **relación médico-paciente**.

Otro aspecto a tener en cuenta son las **actitudes** que pueden describirse como "paternalismo médico", que se expresaron más fuertemente cuando se trataba de informar de una enfermedad grave: sólo una cuarta parte creía que había que decírselo al paciente, ya solo - los menos- o en forma conjunta con sus familiares. Frente a un paciente que no cumplía o que rechazaba el tratamiento, las actitudes aparecen como más contemporizadoras y tratar de convencerlo es la más frecuente.

La mayoría coincide respecto de cuál es el camino a seguir respecto de las prácticas populares: modificarlas a través de la educación.

Las opiniones están divididas con respecto a la utilidad de las terapias alternativas. La psicoterapia, en cambio, es aceptada unánimemente.

Es muy interesante destacar que en todos estos aspectos que hacen referencia a actitudes y opiniones no aparezcan las diferencias según género, especialidad o año de egreso de la Facultad que se vieron en otros aspectos más objetivos de la práctica médica. Baranchuk, Schufer, Pérez Martín *et al.*⁸ se refieren a la existencia de un "discurso único" de la profesión médica cuando analizan las opiniones de pediatras de distintas generaciones y este discurso unificado aparece también en este estudio.

Si bien consideraron que la **aparición de las Obras Sociales** significó la posibilidad de acceso a la atención médica de grandes sectores de la población, también señalaron aspectos negativos como el aumento de las tareas burocráticas, la disminución de sus ingresos y la limitación de la libre elección por parte del paciente, bandera ésta que las organizaciones gremiales médicas levantaron con energía durante todo el período. Esta

consecuencia de la aparición de las Obras Sociales fue sentida como más importante por quienes egresaron antes (hasta 1949), ya que habían ejercido su profesión en forma liberal durante más años que sus colegas más jóvenes.

El innegable progreso de la Medicina, con sus **avances tecnológicos**, aparece impactando la práctica cotidiana: la introducción de los antibióticos y los corticoides, la generalización de las inmunizaciones, el desarrollo del diagnóstico por imágenes, del análisis bacteriológico y de las biopsias, la organización de la terapia intensiva y la aparición de la quimioterapia, los adelantos en anestesiología, en las técnicas laparoscópicas y en la cirugía cardiovascular, la reflexión bioética y la inclusión de la psicoterapia son adelantos mencionados por más de la mitad de los encuestados.

Por cierto que los diferentes especialistas señalan como importantes los avances más ligados a su práctica y que el mayor impacto se produce en el momento de la introducción de un adelanto, porque las generaciones posteriores ya lo tienen integrado en su formación.

A la hora de señalar las **satisfacciones** que les deparó su ejercicio profesional, la mayoría señala *Actuar de acuerdo con los principios éticos de la Medicina, Acertar con el diagnóstico y el tratamiento, Estudiar seria y profundamente al paciente, Ayudar a la gente, Salvar vidas humanas y Recibir la gratitud de los pacientes*, en una configuración en donde están presentes tanto aspectos de la práctica como de la "misión" de la profesión.

Si se toman en cuenta las **insatisfacciones** señaladas por más del 50% de los médicos encuestados, éstas muestran un patrón distinto al principio y al final de la carrera. En los primeros años, la muerte y la incertidumbre en la evolución de un paciente son las dos que se señalan en mayor proporción; al final también integran el grupo de las más señaladas, pero su lugar es

distinto; en primer lugar aparece *Sentir que los médicos no tienen el prestigio que tenían* y en segundo, *la muerte de un paciente*. Pero el tercer lugar es ocupado por *La deshonestidad de algunos colegas*, tal vez una de las razones del desprestigio mencionado anteriormente, relegando la preocupación por la evolución de un paciente al cuarto lugar.

Pero cuando deben hacer el balance de su vida profesional, una abrumadora mayoría de cuatro quintos, sin diferencias por género, especialidad ni año de egreso de la Facultad, consideró que **volvería a repetir la elección**, porcentaje similar a los que dieron idéntica respuesta en la investigación de La Plata⁹. En Francia, las tres cuartas partes de los médicos encuestados por Herzlich *et al*¹⁰ dijeron que volverían a elegir su carrera. Este indicador de satisfacción se fundamenta en la vocación, en las características propias de la carrera, en el cumplimiento de una misión y en el haber vivido una vida feliz.

Referencias del Capítulo IX Discusión

¹ Herzlich, C. *et al.* *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France: Carrières et pratiques des médecins français 1939-1980*, Paris: Éditions INSERM, 1993.

² Schufer, M.L. *Descripción de los profesionales médicos de la Ciudad de La Plata*, Informe a la
Agremiación Médica de La Plata (mimeo), 1984.

³ Estudios sobre Salud y Educación Médica (ESEM), *Recursos humanos en los establecimientos asistenciales en la República Argentina*, Serie 2, N°1, Buenos Aires: Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.

⁴ Herzlich, C. *et al.*, 1993, op.cit., p. 99.

⁵ Herzlich, C. *et al.*, 1993, op.cit.

⁶ Los siete grupos son: entre las carreras lineales: generalista de ciudad (*généraliste de ville*) y carrera asalariada y entre las carreras con poli - ejercicio: elite generalista, carrera con polaridad clínica privada, carrera con polaridad hospitalaria, especialista de ciudad (*spécialiste de ville*), elite especialista.

⁷ Schufer, M.L., Figueroa, N.B.L.de *Práctica profesional y autoimagen de dos especialidades médicas*, *Revista Argentina de Cirugía*, 1992, 68 (6), 201-205.

⁸ Baranchuk, N.S., Schufer, M.L., Pérez Martín, M.A. *et al.* El impacto de los cambios sociales en el ejercicio de la Pediatría, *III° Simposio Argentino de Lactancia Materna y I° Encuentro de Pediatría Social y Lactancia Materna del Cono Sur*, Sociedad Argentina de
de

Pediatría, Mar del Plata, 1999.

⁹ Schufer, M.L., 1984, op.cit.

¹⁰ Herzlich, C. *et al.*, 1993, op.cit.

CAPÍTULO X

CONCLUSIONES

Llegados al final de este largo recorrido, en este último capítulo se destacarán sólo algunos elementos.

Es un interesante ejercicio ver cómo la historia de la profesión médica en la Argentina se ve reflejada por las teorías enunciadas en el primer capítulo de esta exposición.

Así, se puede observar que desde temprano en nuestra historia, los médicos intentaron transformar su ocupación en lo que sociológicamente se conoce por una "profesión": crearon una escuela para su formación, la que con el correr del tiempo devino en la Universidad de Buenos Aires; establecieron reglamentaciones que definían los límites de su práctica, pero a su vez los defendían de competidores firmemente arraigados en la cultura popular; lograron el control sobre otras ocupaciones que atendían la salud de la población (boticarios, comadronas).

Ya sea que, como dice Freidson, fueron hábiles para convencer a la elite de los méritos de su trabajo y obtuvieron a cambio su autonomía o como dice Navarro, que fue la elite quien estableció las profesiones, poniéndolas a su servicio, hay que reconocer que los médicos argentinos, o por lo menos muchos de ellos, han tenido una participación política, es decir un acercamiento al poder que no tuvieron otras profesiones. Tanto entre los médicos entrevistados como entre los encuestados para esta investigación una quinta parte había desempeñado cargos políticos, lo que a priori aparece como una proporción abultada si se la compara con la población general.

La historia reciente muestra las tendencias señaladas teóricamente: la aparición de las grandes corporaciones con la consiguiente disminución de la autonomía de los profesionales; la disminución de la brecha entre el saber médico y el saber lego, o por lo menos la aparición de un público más cuestionador; el aumento de la competencia entre los médicos y su progresivo asalaramiento.

El aumento en la oferta de médicos con relación al crecimiento de la población ha sido una constante en nuestro país y eso es independiente de la interpretación que se le dé: si hay una plétora médica o una plétora de especialistas o si de lo que se trata es de la existencia de un sistema de salud que no utiliza adecuadamente sus recursos humanos.

También, siguiendo una tendencia universal, la feminización de la profesión es un fenómeno que vino para quedarse y en estas páginas se da cuenta de él, tanto a través de los datos secundarios para la Provincia de Buenos Aires como de la distribución de sexo y edad en los médicos estudiados.

Esto nos lleva a la cuestión de género, que apareció muy claramente tanto en las entrevistas como en las encuestas. Comparándolas con sus colegas varones, las mujeres ingresaron más tarde a la profesión; postergaron su maternidad; realizaron en menor medida estudios de postgrado; se concentraron en algunas especialidades (pediatría y tocoginecología), siendo su presencia casi imperceptible en cirugía; tuvieron un desempeño menor en clínicas y sanatorios privados, en la administración pública y en la docencia universitaria y terciaria; accedieron en menor proporción a cargos jerárquicos en los hospitales públicos; trabajaron, en promedio, menos horas y estaban menos satisfechas con sus ingresos, que provenían, en gran parte, de trabajos

en relación de dependencia; si bien participaron de asociaciones científicas y gremiales, las posiciones de poder les fueron esquivas. Sin embargo, a la hora del balance, la conclusión de que volverían a elegir la carrera las hermanas con los hombres.

Porque como las teorías lo indican, la profesión es, aunque haya algunas excepciones, una ocupación para toda la vida, que impregna todos los aspectos de la misma y que, aunque se reconozcan sus más y sus menos, sus satisfacciones e insatisfacciones, ante la hipótesis de volver a elegir, la mayoría contesta que la elegirían otra vez, y ésta es una constante que aparece en las investigaciones realizadas en distintos momentos y lugares.

Los primeros años, en los que la instalación del consultorio constituye un hito importante, estructuran de tal manera la vida profesional que en las entrevistas se observó que los recordaban con lujo de detalles y que los años posteriores, en los que entra a jugar una suerte de rutina, son pasados en el relato como en un gran paréntesis. *Y así fueron pasando los años*, dice uno de ellos.

Tanto si se tiene en cuenta cada generación a lo largo de su desempeño como si se consideran las diferentes generaciones de médicos, los cambios en la práctica siguen las tendencias de la Medicina: hay una disminución de los generalistas, un aumento de los especialistas y un aumento de la atención de pacientes de la seguridad social.

Una constante en la práctica profesional es el ejercicio simultáneo de varias actividades. Si bien, para la mayoría, hay dos que casi por definición constituyen el núcleo de su actividad, el hospital y el consultorio, hay otras que se van agregando y van cambiando a lo largo de la vida activa, con lo que

la práctica configura no sólo un multi - ejercicio sino un poli - ejercicio complejo, difícil de definir aun para ellos mismos.

La tipología obtenida a partir de los datos nos muestra las diferentes maneras en que se encaró la profesión. Así, ya sea como generalistas o como especialistas, algunos desarrollaron una carrera más lineal, otros tuvieron una práctica más diversificada; un grupo poco numeroso, sin desdeñar sus otras actividades, se dedicó a la docencia, especialmente secundaria y otro fue primordialmente médico de hospitales públicos a tiempo completo.

Los relatos de ese puñado de médicos reflejan en extenso las vicisitudes de vidas plenas, y cualquiera de los encuestados podría haber hecho un relato igualmente interesante, aun cuando las situaciones o la configuración de hechos pudiera cambiar. Reflejan también los cambios acaecidos en la medicina y en la profesión médica, en un siglo en el que se pasó de la cataplasma a la clonación... La elección de la frase de Hesse con la que se abre esta tesis no es casual. Refleja la creencia en el protagonismo de todos y cada uno de nosotros en el devenir de la historia y en el aporte que cada uno pueda hacer para lograr una sociedad más digna de ser vivida.

AGRADECIMIENTOS

Como corresponde, una larga lista...

Nunca dejaré de agradecerle al Miembro de la Comisión de Doctorado, cuyo nombre no recuerdo, que, al observar el tiempo previsto para realizar la investigación me dijo "Ponga entre 1 y 6 años, que es lo establecido en el Reglamento, así tiene la posibilidad de entregarla en cualquier momento en ese período". Y está visto que mis previsiones eran erróneas, dado que necesité seis años para terminarla!

Deseo agradecer también:

- . al Dr. Federico Pégola, Director de mi tesis, por su interés y apoyo;
- . al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) que me otorgó un subsidio para realizar esta investigación, que se continúa con otra acerca de los médicos en actividad;
- . a las autoridades de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, de la Asociación de Médicos Jubilados (AMEJU) - La Plata y su filial en la Ciudad de Buenos Aires, que me permitieron obtener los listados de los médicos retirados para la realización del trabajo de campo, tanto en la etapa cualitativa como cuantitativa;
- . al personal de la Biblioteca de Profesionales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que tan amablemente fue acarreado las enormes pilas de vetustos tomos de *La Semana Médica*, *El día médico* y otras revistas, cuyos artículos forman parte de la larga bibliografía consultada.

. a los informantes claves, Dres. Jorge Feller, Carlos J. García Díaz, Alfredo Kohn Loncarica, Francisco Maglio, Federico Pégola y Marcos Urkovich (q.p.d);

. a los Dres./Dras. Vicente Castiglia, Félix Figueroa, Luis García, Fernando Matera, Eduardo Molinero, Teresa Pereira, Federico Pégola, Isabel Plachner de Molinero y Marcos Urkovich (q.p.d) y a las Lic. en Sociología Silvia Necchi y Graciela Prece, todos queridos/as amigos/as, que leyeron y releeron el cuestionario e hicieron sugerencias para mejorarlo;

. al Lic. Roberto Muiños, que tuvo a su cargo el procesamiento estadístico de los datos, dispuesto a cumplir, con su habitual bonhomía, mis pedidos de más cruces de variables, para satisfacer mi innato deseo de conocer algo más del entramado de los datos;

. a la Lic. Elizabeth Aranda Coria, que con paciencia, me ayudó a armar el extenso apéndice estadístico;

. al Dr. Federico Pégola, a la Dra. Isabel Plachner de Molinero y a la Lic. Silvia Necchi, por la cuidadosa lectura de la primera versión de esta tesis y por sus valiosas críticas y sugerencias;

y fundamentalmente

. a los 10 médicos retirados que entrevisté y a los 265 que respondieron mi encuesta, muchos de los cuales me felicitaron por la realización de este estudio y me auguraron éxito en la obtención de mi doctorado.

Por último, pero no menos importante, a mi madre, que durante 40 años fue la "eficiente colaboradora del médico"¹, a Jorge, que me acompaña en

¹ Abrines, H. La esposa, eficiente colaboradora de médico, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (85), 14-15.

la vida, y a mis hijos Magalí y Damián, que son mi mejor y más preciada obra.

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA**

**Tesis de Doctorado
CAMBIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS
CINCUENTA AÑOS**

**Tesista: Lic. Marta Leonor Schufer
Director de Tesis: Prof. Dr. Federico Pégola**



*Símbolo de Esculapio-Antigua Grecia
Efesos-Asia Menor*

Volumen II

**Investigación realizada con el subsidio PIP 027/98 del
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
(CONICET)
Sede: Centro de Investigaciones en Salud MEDICINA Y SOCIEDAD
Dirección Nacional de Derechos de Autor N° 141371**

Marzo de 2001

APÉNDICE A

GUÍA PARA ENTREVISTAS

Nombre y Apellido
Dirección
Teléfono
Fecha y hora entrevista
Duración

Temas a tratar

Datos Biográficos y Familiares

1. Lugar de nacimiento
2. Año de nacimiento
3. Ocupación padre/madre
4. ¿Algún médico en la familia?

Formación

1. Razones de la elección de la carrera/ Influencia familiar
2. Facultad a la que asistió/ Fecha de ingreso y de egreso/ Forma de financiamiento de los estudios
3. Experiencias vividas: estudios, dificultades, compañeros, actividad estudiantil y política.
4. Prácticas: practicantado, residencias.
5. Especialización

Práctica

1. Primeros años: práctica hospitalaria, instalación consultorio, otro tipo de práctica: docencia, investigación
2. Cambios o mudanzas, no sólo físicas sino de especialidad.
3. Características de la práctica: tipo de clientela, relación con el paciente, distribución del tiempo profesional, visitas domiciliarias, desplazamientos (¿en qué?)

4. Remuneración: honorarios/ sueldos
5. Relación con colegas
6. Empleados: secretaria, etc.
7. Días libres, vacaciones

Cambios en la Práctica

Debidos a los cambios en:

1. los métodos de diagnóstico
2. los métodos terapéuticos
3. el financiamiento (mutualidades, prepagos, obras sociales)
4. las características de los pacientes
5. en la autonomía para organizar la práctica, para prescribir
6. necesidades de actualización: de conocimientos, de equipos.

Situación Actual

1. Algún tipo de ejercicio profesional
2. Situación económica

Satisfacciones e Insatisfacciones Profesionales

1. Al principio de la carrera
2. Al final de la carrera
3. La elegiría otra vez

Otras Actividades

1. Políticas
2. Gremiales
3. Académicas

Comentarios

APÉNDICE B

CUESTIONARIO

ESTIMADO DR/DRA:

- * ESTA ENCUESTA FORMA PARTE DE UN ESTUDIO SOBRE LOS CAMBIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS CINCUENTA AÑOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SUS PROTAGONISTAS: LOS MÉDICOS.
- * SE HA DECIDIDO REALIZAR LA ENCUESTA A MÉDICOS RETIRADOS YA QUE SU EXPERIENCIA ES MUY VALIOSA Y SU ACTIVIDAD PROFESIONAL CUBRE EL PERÍODO EN ESTUDIO.
- * SU NOMBRE HA SIDO SELECCIONADO AL AZAR DEL LISTADO PROPORCIONADO POR LA CAJA DE SEGURO MÉDICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
- * NO ES NECESARIO CONOCER LA IDENTIDAD DEL RESPONDENTE, YA QUE LO QUE INTERESA ES OBTENER DATOS SOBRE GRUPOS DE PERSONAS, POR LO QUE LA ENCUESTA ES ANÓNIMA.
- * SE LE PIDE UN ESFUERZO DE MEMORIA, PERO SUS RESPUESTAS SON MUY IMPORTANTES PARA RECONSTRUIR UNA ÉPOCA PROFESIONAL EN LA QUE LOS CAMBIOS HAN SIDO MUY PROFUNDOS.
- * ENCIERRE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA RESPUESTA ELEGIDA.
EJEMPLO:

1. Sexo:

. masculino
. femenino

①
2

- * POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.
- * CUALQUIER COMENTARIO QUE QUIERA HACERNOS LLEGAR PUEDE ANOTARLO EN OBSERVACIONES.
- * UNA VEZ COMPLETADA LA ENCUESTA ROGAMOS NOS LA ENVÍE UTILIZANDO EL SOBRE ADJUNTO FRANQUEADO POR EL CORREO ARGENTINO.

MUCHAS GRACIAS!!!

1. Sexo: (1)
- . masculino 1
 - . femenino 2
2. ¿En qué año nació? (2)
3. ¿Dónde nació? (3)
- . La Plata 1
 - . interior de la Prov. de Bs As
- 2
- ¿dónde? 3
 - . Capital Federal 4
 - . interior del país
 - ¿dónde? 5
 - . exterior
 - ¿dónde?
4. ¿En qué Universidad cursó sus estudios de Medicina? (4)
-
5. ¿En qué año ingresó? (5)
6. ¿En qué año egresó? (6)
7. ¿Cuáles fueron las razones por las que eligió la carrera? (marque **las dos más importantes**) (7)
- 1 . padre u otro familiar médico
 - 2 . influencia de padres o familiares no médicos
 - 3 . influencias en la escuela (maestros o profesores)
 - 4 . inclinación por materias afines a la Medicina o temas del mundo médico
 - 5 . porque era una carrera de gran utilidad social
 - 6 . porque era una carrera prestigiosa
 - 7 . porque era una carrera que permitía obtener solidez económica
 - 8 . porque era una carrera que se podía ejercer en forma liberal
 - . otros (especificar)
-
-
8. ¿De qué forma fueron financiados sus estudios? (marque **todas** las que correspondan) (8)
- 1 . por su familia

. por su trabajo

. préstamos o créditos 3

. becas 4

. otros (especificar)

.....

.....

9. Si trabajó en forma rentada **antes** de recibirse, lo hizo durante... (9)

. toda la carrera 1

. los primeros años 2

. los últimos años 3

. no trabajó 4

10. Si trabajó en forma rentada antes de recibirse, ¿cuál era su actividad **principal**?

(10)

. empleado 1

. docente primario o secundario 2

. docente universitario (por ej. ayudante de cátedra) 3

. trabajador por cuenta propia 4

. comerciante 5

. practicante rentado en un hospital 6

. auxiliar paramédico 7

. otros (especificar)

11. Durante su carrera e inmediatamente después de recibido, para obtener su formación práctica Ud. (marque **todas** las alternativas que correspondan)

(11)

. fue . practicante menor 1

. practicante mayor 2

. concurrente 3

. médico interno 4

. médico externo 5

. médico de guardia 6

. médico en dispensario 7

. residente 8

. jefe de residentes 9

. becario 10

. realizó . cursos para graduados 11

. práctica privada 12

. otros (especificar)

12. ¿Se dedicó Ud. a alguna especialidad? (12)

. no, hice medicina general (pasa a Preg. 16) 1

. sí ¿a qué especialidad se dedicó? 2

.....

13. ¿Cómo obtuvo su especialización?
(13)

- . práctica hospitalaria 1
- . curso de especialista 2
- . otros cursos de posgrado 3
- . residencia 4
- . beca 5
- . otros (especificar).....

14. ¿Realizó su especialización inmediatamente después de recibirse?
(14)

- . sí 1
- . no ¿cuántos años después de recibido? 2

15. ¿Se dedicó Ud. exclusivamente a esa especialización? (15)

- . sí 1
- . no ¿a cuál o cuáles otras se dedicó?
2
.....
.....

16. ¿Obtuvo algún otro título después de recibirse de médico? (16)

- . no 1
- . Doctor en Medicina 2
- . Especialista 3
- . Diplomado en Salud Pública 4
- . otro (especificar)

17. En tres momentos de su carrera, a los 5 años, a los 15 años y a los 30 años después de recibido, ¿qué tipo de práctica realizaba? (marque **todas** las que correspondan a cada momento)

	5 años	15 años	30 años
. liberal como médico <u>general</u> en consultorio (17)	1	1	1
. liberal como médico <u>especialista</u> en consultorio (18)	2	2	2
. liberal en clínicas o sanatorios privados (19)	3	3	3
. desempeño en hospitales públicos o de colectividad (20)			
. tiempo parcial	4	4	4
. tiempo completo	5	5	5
. desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	6	6	6

(21)	. docencia:	(22)			
	. universitaria		7	7	7
	. terciaria		8	8	8
	. secundaria		9	9	9
	. otras tareas en relación de dependencia:				
(23)	. investigación		10	10	10
	. medicina laboral		11	11	11
	. dispensarios/centros de salud		12	12	12
	. auditoría médica		13	13	13
	. otras ¿cuáles?		.....	.....	.....
	. desempeño como médico de la Seguridad social				
	(Obras sociales, seguros prepagos)				
(24)	en su consultorio		14	14	14
	en la institución		15	15	15
	. otras (especificar)		.....	.....	.....
(25)			.....	.....	.....

18. ¿Tuvo Ud. cargos jerárquicos en los ámbitos en los que se desempeñó?. En caso afirmativo, ¿fueron obtenidos por concurso?

	<i>No</i>	<i>Sí</i>	
		<i>Por con- curso</i>	<i>Sin con- curso</i>
. Hospital (26)	1	2	3
. Sanatorio/clínica privado	1	2	3
(27)			
. Obra social/mutual	1	2	3
(28)			
. Administración pública (Municipalidad, FFAA, etc.)	1	2	3
(29)			
. Universidad (30)	1	2	3
. Otros (especificar)	.....	.....	.....
(31)			

19. En términos generales, ¿cómo describiría Ud. su práctica? (tenga en cuenta cuáles fueron sus actividades primordiales a lo largo de su carrera)

(32)

. práctica profesional liberal	1
. práctica hospitalaria	2

- . práctica asalariada 3
- . docencia 4
- . otros (especificar)

.....

Las preguntas siguientes se refieren a la **práctica profesional en su consultorio**, si es que lo tuvo (si nunca lo tuvo pasa a la Preg. 36). Por favor refiérase al consultorio en el que Ud. se desempeñó **por más tiempo**

20. ¿En que año instaló ese consultorio? (33)

21. ¿Hasta qué año se desempeñó en él? (34)

22. ¿Fue su primer consultorio? (35)

- . sí 1
- . no 2

23. ¿Dónde lo instaló? (36)

- . en el lugar donde vivía su familia 1
- . en el mismo lugar donde estudió 2
- . en el mismo lugar donde vivía su familia y estudió

3

- . en otro lugar 4

24. La localidad era (37)

- . una ciudad 1
- . un pueblo 2
- . una zona rural 3

25. ¿En el lugar había otros médicos? (38)

- . no 1
- . sí, pocos 2
- . sí, muchos 3

26. El consultorio funcionaba en (39)

- . su casa 1
- . en otro lugar 2

27. Fue (40)

- . comprado con la clientela 1
- . comprado sin la clientela 2
- . alquilado con la clientela 3
- . alquilado sin la clientela 4
- . construido por Ud. para consultorio 5
- . otros (especificar)

28. ¿Cómo financió esa instalación? (marque todas las alternativas que correspondan)
(41)

	. con ayuda familiar	1
	. con un préstamo	2
	. con fondos propios	3
	. otros (especificar)	
29. ¿Compartía ese consultorio?		(42)
	. no	1
	. sí, con médicos de la misma especialidad	2
	. sí, con médicos de distinta especialidad	3
4	. sí, con mi cónyuge de la misma especialidad	
	. sí, con mi cónyuge de distinta especialidad	5
	. otros (especificar)	
30. ¿Quién le ayudaba a abrir la puerta o a atender el teléfono?		(43)
	. secretaria	1
	. una enfermera	2
	. una persona del servicio doméstico	3
	. su cónyuge	4
	. nadie	5
	. otro ¿quién?	
31. Mientras tuvo ese consultorio, ¿realizaba Ud. consultas a domicilio?		(44)
	. no	1
	. sí, pocas	2
	. sí, muchas	3
32. Cuando lo llamaban por una urgencia domiciliaria		(45)
	. iba siempre	1
	. iba sólo si el paciente era cliente suyo	2
	. trataba de derivarlo a otro médico	3
	. no atendía urgencias	4
	. otro (especificar)	
33. ¿Cómo fijaba sus honorarios?		(46)
1	. según la capacidad económica de sus clientes	
	. de acuerdo a lo que cobraban sus colegas	2
	. de acuerdo al nomenclador	3
	. otros (especificar).....	
34. La atención de pacientes de Obra social o seguro prepago, significó para Ud.		(47)
	. un aumento de sus ingresos	1
	. una disminución de sus ingresos	2
	. no lo afectó	3
4	. no atendía pacientes de Obra social	

35. En los años posteriores a la instalación de ese consultorio, (marque **todas** las alternativas que correspondan)

(48)

- . adquirió aparatos 1
- . se mudó dentro de la misma localidad 2
- . separó su vivienda de su consultorio
- 3
- . modificó su consultorio (agregó una sala de espera, o un escritorio separado del consultorio) 4
- . amplió su consultorio (agregó consultorios para otros médicos o quirófano para pequeñas intervenciones)
- 5
- . lo convirtió en una clínica o sanatorio 6
- . compró una clínica o sanatorio 7
- . abrió otros consultorios 8
- . otros (especificar)
-

36. En tres momentos de su carrera, a los 5 años, a los 15 años y a los 30 años después de recibido,

	<i>5 años</i>	<i>15 años</i>	<i>30 años</i>
aproximadamente, ¿cuántas horas trabajaba por día?.....

(49)

aproximadamente, ¿qué porcentaje de sus ingresos provenían de (50)			
. honorarios.....	.....	.....	.....
. sueldos.....	.....	.....	.....
. otros	.....	.....	.....
	-----	-----	-----
	100 %	100 %	100 %
en términos generales, sus ingresos le alcanzaban para (marque todas las alternativas que correspondan)			
. vivir decorosamente..... (51)	1	1	1
. darse algunos gustos..... (52)	2	2	2
. aumentar el confort de su hogar..... (53)	3	3	3
. adquirir instrumentos para el ejercicio profesional..... (54)	4	4	4
. veranear..... (55)	5	5	5
. comprar bibliografía..... (56)	6	6	6
. asistir a congresos, cursos, seminarios..... (57)	7	7	7
. comprar o cambiar el auto..... (58)	8	8	8
. realizar inversiones..... (59)	9	9	9
. realizar viajes de placer..... (60)	10	10	10
. realizar viajes de estudios..... (61)	11	11	11
. contribuir al mantenimiento del hogar..... (62)	12	12	12
. no le alcanzaban para vivir decorosamente.. (63)	13	13	13
en términos generales, ¿estaba Ud. conforme			

con los ingresos que percibía? (64)			
. muy conforme	1	1	1
. conforme	2	2	2
. término medio	3	3	3
. desconforme	4	4	4
. muy desconforme	5	5	5

37. ¿Tuvo Ud alguna otra actividad remunerada aparte de su profesión?

(65)	. no	1
	. sí ¿cuál?.....	2

38. ¿Realizaba, en forma continuada, alguna otra actividad no profesional?

(66)	. no	1
	. sí ¿de qué tipo?	
	. artística	3
	. deportiva	4
	. política	5
	. de apoyo a la comunidad	6
	. otro (especificar)	
	

39. Si desempeñó cargos políticos, fue (67)

. funcionario jerárquico de salud pública (por ej. secretario de salud pública)	1
. concejal	2
. intendente	3
. diputado	4
. senador	5
. otros (especificar).....	
. no tuvo cargos políticos	6

40. ¿Cómo se mantenía actualizado? (marque las alternativas que **más** han contribuido a su formación profesional)

A través de		
. revistas de los laboratorios		1
(68)		
. revistas de la especialidad	(69)	
. nacionales ¿estaba suscripto?		
. no		2
. sí		3
. extranjeras ¿estaba suscripto?		
. no		4
. sí		5

. asistencia a congresos	(70)	
. en el país		6
. en el exterior		7
. asistencia a cursos y seminarios		8
(71)		9
. en el país		
. en el exterior		
. asistencia a actividades académicas en el hospital (ateneos, etc.)		10
(72)		
. contacto con colegas		11
(73)		
. visitantes médicos	(74)	12
. libros	(75)	13
. otros (especificar).....	(76)	

41. ¿Es o fue miembro de sociedades científicas o gremiales?

(77)

. no 1

. sí ¿de cuáles?

. científicas 3

. gremiales 4

42. Si es o fue miembro de alguna sociedad científica o gremial, ¿qué actividades realiza o realizaba? (marque **todas** las alternativas que correspondan)

	<i>Científica</i>	<i>Gremial</i>
. pagar la cuota solamente	1	1
(78)		
. concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	2	2
(79)		
. dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	3	3
(80)		
. ir a las asambleas o votar en las elecciones	4	4
(81)		
. participar de subcomisiones o grupos de trabajo	5	5
(82)		
. participar de la comisión directiva	6	6
(83)		
. participar de la fundación de la asociación	7	7
(84)		

. otros (especificar)	(85)
-----------------------	------	-------	-------

43. ¿En que año se jubiló? (86)

44. ¿Realiza actualmente algún tipo de actividad ligada a su profesión?

(87)

- . no 1
- . sí ¿cuál?..... 2

45. ¿Cómo es su situación económica actual? (88)

- . le alcanza para vivir cómodamente 1
- . no le alcanza para vivir cómodamente 2

46. En algún momento de su carrera su independencia de criterio para prescribir estudios, medicamentos o tratamientos se vio influenciada por alguno de estos factores

	No	Sí
. los lineamientos de las autoridades de la/s institución/es en la/s que trabajaba (89)	1	2
. la consideración de alguna característica de los pacientes (por ej. sus posibilidades económicas) (90)	1	2
. los deseos de los pacientes de salir de la consulta con alguna prescripción (91)	1	2
. la necesidad de dar por concluída una consulta (92)	1	2
. la ansiedad que provoca la incertidumbre acerca de la enfermedad o el estado del paciente (93)	1	2

47. En términos generales ¿qué características tenían los pacientes **al principio** y **al final** de su carrera?

	(94) <i>Al principio</i>	(95) <i>Al final</i>
. agradecidos	1	1
. cooperadores	2	2
. críticos	3	3
. dependientes	4	4
. escépticos	5	5
. exigentes	6	6
. fatalistas	7	7
. fieles	8	8
. informados	9	9

. respetuosos	10	10
---------------	----	----

48 ¿Le ha sucedido que los pacientes le pidieran consejos no estrictamente médicos?
(96)

- . no 1
- . sí, ocasionalmente 2
- . sí, frecuentemente 3

49. En términos generales, ¿a qué sectores sociales pertenecían sus pacientes?
(97)

- . sectores populares 1
- . sectores medios 2
- . sectores altos 3
- . a todos los sectores 4

50. Según su opinión, ¿qué hay que hacer cuando..... (marque **una sola** respuesta)

...un paciente no cumple con el tratamiento? (98)

- . retarlo 1
- . indicarle que vea a otro médico 2
- . convencerlo de la necesidad del tratamiento 3
- . cambiar el tratamiento para lograr de que lo cumpla 4
- . otros (especificar).....

...un paciente tiene una enfermedad grave? (99)

- . decírselo al paciente 1
- . decírselo a los familiares 2
- . decírselo a ambos 3
- . no decirlo 4
- . otros (especificar).....

...un paciente se niega a recibir un tratamiento, por ej. una transfusión de sangre?
(100)

- . hacérsela igual 1
- . convencerlo de la necesidad del tratamiento 2
- . no hacérsela 3
- . recurrir a la justicia 4
- . otros (especificar).....

51. Según su opinión, las prácticas populares, tales como tirar el cuerito o tomar té medicinal, deben ser... (marque **una sola** respuesta)
(101)

- . modificadas a través de la educación

1

- 2 . aceptadas ya que la gente las seguirá usando
- 2 . integradas por el médico en su práctica

3

52. Según su opinión, la aparición de las Obras sociales significó..... (señale la importancia de **cada ítem** aunque Ud. no haya atendido por Obra Social)

	<i>Nada im- portante</i>	<i>Poco im- portante</i>	<i>Impor- tante</i>	<i>Muy im- portante</i>
. la posibilidad de que muchas personas tuvieran acceso a la atención médica (102)	1	2	3	4
. un aumento de las tareas burocráticas del médico (103)	1	2	3	4
. la intromisión de un tercero en la relación médico-paciente (104)	1	2	3	4
. un cercenamiento de la libre elección del médico por parte del paciente (105)	1	2	3	4
. una disminución en la libertad del médico para decidir acerca de los métodos de diag- nóstico a utilizar o de los tratamientos a prescribir (106)	1	2	3	4
. una disminución de los ingresos monetarios de los médicos (107)	1	2	3	4

53. Según su opinión, ¿las medicinas alternativas (homeopatía, acupuntura, fitoterapia) son útiles para la práctica médica? (108)

- . no 1
- . sí 2
- . sin opinión 3

54. Según su opinión, ¿la psicoterapia es útil para la práctica médica?
(109)

- . no 1
- . sí 2
- . sin opinión 3

55. Qué avances o cambios tecnológicos tuvieron **mayor** impacto en **su** práctica profesional?

- . en los medicamentos (110)

	. analgésicos	1
	. antibióticos	2
	. corticoides	3
	. hipotensores	4
	. inmunizaciones	5
	. sedantes	6
	. soluciones hidroelectrolíticas	
7	. otros (especificar).....	
	
. en los métodos de diagnóstico		(111)
	. biopsias	1
	. análisis bacteriológico	2
	. diagnóstico por imágenes (Eco, TAC, Res.MN)	3
	. estudios metabólicos	
4	. otros (especificar).....	
	
. en los métodos de tratamiento		(112)
	. quimioterapia	1
	. rehabilitación	
2	. terapia intensiva	3
	. terapias radiantes	4
	. terapias respiratorias	5
	. tratamiento del recién nacido	
6	. otros (especificar).....	
	
. en las técnicas quirúrgicas		(113)
	. adelantos en anestesiología	1
	. cirugía cardiovascular	
2	. cirugía del recién nacido	3
	. laparoscopia	4
	. microcirugía	5
	. neurocirugía	6
	. técnicas endoscópicas	
7	. trasplantes	8
	. otros (especificar).....	
	
. otros		(114)
	. bioética	1
	. institucionalización del parto	
2		

- . psicoterapia
- . otros (especificar).....
-

56 ¿Cuál fue el nivel de educación alcanzado por su padre, madre y cónyuge, si corresponde? (consignar los datos aunque hayan fallecido)

	(115)	(116)	(117)
	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Cónyuge</i>
. sin estudios o primario incompleto	1	1	1
. primario completo	2	2	2
. secundario incompleto	3	3	3
. secundario completo	4	4	4
. terciario incompleto	5	5	5
. terciario completo	6	6	6
. universitario incompleto (especificar carrera)	.....	.....	.....
. universitario completo (especificar carrera)	.....	.....	.....
. otro (especificar)	.....	.....	.....

57. ¿Cuál es o fue la ocupación principal de su padre, madre y cónyuge, si corresponde? (consignar los datos aunque estén jubilados o hayan fallecido)

	(118)	(119)	(120)
	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Cónyuge</i>
. ama de casa		1	1
. industrial, empresario, productor agropecuario	2	2	2
. profesional independiente	3	3	3
. ejecutivo, gerente	4	4	4
. militar	5	5	5
. comerciante	6	6	6
. docente	7	7	7
. empleado jerarquizado	8	8	8
. empleado especializado	9	9	9
. empleado no especializado	10	10	10
. oficios varios	11	11	11
. obrero	12	12	12

. otro (especificar)
----------------------	-------	-------	-------

58. ¿Tuvo o tiene hijos? (121)

. no (pasa a Preg. 60) 1

. sí ¿cuántos? 2

59. ¿Sus hijos han seguido la carrera de Medicina? (122)

. no 1

. sí ¿cuántos? 2

60. ¿Tuvo o tiene **otros** familiares médicos? (123)

. no 1

. sí ¿quiénes?

. abuelo/a 3

. suegro/a 4

. tío/a 5

. hermano/a 6

. cuñado/a 7

. primo/a 8

. sobrino/a 9

. nieto/a 10

61. ¿En qué ciudad vive Ud. actualmente? (124)

62. ¿Cuáles fueron las **principales** satisfacciones profesionales **al principio** y **al final** de su carrera?

<i>Satisfacciones</i>	(125)	(126)
	<i>Al principio</i>	<i>Al final</i>
. salvar vidas humanas	1	1
. ser independiente	2	2
. actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina	3	3
. poner la profesión al servicio de las necesidades del país	4	4
. estudiar seria y profundamente al paciente	5	5
. ocupar una posición influyente en la sociedad	6	6
. tener una buena posición económica	7	7

. acertar con el diagnóstico y el tratamiento	8	8
. recibir la gratitud de los pacientes	9	9
. ayudar a la gente	10	10
. otro (especificar)	.....	.....

63. ¿Cuáles fueron las **principales** insatisfacciones profesionales **al principio** y **al final** de su carrera?

<i>Insatisfacciones</i>	(127) <i>Al principio</i>	(128) <i>Al final</i>
. tener poco tiempo para estudiar	1	1
. no percibir una remuneración acorde con sus responsabilidades	2	2
. que los pacientes pidan algo reñido con la ética	3	3
. sentir que los médicos no tienen el prestigio que tenían	4	4
. ser objeto de críticas	5	5
. no ser tan independiente como hubiera deseado	6	6
. tener muchos gastos profesionales	7	7
. no acertar con el diagnóstico y el tratamiento	8	8
. trabajar presionado por el tiempo	9	9
. la deshonestidad de algunos colegas	10	10
. la muerte de un paciente	11	11
. la incertidumbre sobre la evolución de un paciente	12	12
. la ingratitud de algunos pacientes	13	13
. dedicar mucho tiempo a tareas administrativas	14	14
. no contar con los medios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.) necesarios	15	15
. otro (especificar)	.....	.....

64. ¿Volvería a elegir Medicina?

(129)

. no

1

¿por qué no?

.....

.....

.....

. sí

2

¿por qué sí?

.....

.....

.....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

APÉNDICE C

TABLAS ESTADÍSTICAS

Tabla 1
Cantidad de médicos en los censos

Años	Cantidades		Número de habitantes por médico	
	Total República	Capital Federal	Total República	Capital Federal
1869	458	243	4.098	770
1895	1.648	646	2.454	1.028
1909	-	1.188	-	1.230
1914	3.542	1.765	2.226	893
1947	16.240	7.519	988	397

Citado en De Pablo, V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959), *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 597-609.

Tabla 2
Distribución geográfica de los médicos existentes al 1° de junio de 1954 (estimaciones)

División Política	AL I/VI/1954	
	Médicos	Habitantes por médicos
Total del país	22.412	836
Capital Federal	10.426	335
Gran Buenos Aires	1.689	1.147
Buenos Aires (resto)	2.828	1.047
Catamarca	64	2.592
Córdoba	1.965	892
Corrientes	202	2.516
Chaco	226	2.498
Chubut	63	2.150
Entre Ríos	390	2.280
Formosa	52	3.127
Jujuy	98	2.186
La Pampa	93	1.990
La Rioja	72	1.671
Mendoza	473	1.511
Misiones	115	2.707
Neuquén	48	2.180
Río Negro	95	1.777
Salta	204	1.743
San Juan	243	1.303
San Luis	76	2.353
Santa Cruz	31	991
Santa Fe	2.415	793
Santiago del Estero	156	3.564
Tierra del Fuego	3	2.333
Tucumán	385	1.851

Fuente: De Pablo, V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959), *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 597-609.

Tabla 3

Cálculo de médicos en la República para los años 1954-1958

Al 31 de Diciembre de	Egresados y extranjeros nuevos	Fallecidos esperados	Cantidad al 31 de Diciembre
1954	1.230	200	22.760
1955	3.000	215	25.545
1956	1.850	230	27.165
1957	2.350	250	29.265
1958	3.000	260	32.005

Fuente: De Pablo, V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959), *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 597-609.

Tabla 4

Distribución geográfica de los médicos existentes a fines de 1959 (estimaciones)

División Política	AL 31/XII/1959	
	Médicos	Habitantes por médicos
Total del país	29.300	730
Capital Federal	12.690	300
Gran Buenos Aires	-	-
Buenos Aires (resto)	6.143*	875
Catamarca	74	2.450
Córdoba	3.665	625
Corrientes	262	2.525
Chaco	254	2.700
Chubut	98	1.400
Entre Ríos	369	2.650
Formosa	62	3.300
Jujuy	109	2.350
La Pampa	103	1.875
La Rioja	83	1.550
Mendoza	769	1.050
Misiones	142	2.650
Neuquén	52	2.350
Río Negro	100	1.975
Salta	246	1.725
San Juan	262	1.375
San Luis	96	1.975
Santa Cruz y Tierra del Fuego	30	2.025
Santa Fe	2.977	700
Santiago del Estero	203	3.000
Tucumán	511	1.600

* Comprende toda la provincia. Fuente: De Pablo, V. Distribución y futuro de los médicos en la Argentina, *El Día Médico*, 1960, 32, 1497-1500.

Tabla 5

Tasas quinquenales de crecimiento de la población y de los médicos, 1925 - 1960

Año	Tasa quinquenal de crecimiento de la población %	Médicos			
		Número	Tasa quinquenal de crecimiento %	Por cada 10.000 habitantes	N° de habitantes por profesional
1925	-	4.617	-	4.40	2.273
1930	14.73	6.946	50.44	5.77	1.733
1935	9.14	9.334	34.38	7.10	1.408
1940	8.64	11.925	27.76	8.35	1.198
1945	8.65	14.750	23.69	9.50	1.053
1950	12.26	18.517	25.54	10.63	941
1955	10.81	22.780	23.02	11.80	847
1960	9.53	28.623	25.65	13.54	739

Fuente: Almada, M.A. Horowitz, M.A., Zalduendo, E.A., *Los recursos humanos de nivel universitario y técnico en la República Argentina*, Parte I, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1964.

Tabla 6

Estimación de las edades de los médicos a fin de 1965

Grupo de edades	Médicos
20-24	841
25-29	5.773
30-34	6.159
35-39	5.251
40-44	4.412
45-49	3.449
50-54	2.813
55-59	2.337
60-64	1.908
65-69	1.269
70-74	663
75-79	343
80 y más	184
TOTAL	35.402

Fuente: Almada, M.A. Horowitz, M.A., Zalduendo, E.A., *Los recursos humanos de nivel universitario y técnico en la República Argentina*, Parte I, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1964.

Tabla 7
Distribución de médicos por provincias, 1964

Provincia	Número de médicos	N° de habitantes por médico
Total del país	31.204	709
Capital Federal	12.113	254
Buenos Aires	8.102	962
Catamarca	99	1.887
Córdoba	2.951	649
Corrientes	318	1.818
Chaco	280	2.128
Chubut	174	943
Entre Ríos	637	1.333
Formosa	83	2.500
Jujuy	152	1.818
La Pampa	130	1.250
La Rioja	105	1.333
Mendoza	1.290	725
Misiones	199	2.273
Neuquén	76	1.613
Río Negro	150	1.471
Salta	322	1.449
San Juan	386	1.031
San Luis	134	1.389
Santa Cruz	50	1.176
Santa Fe	2.722	730
Santiago del Estero	206	2.439
Tierra del Fuego	13	637
Tucumán	512	1.695

Fuente: Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), Distribución de médicos en la República Argentina por provincia y departamento, 1964, *Tema de Divulgación Interna*, N°43.

Tabla 8
Distribución de médicos por provincias, 1969

Provincia	Número de médicos
Total del país	45.340
Capital Federal	18.116
Buenos Aires	11.999
Catamarca	145
Córdoba	4.666
Corrientes	412
Chaco	345
Chubut	198
Entre Ríos	827
Formosa	119
Jujuy	228
La Pampa	168
La Rioja	124
Mendoza	1.497
Misiones	239
Neuquén	135
Río Negro	227
Salta	429
San Juan	497
San Luis	177
Santa Cruz	84
Santa Fe	3.469
Santiago del Estero	258
Tierra del Fuego	14
Tucumán	967

Fuente: Estudios sobre Salud y Educación Médica (ESEM), *Recursos humanos en los establecimientos asistenciales en la República Argentina*, Serie 2, N°1, Buenos Aires: Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.

Tabla 9

Estimación de la distribución de médicos por provincia, 1992

Provincia	Población 1991	Médicos 1992	Habitantes/médico
Total del país	32.608.687	88.800	367
Capital Federal	2.960.976	26.195	113
Buenos Aires	12.582.321	21.934	574
Catamarca	265.571	532	499
Córdoba	2.764.176	9.502	291
Corrientes	795.021	1.421	559
Chaco	838.303	1.332	629
Chubut	356.587	710	502
Entre Ríos	1.022.865	2.131	480
Formosa	404.367	444	911
Jujuy	513.992	1.066	482
La Pampa	260.034	533	488
La Rioja	220.729	444	497
Mendoza	1.414.058	3.641	388
Misiones	789.677	977	808
Neuquén	388.934	799	487
Río Negro	506.796	1.066	475
Salta	866.771	1.510	534
San Juan	529.920	1.243	426
San Luis	286.334	622	460
Santa Cruz	159.964	266	601
Santa Fe	2.797.293	8.347	335
Santiago del Estero	672.301	977	688
Tierra del Fuego	69.450	89	780
Tucumán	1.142.247	3.019	478

Fuente: Abramzon, M.C. *Recursos humanos en salud* (mimeo), Ministerio de Salud, 1993.

Tabla 10

Provincia de Buenos Aires: Número de médicos, tasa de crecimiento (total, mujeres y varones) y razón de masculinidad, 1971 - 1996

Año	Total	Tasa de crecimiento	Mujeres	Tasa de crecimiento	Varones	Tasa de crecimiento	R de masc.
1971	14.316	100.0	1.755	100.0	12.561	100.0	7.2
1976	18.666	130.4	2.853	162.6	15.813	125.9	5.5
1981	23.674	165.4	4.920	280.3	18.754	149.3	3.8
1986	31.641	221.0	8.394	478.3	23.247	185.1	2.6
1991	34.851	243.4	10.083	574.5	24.768	197.2	2.3
1996	39.308	274.6	12.446	709.2	26.862	213.9	2.0

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 11

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1971

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	96	0.7	20	1.1	76	0.6	3.8
25-29	2.100	14.7	383	21.8	1.717	13.7	4.5
30-34	3.135	21.9	542	30.9	2.593	20.6	4.8
35-39	2.852	19.9	420	23.9	2.432	19.4	5.8
40-44	1.880	13.1	217	12.4	1.663	13.2	7.7
45-49	1.378	9.6	81	4.6	1.297	10.3	16.0
50-54	1.015	7.1	49	2.8	966	7.7	19.7
55-59	822	5.7	28	1.6	794	6.3	28.4
60-64	630	4.4	11	0.6	619	4.9	56.3
65-69	304	2.1	4	0.2	300	2.4	75.0
70-74	78	0.5	0	0.0	78	0.6	
75 y más	26	0.2	0	0.0	26	0.2	
Total	14.316	100.0	1.755	100.0	12.561	100.0	7.2

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 12

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1976

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	81	0.4	19	0.7	62	0.4	3.3
25-29	2.754	14.8	610	21.4	2.144	13.6	3.5
30-34	3.798	20.3	766	26.8	3.032	19.2	4.0
35-39	3.435	18.4	602	21.1	2.833	17.9	4.7
40-44	2.979	16.0	454	15.9	2.525	16.0	5.6
45-49	1.921	10.3	230	8.1	1.691	10.7	7.4
50-54	1.344	7.2	85	3.0	1.259	8.0	14.8
55-59	968	5.2	48	1.7	920	5.8	19.2
60-64	709	3.8	29	1.0	680	4.3	23.4
65-69	447	2.4	4	0.1	443	2.8	110.8
70-74	181	1.0	5	0.2	176	1.1	35.2
75 y más	49	0.3	1	0.0	49	0.3	49.0
Total	18.666	100.0	2.853	100.0	15.813	100.0	5.5

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 13

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1981

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	311	1.3	149	3.0	162	0.9	1.1
25-29	4.133	17.5	1.437	29.2	2.696	14.4	1.9
30-34	4.715	19.9	1.176	23.9	3.539	18.9	3.0
35-39	3.932	16.6	783	15.9	3.149	16.8	4.0
40-44	3.215	13.6	587	11.9	2.628	14.0	4.5
45-49	2.745	11.6	436	8.9	2.309	12.3	5.3
50-54	1.782	7.5	214	4.3	1.568	8.4	7.3
55-59	1.251	5.3	82	1.7	1.169	6.2	14.3
60-64	825	3.5	30	0.6	795	4.2	26.5
65-69	475	2.0	19	0.4	456	2.4	24.0
70-74	201	0.8	3	0.1	198	1.1	66.0
75 y más	89	0.4	4	0.1	85	0.5	21.3
Total	23.674	100.0	4.920	100.0	18.754	100.0	3.8

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 14

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1986

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	98	0.3	42	0.5	56	0.3	1.3
25-29	4.979	16.5	2.359	28.4	2.620	12.0	1.1
30-34	6.965	23.0	2.476	29.8	4.489	20.5	1.8
35-39	5.217	17.3	1.336	16.1	3.881	17.7	2.9
40-44	3.942	13.0	800	9.6	3.142	14.3	3.9
45-49	3.142	10.4	574	6.9	2.568	11.7	4.5
50-54	2.642	8.7	428	5.1	2.214	10.1	5.2
55-59	1.679	5.6	204	2.5	1.475	6.7	7.2
60-64	1.081	3.6	76	0.9	1.005	4.6	13.2
65-69	314	1.0	16	0.2	298	1.4	18.6
70-74	114	0.4	5	0.1	109	0.5	21.8
75 y más	48	0.2	2	0.0	46	0.2	23.0
Total	30.221	100.0	8.318	100.0	21.903	100.0	2.6

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 15

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1991

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	152	0.5	84	0.8	68	0.3	0.8
25-29	2.427	7.4	1.043	10.5	1.384	6.0	1.3
30-34	6.690	20.3	3.007	30.2	3.683	16.0	1.2
35-39	7.180	21.8	2.519	25.3	4.661	20.2	1.9
40-44	5.106	15.5	1.325	13.3	3.781	16.4	2.9
45-49	3.801	11.5	774	7.8	3.027	13.1	3.9
50-54	3.034	9.2	564	5.7	2.470	10.7	4.4
55-59	2.496	7.6	413	4.1	2.083	9.0	5.0
60-64	1.492	4.5	175	1.8	1.317	5.7	7.5
65-69	429	1.3	39	0.4	390	1.7	10.0
70-74	108	0.3	8	0.1	100	0.4	12.5
75 y más	64	0.2	2	0.0	62	0.3	31.0
Total	32.979	100.0	9.953	100.0	23.026	100.0	2.3

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 16

Provincia de Buenos Aires: Distribución por edad y sexo y razón de masculinidad, 1996

Edad	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
-25	294	0.8	147	1.2	147	0.6	1.0
25-29	3.200	8.7	1.541	12.6	1.659	6.7	1.1
30-34	4.969	13.4	2.052	16.8	2.917	11.8	1.4
35-39	7.282	19.7	3.091	25.3	4.191	16.9	1.4
40-44	7.054	19.1	2.414	19.8	4.640	18.7	1.9
45-49	4.767	12.9	1.231	10.1	3.536	14.3	2.9
50-54	3.623	9.8	737	6.0	2.886	11.6	3.9
55-59	2.798	7.6	547	4.5	2.251	9.1	4.1
60-64	2.084	5.6	334	2.7	1.750	7.1	5.2
65-69	694	1.9	76	0.6	618	2.5	8.1
70-74	159	0.4	18	0.1	141	0.6	7.8
75 y más	64	0.2	8	0.1	56	0.2	7.0
Total	36.988	100.0	12.196	100.0	24.792	100.0	2.0

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 17

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito* y sexo y razón de masculinidad, 1971

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	1.912	13.4	289	16.5	1.623	12.9	5.6
2 / Avellaneda	3.257	22.8	462	26.3	2.795	22.3	6.0
3 / Morón	1.804	12.6	228	13.0	1.576	12.5	6.9
4 / Vicente López	3.139	21.9	438	25.0	2.701	21.5	6.2
5 / Luján	914	6.4	89	5.1	825	6.6	9.3
6 / Junín	707	4.9	49	2.8	658	5.2	13.4
7 / Nueve de Julio	369	2.6	28	1.6	341	2.7	12.2
8 / Azul	515	3.6	39	2.2	476	3.8	12.2
9 / Mar del Plata	1.060	7.4	77	4.4	983	7.8	12.8
10 / Bahía Blanca	639	4.5	56	3.2	583	4.6	10.4
TOTAL	14.316	100.0	1.755	100.0	12.561	100.0	7.2

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

- * Distrito 1: Berisso, Cnel. Brandsen, Ensenada, Magdalena, La Plata, San Vicente
 Distrito 2: Alte. Brown, Avellaneda, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes
 Distrito 3: Cañuelas, E.Echeverría, Gral. Las Heras, La Matanza, Marcos Paz, Merlo, Morón
 Distrito 4: Gral. San Martín, San Fernando, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Vte.López
 Distrito 5: Campana, Chivilcoy, Exaltación de la Cruz, Escobar, Gral. Rodríguez, Gral. Sarmiento, Luján, Mercedes, Moreno, Navarro, Pilar, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, Suipacha, Zárate
 Distrito 6: Baradero, Bmé. Mitre, Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, Chacabuco, Colón, Gral. Arenales, Junín, L.N.Alem, Pergamino, Ramallo, Rojas, Salto, San Nicolás, San Pedro
 Distrito 7: 25 de Mayo, 9 de Julio, Alberti, Bragado, C.Casares, C.Tejedor, Daireaux, Gral. Pinto, Gral. Villegas, Gral. Viamonte, H.Irigoyen, Lincoln, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Salliqueló, Trenque Lauquen
 Distrito 8: Azul, Benito Juárez, Bolívar, Gral. Belgrano, Gral. Paz, Gral. Alvear, Laprida, Las Flores, Lobos, Monte, Olavarría, Rauch, Roque Pérez, Saladillo, Tandil, Tapalqué
 Distrito 9: Ayacucho, Balcarce, Castelli, Chascomús, Dolores, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, M. de la Costa, M. de Pinamar, M. de Villa Gesell, Necochea, Pila, San Cayetano, Tordillo
 Distrito 10: Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Cnel. Dorrego, Cnel. Pringles, Cnel. Rosales, Cnel. Suárez, González Chaves, Gral. Lamadrid, Guaminí, M. de Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos, Villarino

Tabla 18

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito y sexo y razón de masculinidad, 1976

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	2.663	14.3	486	17.0	2.177	13.8	4.5
2 / Avellaneda	4.289	23.0	729	25.6	3.560	22.5	4.9
3 / Morón	2.411	12.9	392	13.7	2.019	12.8	5.2
4 / Vicente López	3.850	20.6	646	22.6	3.204	20.3	5.0
5 / Luján	1.208	6.5	157	5.5	1.051	6.6	6.7
6 / Junín	930	5.0	91	3.2	839	5.3	9.2
7 / Nueve de Julio	456	2.4	44	1.5	412	2.6	9.4
8 / Azul	640	3.4	55	1.9	585	3.7	10.6
9 / Mar del Plata	1.431	7.7	162	5.7	1.269	8.0	7.8
10 / Bahía Blanca	788	4.2	91	3.2	697	4.4	7.7
TOTAL	18.666	100.0	2.853	100.0	15.813	100.0	5.5

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 19

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito y sexo y razón de masculinidad, 1981

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	3.608	15.2	903	18.4	2.705	14.4	3.0
2 / Avellaneda	5.222	22.1	1.152	23.4	4.070	21.7	3.5
3 / Morón	3.230	13.6	709	14.4	2.521	13.4	3.6
4 / Vicente López	4.828	20.4	1.097	22.3	3.731	19.9	3.4
5 / Luján	1.604	6.8	293	6.0	1.311	7.0	4.5
6 / Junín	1.083	4.6	148	3.0	935	5.0	6.3
7 / Nueve de Julio	558	2.4	83	1.7	475	2.5	5.7
8 / Azul	798	3.4	106	2.2	692	3.7	6.5
9 / Mar del Plata	1.723	7.3	266	5.4	1.457	7.8	5.5
10 / Bahía Blanca	1.020	4.3	163	3.3	857	4.6	5.3
TOTAL	23.674	100.0	4.920	100.0	18.754	100.0	3.8

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 20

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito y sexo y razón de masculinidad, 1986

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	4.489	14.9	1.480	17.8	3.009	13.7	2.0
2 / Avellaneda	6.481	21.4	1.838	22.1	4.643	21.2	2.5
3 / Morón	4.505	14.9	1.332	16.0	3.173	14.5	2.4
4 / Vicente López	6.169	20.4	1.799	21.6	4.370	20.0	2.4
5 / Luján	2.134	7.1	524	6.3	1.610	7.4	3.1
6 / Junín	1.399	4.6	281	3.4	1.118	5.1	4.0
7 / Nueve de Julio	677	2.2	151	1.8	526	2.4	3.5
8 / Azul	926	3.1	174	2.1	752	3.4	4.3
9 / Mar del Plata	2.145	7.1	457	5.5	1.688	7.7	3.7
10 / Bahía Blanca	1.296	4.3	282	3.4	1.014	4.6	3.6
TOTAL	30.221	100.0	8.318	100.0	21.903	100.0	2.6

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 21

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito y sexo y razón de masculinidad, 1991

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	4.975	15.1	1.775	17.8	3.200	13.9	1.8
2 / Avellaneda	7.134	21.6	2.223	22.3	4.911	21.3	2.2
3 / Morón	4.865	14.8	1.534	15.4	3.331	14.5	2.2
4 / Vicente López	6.766	20.5	2.153	21.6	4.613	20.0	2.1
5 / Luján	2.331	7.1	626	6.3	1.705	7.4	2.7
6 / Junín	1.481	4.5	337	3.4	1.144	5.0	3.4
7 / Nueve de Julio	718	2.2	185	1.9	533	2.3	2.9
8 / Azul	998	3.0	218	2.2	780	3.4	3.6
9 / Mar del Plata	2.344	7.1	583	5.9	1.761	7.6	3.0
10 / Bahía Blanca	1.367	4.1	319	3.2	1.048	4.6	3.3
TOTAL	32.979	100.0	9.953	100.0	23.026	100.0	2.3

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 22

Provincia de Buenos Aires: Distribución por distrito y sexo y razón de masculinidad, 1996

Distrito/Cabecera	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%	R de masc.
1 / La Plata	6.061	16.4	2.372	19.4	3.689	14.9	1.6
2 / Avellaneda	7.529	20.4	2.579	21.1	4.950	20.0	1.9
3 / Morón	5.645	15.3	1.884	15.4	3.761	15.2	2.0
4 / Vicente López	7.857	21.2	2.693	22.1	5.164	20.8	1.9
5 / Luján	2.634	7.1	784	6.4	1.850	7.5	2.4
6 / Junín	1.547	4.2	362	3.0	1.185	4.8	3.3
7 / Nueve de Julio	744	2.0	208	1.7	536	2.2	2.6
8 / Azul	1.024	2.8	249	2.0	775	3.1	3.1
9 / Mar del Plata	2.450	6.6	676	5.5	1.774	7.2	2.6
10 / Bahía Blanca	1.497	4.0	389	3.2	1.108	4.5	2.8
TOTAL	36.988	100.0	12.196	100.0	24.792	100.0	2.0

Fuente: Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 23

Provincia de Buenos Aires: Número de habitantes por médico por distrito, 1980/1981 - 1991

Distrito/Cabecera	1980/1981		1991	
	Médicos	Habitantes por médico	Médicos	Habitantes por médico
1 / La Plata	3.608	188	4.975	157
2 / Avellaneda	5.222	472	7.134	399
3 / Morón	3.230	645	4.865	514
4 / Vicente López	4.828	342	6.766	258
5 / Luján	1.604	792	2.331	721
6 / Junín	1.083	504	1.481	414
7 / Nueve de Julio	558	687	718	537
8 / Azul	798	562	998	482
9 / Mar del Plata	1.723	445	2.344	392
10 / Bahía Blanca	1.020	561	1.367	455
TOTAL	23.674	459	32.979	381

Fuente: reelaboración de la autora según datos de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, 1981, 1991 y Censos de Población y Vivienda, 1980, 1991

Tabla 24
Año de nacimiento según Género

Año de nacimiento	Masculino	Femenino	Total
1903-1920	71 31.6	6 15.0	77 29.1
1921-1925	64 28.4	9 22.5	73 27.5
1926-1930	56 24.9	16 40.0	72 27.2
1931 y más	34 15.1	9 22.5	43 16.2
Total	225	40	265

$\chi^2 = 7.64$ $p = .054$

Tabla 25
Lugar de nacimiento según Género

Lugar de nacimiento	Masculino	Femenino	Total
La Plata	29 12.9	5 12.5	34 12.8
Interior de la Provincia de Buenos Aires	77 34.2	11 27.5	88 33.2
Capital Federal	77 34.2	14 35.0	91 34.3
Interior del país	32 14.2	6 15.0	38 14.3
Exterior	10 4.5	4 10.0	14 5.3
Total	225	40	265

$\chi^2 = 2.47$ $p = .650$

Tabla 26
 Nivel de educación del padre, madre y cónyuge

Nivel de educación alcanzado	Padre	Madre	Cónyuge
Sin estudios o primario incompleto	56 22.0	58 22.7	3 1.3
Primario completo	87 34.3	121 47.3	28 11.7
Secundario incompleto	24 9.4	17 6.6	21 8.8
Secundario completo	39 15.4	48 18.8	72 30.1
Terciario incompleto	6 2.4	3 1.2	11 4.6
Terciario completo	7 2.8	5 2.0	26 10.9
Universitario incompleto	1 0.4	2 0.8	15 6.3
Universitario completo	34 13.4	2 0.8	63 26.4
Total	254	256	239

Tabla 27
Ocupación del padre, madre y cónyuge

Ocupación principal	Padre	Madre	Cónyuge
Ama de casa	0 0.0	207 80.9	93 39.1
Industrial	35 13.6	2 0.8	6 2.5
Profesional independiente	31 12.1	2 0.8	50 21.0
Ejecutivo	10 3.9	0 0.0	3 1.3
Militar	7 2.7	0 0.0	1 0.4
Comerciante	76 29.6	8 3.1	4 1.7
Docente	8 3.1	31 12.1	55 23.1
Empleado jerarquizado	35 13.6	2 0.8	7 2.9
Empleado especializado	18 7.0	0 0.0	7 2.9
Empleado no especializado	7 2.7	2 0.8	3 1.3
Oficios varios	10 3.9	2 0.8	0 0.0
Obrero	19 7.4	0 0.0	0 0.0
Enfermera	0 0.0	0 0.0	6 2.5
Juez	0 0.0	0 0.0	2 0.8
Policía	1 0.4	0 0.0	0 0.0
Ceramista	0 0.0	0 0.0	1 0.4
Total	257	256	238

Tabla 28
Si tuvo o tiene hijos según Género

¿Tuvo hijos?	Masculino	Femenino	Total
No	15 6.8	14 35.0	29 11.2
Sí	204 93.2	26 65.0	230 88.8
Total	219	40	259

$\chi^2 = 28.53$ $p = .000$

Tabla 29

Si tuvo o tiene hijos según Año de egreso de la Facultad

¿Tuvo hijos?	- 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
No	6 16.7	4 7.0	3 10.3	6 10.2	10 23.3	29 11.2
Sí	30 83.3	53 93.3	61 95.3	53 89.8	33 76.7	230 88.8
Total	36	57	64	59	43	259

$$\chi^2 = 11.16 \quad p = .025$$

Tabla 30

Universidad en la que estudió Medicina según Género

Universidad	Masculino	Femenino	Total
Buenos Aires	132 58.8	22 55.0	154 58.1
La Plata	68 30.2	12 30.0	80 30.2
Córdoba	9 4.0	4 10.0	13 4.9
Litoral	14 6.2	1 2.5	15 5.7
Otras	2 0.8	1 0.4	3 1.2
Total	225	40	265

$$\chi^2 = 9.34 \quad p = .155$$

Tabla 31

Universidad en la que estudió Medicina según Especialidad

Universidad	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	Total
Buenos Aires	25 53.2	33 60.0	43 63.2	22 64.7	23 50.0	8 53.3	154 58.0
La Plata	16 34.0	13 23.6	18 26.5	11 32.4	16 34.8	6 40.0	80 30.3
Córdoba	2 4.3	2 3.6	3 4.4	1 2.9	5 10.9	0 0.0	13 4.9
Litoral	4 8.5	5 9.1	4 5.9	0 0.0	2 4.3	0 0.0	15 5.7
Otras	0 0.0	2 3.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 6.7	3 1.2
Total	47	55	68	34	46	15	265

$$\chi^2 = 38.55 \quad p = .136$$

Tabla 32
Año de ingreso a la Facultad según Género

Año de ingreso	Masculino	Femenino	Total
1921-1935	29 12.9	3 7.5	32 12.1
1936-1942	66 29.3	5 12.5	71 26.8
1943-1949	76 33.8	13 32.5	89 33.6
1950-1956	46 20.4	11 27.5	57 21.5
1957-1974	8 3.6	8 20.0	16 6.0
Total	225	40	265

$$\chi^2 = 20.35 \quad p = .000$$

Tabla 33
Año de egreso de la Facultad según Género

Año de egreso	Masculino	Femenino	Total
Hasta 1944	33 14.7	4 10.0	37 14.0
1945-1949	55 24.4	3 7.5	58 21.9
1950-1954	57 25.3	8 20.0	65 24.5
1955-1959	50 22.2	10 25.0	60 22.6
1960 y más	30 13.3	15 37.5	45 17.0
Total	225	40	265

$$\chi^2 = 17.17 \quad p = .002$$

Tabla 34
Duración de la carrera según Año de egreso de la Facultad

Duración de la carrera	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total
3-6 años	13 35.1	10 17.2	13 20.6	12 20.0	11 25.0	59 22.5
7-9 años	24 64.9	40 69.0	45 71.4	42 70.0	16 36.4	167 63.7
10 y más años	0 0.0	8 13.8	5 7.9	6 10.0	17 38.6	36 13.7
Total	37	58	63	60	44	262

$$\chi^2 = 37.19 \quad p = .000$$

Tabla 35

Duración de la carrera - en promedio- según Año de egreso de la Facultad

Año de egreso	Duración de la carrera	
	M	s
- 1944	6.7	.9
1945-1949	7.9	2.1
1950-1954	7.5	1.6
1955-1959	7.6	1.8
1960 y +	9.2	4.0
Total	7.8	2.4

F= 6.9; p= .000

Tabla 36

Razones por las que estudió Medicina según Género

Razones por las que eligió Medicina	Masculino	Femenino	Total	p* ¹
Padre u otro familiar médico	36 16.0	1 2.5	37 14.0	.023
Influencia de padres o familiares no médicos	40 18.2	9 22.5	49 18.5	.478
Influencias en la escuela (maestros o profesores)	10 4.4	3 7.5	13 4.9	.410
Inclinación por materias afines a la Medicina	113 50.2	20 50.0	133 50.2	.979
Porque era una carrera de gran utilidad social	64 28.4	14 35.0	78 29.4	.401
Porque era una carrera prestigiosa	26 11.6	1 2.5	27 10.2	.081
Porque permitía obtener solidez económica	3 1.3	0 0.0	3 1.1	.488
Porque se podía ejercer en forma liberal	90 40.0	14 35.0	104 39.2	.551

* χ^2

¹ Se omite el valor del estadístico para no recargar las tablas. Esos datos pueden solicitarse a la autora.

Tabla 37

Razones por las que estudió Medicina según Año de egreso de la Facultad

Razones por las que eligió Medicina	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Padre u otro familiar médico	4 10.8	7 12.1	10 15.4	10 16.7	6 13.3	.001
Influencia de padres o familiares no médicos	6 16.2	9 15.5	15 23.1	8 13.3	11 24.4	.479
Influencias en la escuela (maestros o profesores)	2 5.4	1 1.7	4 6.2	5 8.3	1 2.2	.448
Inclinación por materias afines a la Medicina	18 48.6	28 48.3	33 50.8	29 48.3	25 55.6	.948
Porque era una carrera de gran utilidad social	15 40.5	15 25.9	19 29.2	17 28.3	12 26.7	.599
Porque era una carrera prestigiosa	3 8.1	10 17.2	3 4.6	10 16.7	1 2.2	.022
Porque permitía obtener solidez económica	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	1 2.2	.276
Porque se podía ejercer en forma liberal	15 40.5	27 46.6	26 40.0	24 40.0	12 26.7	.362
Total	37	58	65	60	45	

* χ^2

Tabla 38
Razones por las que estudió Medicina según Especialidad

Razones por las que eligió Medicina	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	p*
Padre u otro familiar médico	7 14.9	7 12.7	12 17.6	5 14.7	1 2.3	5 33.3	.062
Influencia de padres o familiares no médicos	7 14.9	10 18.2	17 25.0	5 14.7	6 13.6	4 26.7	.554
Influencias en la escuela (maestros o profesores)	1 2.1	1 1.8	3 4.4	0 0.0	6 13.6	2 13.3	.023
Inclinación por materias afines a la Medicina	25 53.2	26 47.3	36 52.9	17 50.0	26 59.1	3 20.0	.192
Porque era una carrera de gran utilidad social	17 36.2	14 25.5	21 30.9	9 26.5	12 27.3	5 3.33	.869
Porque era una carrera prestigiosa	2 4.3	9 16.4	9 13.2	3 8.8	2 4.5	2 13.3	.260
Porque permitía obtener solidez económica	0 0.0	2 3.6	1 1.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	.451
Porque se podía ejercer en forma liberal	21 44.7	23 41.8	20 29.4	13 38.2	24 54.5	3 20.0	.072
Total	47	55	68	34	44	15	

* χ^2

Tabla 39
Financiación de los estudios según Año de egreso de la Facultad

Estudios financiados	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	Total	p*
Por la familia	33 89.2	53 91.4	58 89.2	45 75.0	26 57.8	215 81.1	.000
Con su trabajo	15 40.5	31 53.4	44 67.7	42 70.0	35 77.8	167 63.0	.002
Con préstamos	0 0.0	1 1.7	1 1.5	0 0.0	0 0.0	2 0.8	.673
Con becas	2 5.4	3 5.2	2 3.1	1 1.7	4 8.9	12 4.5	.470
Total	37	58	65	60	45	265	

* χ^2

Tabla 40

Trabajo remunerado antes de recibirse según Género

¿Trabajó antes de recibirse?	Masculino	Femenino	Total
Toda la carrera	74 33.9	11 28.9	85 33.2
Los primeros años	11 5.0	2 5.3	13 5.1
Los últimos años	111 50.9	15 39.5	126 49.2
No trabajó	22 10.1	10 26.3	32 12.5
Total	218	38	256

$$\chi^2 = 7.83 \quad p = .049$$

Tabla 41

Trabajo remunerado antes de recibirse según Año de egreso de la Facultad

¿Trabajó antes de recibirse?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total
Toda la carrera	7 20.0	14 25.0	21 24.7	22 37.3	21 47.7	85 33.1
Los primeros años	0 0.0	2 3.6	4 6.3	2 3.4	5 11.4	13 5.1
Los últimos años	22 62.9	29 51.8	34 54.0	27 45.8	15 34.1	127 49.4
No trabajó	6 17.1	11 19.6	4 6.3	8 13.6	3 6.8	32 12.5
Total	35	56	63	59	44	257

$$\chi^2 = 21.96 \quad p = .038$$

Tabla 42

Actividad principal rentada antes de recibirse según Trabajo durante la carrera

¿Cuál era su actividad principal?	¿Trabajó antes de recibirse?			Total
	Toda la carrera	Los primeros años	Los últimos años	
Empleado	40	3	7	50
	80.0	6.0	14.0	100.0
	47.6	25.0	5.7	22.9
Docente primario o secundario	6	1	2	9
	66.7	11.1	22.2	100.0
	7.1	8.3	1.6	4.1
Docente universitario	8	2	11	21
	38.1	9.5	52.4	100.0
	9.5	16.7	9.0	9.6
Trabajador por cuenta propia	12	2	4	18
	66.7	11.1	22.2	100.0
	14.3	16.7	3.3	8.3
Comerciante	1	0	4	5
	20.0	0.0	80.0	100.0
	1.2	0.0	3.3	2.3
Practicante rentado en un hospital	8	4	84	96
	8.3	4.2	87.5	100.0
	9.5	33.3	68.9	44.0
Auxiliar paramédico	9	0	10	19
	47.4	0.0	52.6	100.0
	10.7	0.0	8.2	8.7
Total	84	12	122	218
	38.5	5.5	56.0	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0

$\chi^2 = 94.11$ $p = .000$

Tabla 43

Actividad principal rentada antes de recibirse según Género

¿Cuál era su actividad principal?	Masculino	Femenino	Total
Empleado	43 21.9	7 23.3	50 22.1
Docente primario o secundario	7 3.6	3 10.0	10 4.4
Docente universitario	19 9.7	2 6.7	21 9.3
Trabajador por cuenta propia	17 8.7	3 10.0	20 8.8
Comerciante	3 1.5	2 6.7	5 2.2
Practicante rentado en un hospital	91 46.4	10 33.3	101 44.7
Auxiliar paramédico	16 8.2	3 10.0	19 8.4
Total	196	30	226

$\chi^2 = 6.97$ $p = .324$

Tabla 44

Actividad principal rentada antes de recibirse según Año de egreso de la Facultad

¿Cuál era su actividad principal?	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	Total
Empleado	2 4.0 6.7	7 14.0 15.6	9 18.0 14.8	19 38.0 38.0	13 26.0 32.5	50 100.0 22.1
Docente primario o secundario	1 10.0 3.3	1 10.0 2.2	2 20.0 3.3	2 20.0 4.0	4 40.0 10.0	10 100.0 4.4
Docente universitario	6 28.6 20.0	6 28.6 13.3	6 28.6 9.8	2 9.5 4.0	1 4.8 2.5	21 100.0 9.3
Trabajador por cuenta propia	1 5.0 3.3	4 20.0 8.9	4 20.0 6.6	4 20.0 8.0	7 35.0 17.5	20 100.0 8.8
Comerciante	0 0.0 0.0	1 20.0 2.2	1 20.0 1.6	1 20.0 2.0	2 40.0 5.0	5 100.0 2.2
Practicante rentado en un hospital	19 18.8 63.3	23 22.8 51.1	35 34.7 57.4	14 13.9 28.0	10 9.9 25.0	101 100.0 44.7
Auxiliar paramédico	1 5.3 3.3	3 15.8 6.7	4 21.1 6.6	8 42.1 16.0	3 15.8 7.5	19 100.0 8.4
Total	30 13.3 100.0	45 19.9 100.0	61 27.0 100.0	50 22.1 100.0	40 17.7 100.0	226 100.0 100.0

 $\chi^2 = 48.16$ $p = .002$

Tabla 45
Obtención de la formación práctica según Género

Fue	Masculino	Femenino	Total	p*
Practicante menor	174 77.3	21 52.5	195 73.6	.001
Practicante mayor	159 70.7	15 37.5	174 65.7	.000
Concurrente	146 64.9	31 77.5	177 66.8	.115
Médico interno	67 29.8	5 12.5	72 27.2	.023
Médico externo	38 16.9	5 12.5	43 16.2	.481
Médico de guardia	104 46.2	14 35.0	118 44.3	.180
Médico en dispensario	33 14.7	3 7.5	36 13.6	.219
Residente	12 5.3	1 2.5	13 4.9	.442
Jefe de residentes	3 1.3	1 2.5	4 1.5	.580
Becario	8 3.6	3 7.5	11 4.1	.252
Cursos para graduados	155 68.9	24 60.0	179 67.5	.277
Práctica privada	147 65.3	21 52.5	168 63.4	.112
Otros	10 4.4	0 0.0	10 3.8	.173
Total	225	40	265	

* χ^2

Tabla 46

Obtención de la formación práctica según Año de egreso de la Facultad

Fue	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total	p*
Practicante menor	28 75.7	46 79.3	56 86.2	40 66.7	25 55.6	195 73.6	.004
Practicante mayor	28 75.5	36 62.1	52 80.0	40 66.7	18 40.0	174 65.7	.000
Concurrente	19 51.4	36 62.1	40 61.5	47 78.3	35 77.8	177 66.8	.022
Médico interno	5 13.5	16 27.6	24 36.9	16 26.7	11 24.4	72 27.2	.147
Médico externo	9 24.3	14 24.1	9 13.8	8 13.3	3 6.7	43 16.2	.087
Médico de guardia	13 35.1	22 37.9	29 44.6	31 51.7	23 51.1	118 44.5	.358
Médico en dispensario	3 8.1	12 20.7	6 9.2	9 15.0	6 13.3	36 13.6	.331
Residente	2 5.4	0 0.0	2 3.1	4 6.7	5 11.1	13 4.9	.107
Jefe de residentes	0 0.0	1 1.7	0 0.0	1 1.7	2 4.4	4 1.5	.380
Becario	2 5.4	1 1.7	2 3.1	3 5.0	3 6.7	11 4.2	.732
Cursos para graduados	18 48.6	44 75.9	48 73.8	42 70.0	27 60.0	179 67.5	.035
Práctica privada	18 48.6	40 69.0	39 60.0	42 70.0	29 64.4	168 63.4	.221
Otros	1 2.7	4 6.9	2 3.1	2 3.3	1 2.2	10 3.8	.719
Total	37	58	65	60	45	265	

* χ^2

Tabla 47
Obtención de la formación práctica según Especialidad

Fue	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Practicante menor	28 59.6	45 81.8	55 80.9	26 76.5	31 67.4	10 66.7	195 73.5	.070
Practicante mayor	22 46.8	39 70.9	55 80.9	26 76.5	25 54.3	7 46.7	174 65.5	.000
Concurrente	26 55.3	36 65.5	51 75.0	22 64.7	33 71.7	9 60.0	177 66.7	.302
Médico interno	5 10.6	11 20.0	30 44.1	15 44.1	10 21.7	1 6.7	72 27.3	.000
Médico externo	8 17.0	9 16.4	6 8.8	11 32.4	5 10.9	4 26.7	43 16.3	.038
Médico de guardia	19 40.4	21 38.2	38 55.9	20 58.8	17 37.0	3 20.0	118 44.7	.040
Médico en dispensario	7 14.9	9 16.4	8 11.8	3 8.8	8 17.4	1 6.7	36 13.6	.801
Residente	2 4.3	1 1.8	4 5.9	1 2.9	4 8.7	1 6.7	13 4.9	.678
Jefe de residentes	0 0.0	1 1.8	1 1.5	1 2.9	0 0.0	1 6.7	4 1.5	.428
Becario	0 0.0	4 7.3	2 2.9	2 5.9	1 2.2	2 13.3	11 4.2	.160
Cursos para graduados	16 34.0	42 76.4	52 76.5	26 76.5	31 67.4	12 80.0	179 67.4	.000
Práctica privada	21 44.7	34 61.8	54 79.4	24 70.6	29 63.0	6 40.0	168 63.6	.003
Otros	3 6.4	2 3.6	1 1.5	1 2.9	1 2.2	2 13.3	10 3.8	.260
Total	47	55	68	34	46	15	265	

* χ^2

Tabla 48
Otros títulos según Género

¿Obtuvo otro título aparte del de médico?	Masculino	Femenino	Total
No	35 15.8	13 32.5	48 18.3
Sí	187 84.2	27 67.5	214 81.7
Total	222	40	262

$\chi^2 = .626$ $p = .012$

Tabla 49
Otros títulos según Especialidad

¿Obtuvo otro título aparte del de médico?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	20 44.4	7 12.7	7 10.4	8 23.5	6 13.0	0 0.0	48 18.4
Sí	25 55.6	48 87.3	60 89.6	26 76.5	40 87.0	15 100.0	214 81.6
Total	45	55	67	34	46	15	262

$\chi^2 = 28.97$ $p = .000$

Tabla 50
Títulos obtenidos después de recibirse de médico según Género

Segundo título obtenido	Masculino	Femenino	Total	p*
Doctor en Medicina	100 52.9	10 37.0	110 50.9	.017
Especialista	138 72.5	18 66.7	156 71.8	.044
Diplomado en Salud Pública	31 16.4	4 14.8	35 16.2	.491
Médico Laboral	11 5.8	2 7.4	13 5.9	.740
Profesor universitario	5 2.6	1 3.7	6 2.7	.750
Consultor	3 1.6	0 0.0	3 1.3	.511
Total	190	27	217	

* χ^2

Tabla 51

Títulos obtenidos después de recibirse de médico según Especialidad

Segundo título obtenido	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Doctor en Medicina	20 74.1	19 39.6	28 45.9	16 61.5	17 42.5	10 66.7	110 50.9	.208
Especialista	4 14.8	43 89.6	51 83.6	15 57.7	31 77.5	12 80.0	156 71.8	.000
Diplomado en Salud Pública	2 7.4	9 18.8	11 18.0	5 19.2	5 12.5	3 20.0	35 16.2	.400
Médico Laboral	3 11.1	2 4.2	5 8.2	1 3.8	1 2.5	1 6.7	13 6.0	.431
Profesor universitario	1 3.7	2 4.2	1 1.6	0 0.0	1 2.5	1 6.7	6 2.3	.802
Consultor	0 0.0	1 2.1	0 0.0	1 3.8	1 2.5	0 0.0	3 1.4	.678
Total	27	48	61	26	40	15	217	

* χ^2

Tabla 52

Especialización según Año de egreso de la Facultad

¿Se dedicó a alguna especialidad?	Hasta 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
No	12 32.4	7 12.1	8 12.3	11 18.3	9 20.0	47 17.7
Sí	25 67.6	51 87.9	57 87.7	49 81.7	36 80.0	218 82.3
Total	37	58	65	60	45	265

$\chi^2 = 8.24$ $p = .083$

Tabla 53 Especialidad ejercida (1ª opción)

CLÍNICA MÉDICA Y ESPECIALIDADES AFINES	55
-alergología	3
-cardiología	13
-clínica médica	8
-dermatología	5
-endocrinología	3
-fisiatría y rehabilitación	2
-gastroenterología	3
-hematología/hemoterapia	1
-neumonología/tisiología	8
-oftalmología	4
-reumatología	3
-nutrición/dietología	1
-homeopatía	1
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES AFINES	68
-anestesiología	5
-cirugía general	38
-cirugía especializada	4
-ortopedia y traumatología	10
-otorrinolaringología	6
-urología	5
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	34
-ginecología	11
-ginecología y obstetricia	21
-obstetricia	2
PEDIATRÍA	46
-pediatría	45
-neonatología	1
OTRAS	15
-medicina laboral	2
-psiquiatría y neuropsiquiatría/salud mental	5
-radiología/radioterapia	6
-sanitarista/administración hospitalaria	1
-auditoría	1
TOTAL	218

Tabla 54 Especialidad ejercida (2ª opción)

CLÍNICA MÉDICA Y ESPECIALIDADES AFINES	2
-alergología	1
-nutrición	1
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES AFINES	1
-cirugía general	1
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	3
-ginecología	2
-obstetricia	1
PEDIATRÍA	2
-pediatría	1
-neonatología	1
OTRAS	4
-diagnóstico por imágenes	2
-medicina legal	1
-radioterapia	1
TOTAL	12

Tabla 55
Especialidades agrupadas según Género

	Masculino	Femenino	Total
Médicos generales	42 18.7	5 12.5	47 17.7
Clínicos	50 22.2	5 12.5	55 20.7
Cirujanos	66 29.3	2 5.0	68 25.7
Tocoginecólogos	24 10.7	10 25.0	34 12.8
Pediatras	31 13.9	15 37.5	46 17.4
Otras	12 5.3	3 7.5	15 5.7
Total	225	40	265

$$\chi^2 = 26.91 \quad p = .000$$

Tabla 56

Forma en que obtuvo su especialización según Especialidad

¿Cómo obtuvo su especialización?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Práctica hospitalaria	0 0.0	41 74.5	66 97.1	30 88.2	43 95.6	9 60.0	189 87.5	.000
Curso de especialista	0 0.0	35 63.6	35 51.5	17 50.0	18 40.0	12 80.0	117 53.7	.000
Otros cursos de postgrado	0 0.0	30 54.5	38 55.9	16 47.1	27 60.0	7 46.7	118 54.6	.000
Residencia	0 0.0	1 1.8	3 4.4	2 5.9	2 4.4	2 13.3	10 4.6	.208
Beca	0 0.0	3 5.5	3 4.4	3 8.8	1 2.2	0 0.0	10 4.6	.353
Total	0	55	68	34	45	15	217	

* χ^2

Tabla 57

Momento del inicio de la especialización según Especialidad

¿Cuándo comenzó su especialización?	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Inmediatamente	26 47.3	49 73.1	27 79.4	40 87.0	7 46.7	149 68.7
Entre 1 y 5 años	12 21.8	13 19.4	5 14.7	4 8.7	5 33.3	39 18.0
6 ó más años	17 30.9	5 7.5	2 5.9	2 4.3	3 20.0	29 13.4
Total	55	67	34	46	15	217

$\chi^2 = 31.76$ $p = .000$

Tabla 58

Dedicación exclusiva a esa especialidad según Género

¿Se dedicó exclusivamente a esa especialidad?	Masculino	Femenino	Total
Sí	88 48.3	22 62.9	110 50.7
No	94 51.7	13 37.1	107 49.3
Total	182	35	217

$\chi^2 = 2.38$ $p = .123$

Tabla 59
Segunda especialidad (1º opción)

CLÍNICA MÉDICA Y ESPECIALIDADES AFINES	71
-cardiología	1
-clínica general	42
-clínica médica	19
-endocrinología	1
-gastroenterología	1
-hematología/hemoterapia	1
-inmunología	1
-medicina familiar	1
-neumonología/tisiología	2
-oncología	1
-parasitología	1
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES AFINES	5
-anestesiología	1
-cirugía general	3
-ortopedia y traumatología	1
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	8
-ginecología	3
-ginecología y obstetricia	4
-obstetricia	1
PEDIATRÍA	2
-pediatría	2
OTRAS	20
-auditoría	2
-medicina laboral	6
-medicina legal	2
-psiquiatría y neuropsiquiatría/salud mental	2
-radiología/radioterapia	2
-sanitarista/administración hospitalaria	6
TOTAL	106

Tabla 60
Segunda especialidad (2ª opción)

CLÍNICA MÉDICA Y ESPECIALIDADES AFINES	8
-clínica general	1
-clínica médica	1
--medicina rural	3
-nutrición/dietología	1
-oncología	2
CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES AFINES	2
-cirugía general	1
-flebología	1
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	4
-esterilidad	2
-ginecología	1
-obstetricia	1
PEDIATRÍA	2
-pediatría	2
OTRAS	1
-diagnóstico por imágenes(medicina nuclear, ecodiagnóstico, tomografía computada)	1
TOTAL	17

Tabla 61
Segunda especialidad agrupada según Género

Segunda especialidad	Masculino	Femenino	Total
Médicos generales	40 43.0	2 15.4	42 39.6
Clínicos	26 28.0	3 23.1	29 27.4
Cirujanos	5 5.4	0 0.0	5 4.7
Tocoginecólogos	5 5.4	3 23.1	8 7.5
Pediatras	1 1.1	1 7.7	2 1.9
Otras	16 17.2	4 30.8	20 18.9
Total	93	13	106

$$\chi^2 = 11.28 \quad p = .046$$

Tabla 62
Dedicación exclusiva a esa especialidad según Especialidad

¿Se dedicó exclusivamente a esa especialidad?	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Sí	21 38.2	35 51.5	17 50.0	29 64.4	8 53.3	110 50.9
No	34 61.8	33 48.5	17 50.0	16 35.6	7 46.7	107 49.1
Total	55	68	34	45	15	217

$\chi^2 = 7.10$ $p = .130$

Tabla 63
Segunda especialidad agrupada según

Especialidad agrupada	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Médicos generales	10 29.4	16 50.0	8 47.1	4 25.0	4 57.1	42 39.0
Clínicos	13 38.2	6 18.8	4 23.5	5 31.3	1 14.3	29 27.6
Cirujanos	1 2.9	2 6.3	2 11.8	0 0.0	0 0.0	5 4.8
Tocoginecólogos	3 8.8	5 15.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 7.6
Pediatras	1 2.9	0 0.0	1 5.9	0 0.0	0 0.0	2 1.9
Otras	6 17.6	3 9.4	2 11.8	7 43.8	2 28.6	20 19.0
Total	34	32	17	16	7	106

$\chi^2 = 25.19$ $p = .194$

Tabla 64
Actualización según Género

¿Cómo se mantenía actualizado?	Masculino	Femenino	Total	p*
Revistas de laboratorios	140 63.3	23 59.0	163 62.7	.602
Suscripción a revistas nacionales de la especialidad	159 71.9	21 53.8	180 69.2	.024
No suscripto a revistas nacionales	36 16.3	12 30.8	48 18.5	.034
Suscripto a revistas internacionales de la especialidad	81 36.7	10 25.6	91 35.0	.184
No suscripto a revistas internacionales	60 27.1	12 30.8	72 27.7	.662
Asistencia a congresos en el país	187 84.6	29 74.4	216 83.1	.115
Asistencia a congresos en el exterior	59 26.7	7 17.9	66 25.4	.247
Asistencia a cursos y seminarios en el país	194 87.8	27 69.2	221 85.0	.003
Asistencia a cursos y seminarios en el exterior	37 16.7	2 5.1	39 15.0	.061
Asistencia a actividades académicas en el hospital (ateneos, etc.)	171 77.4	29 74.4	200 76.9	.680
Contacto con colegas	171 77.4	31 79.5	202 77.7	.770
Visitadores médicos	130 58.8	20 51.3	150 57.7	.379
Libros	204 92.3	38 97.4	242 93.1	.245
Otros	3 1.4	0 0.0	3 1.2	.464
Total	221	39	260	

* χ^2

Tabla 65
Actualización según Especialidad

¿Cómo se mantenía actualizado?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Revistas de laboratorios	35 74.5	35 63.6	39 60.0	22 64.7	25 55.6	7 50.0	163 62.7	.414
Suscripción a revistas nacionales de la especialidad	25 53.2	38 69.1	48 73.8	25 73.5	37 82.2	7 50.0	180 69.2	.027
No suscripto a revistas nacionales	10 21.3	11 20.0	11 16.9	6 17.6	6 13.3	4 28.6	48 18.5	.826
Suscripto a revistas internacionales de la especialidad	7 14.9	23 41.8	29 44.6	13 38.2	15 33.3	4 28.6	91 35.0	.027
No suscripto a revistas internacionales	13 27.7	18 32.7	21 32.3	5 14.7	12 26.7	3 21.4	72 27.7	.490
Asistencia a congresos en el país	29 61.7	45 81.8	60 92.3	31 91.2	41 91.1	10 71.4	216 83.1	.000
Asistencia a congresos en el exterior	6 12.8	16 29.1	20 30.8	13 38.2	8 17.8	3 21.4	66 25.4	.081
Asistencia a cursos y seminarios en el país	34 72.3	48 87.3	60 92.3	29 85.3	39 86.7	11 78.6	221 85.0	.093
Asistencia a cursos y seminarios en el exterior	2 4.3	9 16.4	11 16.9	8 23.5	7 15.6	2 14.3	39 15.0	.262
Asistencia a actividades académicas en el hospital	24 51.1	43 78.2	58 89.2	28 82.4	37 82.2	10 71.4	200 76.9	.000
Contacto con colegas	37 78.7	42 76.4	55 84.6	25 73.5	34 75.6	9 64.3	202 77.7	.580
Visitadores médicos	36 76.6	32 58.2	38 58.5	19 55.9	20 44.4	5 35.7	150 57.7	.023
Libros	43 91.5	52 94.5	60 92.3	32 94.1	43 95.6	12 85.7	242 93.1	.836
Otros	1 2.1	2 3.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 1.2	.391
Total	47	55	65	34	45	14	260	

* χ^2

Tabla 66
Actualización según Año de egreso de la Facultad

¿Cómo se mantenía actualizado?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total	p*
Revistas de laboratorios	28 75.7	27 48.2	40 63.5	39 65.0	29 65.9	163 62.7	.090
Suscripción a revistas nacionales de la especialidad	25 67.6	43 76.8	43 68.3	44 73.3	25 56.8	180 69.2	.264
No suscripto a revistas nacionales	7 18.9	11 19.6	12 19.0	7 11.7	11 25.0	48 18.5	.567
Suscripto a revistas internacionales de la especialidad	10 27.0	26 46.4	28 44.4	17 28.3	10 22.7	91 35.0	.029
No suscripto a revistas internacionales	7 18.9	18 32.1	13 20.6	21 35.0	13 29.6	72 27.7	.255
Asistencia a congresos en el país	28 75.7	50 89.3	51 81.0	52 86.7	35 79.5	216 83.1	.390
Asistencia a congresos en el exterior	13 35.1	19 33.9	16 25.4	10 16.7	8 18.2	66 25.4	.106
Asistencia a cursos y seminarios en el país	25 67.6	51 91.1	54 85.7	57 95.0	34 77.3	221 85.0	.002
Asistencia a cursos y seminarios en el exterior	10 27.0	11 19.6	7 11.1	6 10.0	5 11.4	39 15.0	.110
Asistencia a actividades académicas en el hospital (ateneos, etc.)	24 64.9	41 73.2	56 88.9	47 78.3	32 72.7	200 76.9	.060
Contacto con colegas	30 81.1	44 78.6	48 76.2	48 80.0	32 72.7	202 77.7	.884
Visitadores médicos	28 75.7	30 53.6	39 61.9	30 50.0	23 52.3	150 57.7	.102
Libros	33 89.2	52 92.9	61 96.8	56 93.3	40 90.0	242 93.1	.631
Otros	0 0.0	0 0.0	1 1.6	2 3.3	0 0.0	3 1.2	.380
Total	37	56	63	60	44	260	

* χ^2

Tabla 67

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Total)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	249	253	233	.000
. como médico <u>general</u>	94.0	95.8	92.1	.000
. como médico <u>especialista</u>	116	77	60	
. como médico <u>general y especialista</u>	43.8	29.2	23.7	
	91	137	136	
	34.3	51.9	56.8	
	42	39	37	
	15.8	14.8	14.6	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	81	105	101	.000
	30.6	39.8	39.9	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	190	188	166	.039
	71.7	71.2	65.6	
. tiempo completo	22	15	16	.174
	8.3	5.7	6.3	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	97	96	87	.558
	36.6	36.4	34.4	
Docencia:				
. universitaria	31	48	35	.006
	11.7	18.2	13.8	
. terciaria	7	8	6	.606
	2.6	3.0	2.4	
. secundaria	30	31	14	.000
	11.3	11.7	5.6	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	3	8	5	.264
	1.1	3.0	2.0	
. medicina laboral	28	28	19	.409
	10.6	10.6	7.5	
. dispensarios/centros de salud	33	28	20	.069
	12.4	10.6	7.9	
. auditoría médica	6	10	11	.155
	2.3	3.8	4.4	
Desempeño como médico de la Seguridad Social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	92	109	111	.001
	34.7	41.3	43.9	
. en la institución	27	36	36	.011
	10.2	13.6	14.2	
Otras (especificar)	7	6	5	
	2.6	2.3	2.0	
Total	265	264	253	

*Q de Cochran se basa en los 253 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 68

Tipo de práctica a los 5 años después de recibido según Género.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Masculino	Femenino	p*
Liberal en consultorio	214 95.1	35 87.5	.062
. como médico <u>general</u>	103 45.8	13 32.5	.119
. como médico <u>especialista</u>	75 33.3	16 40.0	.413
. como médico <u>general y especialista</u>	36 16.0	6 15.0	.873
Liberal en clínicas o sanatorios privados	76 33.8	5 12.5	.008
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad			
. tiempo parcial	162 72.0	28 70.0	.809
. tiempo completo	18 8.0	4 10.0	.679
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	85 37.9	12 30.0	.337
Docencia:			
. universitaria	30 13.3	1 2.5	.049
. terciaria	3 1.3	4 10.0	.002
. secundaria	26 11.6	4 10.0	.768
Otras tareas en relación de dependencia:			
. investigación	3 1.3	0 0.0	.462
. medicina laboral	24 10.7	4 10.0	.892
. dispensarios/centros de salud	26 11.6	7 17.5	.299
. auditoría médica	5 2.2	1 2.5	.917
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)			
. en su consultorio	77 34.2	15 37.5	.661
. en la institución	21 9.3	5 12.5	.541
Otras (especificar)	4 1.8	2 5.0	.209
Total	225	40	

* χ^2

Tabla 69

Tipo de práctica a los 15 años después de recibido según Género.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Masculino	Femenino	p*
Liberal en consultorio	217 96.9	36 90.0	.045
. como médico <u>general</u>	69 30.8	8 20.0	.166
. como médico <u>especialista</u>	114 50.9	23 57.5	.441
. como médico <u>general y especialista</u>	34 15.2	5 12.5	.660
Liberal en clínicas o sanatorios privados	97 43.3	8 20.0	.006
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad			
. tiempo parcial	161 71.9	27 67.5	.573
. tiempo completo	14 6.3	1 2.5	.345
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	88 39.3	8 20.0	.019
Docencia:			
. universitaria	44 19.6	4 10.0	.145
. terciaria	5 2.2	3 7.5	.073
. secundaria	27 12.1	4 10.0	.710
Otras tareas en relación de dependencia:			
. investigación	7 3.1	1 2.5	.832
. medicina laboral	25 11.2	3 7.5	.488
. dispensarios/centros de salud	23 10.3	5 12.5	.673
. auditoría médica	9 4.0	1 2.5	.643
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)			
. en su consultorio	91 40.6	18 45.0	.568
. en la institución	30 13.4	6 15.0	.785
Otras (especificar)	4 1.8	2 5.0	.209
Total	224	40	

* χ^2

Tabla 70

Tipo de práctica a los 30 años después de recibido según Género.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Masculin o	Femenino	p*
Liberal en consultorio	201 93.1	32 86.5	.171
. como médico <u>general</u>	52 24.1	8 21.6	.746
. como médico <u>especialista</u>	116 53.7	20 54.1	.758
. como médico <u>general y especialista</u>	33 15.3	4 10.8	.477
Liberal en clínicas o sanatorios privados	93 43.0	8 21.6	.011
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad			
. tiempo parcial	143 66.2	23 62.2	.445
. tiempo completo	16 7.4	0 0.0	.081
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	80 37.0	7 18.9	.024
Docencia:			
. universitaria	34 15.7	1 2.7	.029
. terciaria	3 1.4	3 8.1	.016
. secundaria	12 5.6	2 5.4	.926
Otras tareas en relación de dependencia:			
. investigación	5 2.3	0 0.0	.340
. medicina laboral	17 7.9	2 5.4	.559
. dispensarios/centros de salud	16 7.4	4 10.8	.529
. auditoría médica	9 4.2	2 5.4	.775
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)			
. en su consultorio	94 43.5	17 45.9	.908
. en la institución	31 14.4	5 13.5	.820
Otras (especificar)	4 1.9	1 2.7	.760
Total	216	37	

* χ^2

Tabla 71

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Hombres)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	214	217	201	
. como médico <u>general</u>	95.1	96.9	93.1	.000
. como médico <u>especialista</u>	103	69	52	.000
. como médico <u>general y especialista</u>	45.8	30.8	24.1	
	75	114	116	
	33.3	50.9	53.7	
	36	34	33	
	16.0	15.2	15.3	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	76	97	93	.000
	33.8	43.3	43.0	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	162	161	143	.091
	72.0	71.9	66.2	
. tiempo completo	18	14	16	.584
	8.0	6.3	7.4	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	85	88	80	.761
	37.9	39.3	37.0	
Docencia:				
. universitaria	30	44	34	.016
	13.3	19.6	15.7	
. terciaria	3	5	3	.449
	1.3	2.2	1.4	
. secundaria	26	27	12	.001
	11.6	12.1	5.6	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	3	7	5	.264
	1.3	3.1	2.3	
. medicina laboral	24	25	17	.432
	10.7	11.2	7.9	
. dispensarios/centros de salud	26	23	16	.072
	11.6	10.3	7.4	
. auditoría médica	5	9	9	.223
	2.2	4.0	4.2	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	77	91	94	.003
	34.2	40.6	43.5	
. en la institución	21	30	31	.021
	9.3	13.4	14.4	
Otras (especificar)	4	4	4	
	1.8	1.8	1.9	
Total	225	224	216	

*Q de Cochran se basa en los 216 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 72

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Mujeres)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	35	36	32	
. como médico <u>general</u>	87.5	90.0	86.5	.021
. como médico <u>especialista</u>	13	8	8	
. como médico <u>general y especialista</u>	32.5	20.0	21.6	.150
	16	23	20	
	40.0	57.5	54.1	
	6	5	4	
	15.0	12.5	10.8	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	5	8	8	.223
	12.5	20.0	21.6	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	28	27	23	.247
	70.0	67.5	62.2	
. tiempo completo	4	1	0	.050
	10.0	2.5	0.0	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	12	8	7	.018
	30.0	20.0	18.9	
Docencia:				
. universitaria	1	4	1	.105
	2.5	10.0	2.7	
. terciaria	4	3	3	.368
	10.0	7.5	8.1	
. secundaria	4	4	2	.223
	10.0	10.0	5.4	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	1	0	
	0.0	2.5	0.0	
. medicina laboral	4	3	2	.716
	10.0	7.5	5.4	
. dispensarios/centros de salud	7	5	4	.472
	17.5	12.5	10.8	
. auditoría médica	1	1	2	.368
	2.5	2.5	5.4	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	15	18	17	.276
	37.5	45.0	45.9	
. en la institución	5	6	5	.368
	12.5	15.0	13.5	
Otras (especificar)	2	2	1	
	5.0	5.0	2.7	
Total	40	40	37	

*Q de Cochran se basa en los 37 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 73

Tipo de práctica a los 5 años después de recibido según Especialidad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	p*
Liberal en consultorio	45 95.7	54 98.2	61 89.7	32 94.1	43 93.5	14 93.3	.004
. como médico <u>general</u>	45 95.7	22 40.0	27 39.7	10 29.4	5 10.9	7 46.7	.000
. como médico <u>especialista</u>	0 0.0	20 36.4	20 29.4	15 44.1	31 67.4	5 33.3	.000
. como médico <u>general y especialista</u>	0 0.0	12 21.8	14 20.6	7 20.6	7 15.2	2 13.3	.000
Liberal en clínicas o sanatorios privados	11 23.4	16 29.1	36 52.9	8 23.5	7 15.2	3 20.0	.000
Desempeño en hospitales públicos de colectividad							
. tiempo parcial	23 48.9	40 72.7	53 77.9	26 76.5	40 87.0	8 53.3	.000
. tiempo completo	5 10.6	6 10.9	4 5.9	2 5.9	3 6.5	2 13.3	.783
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, FFAA,etc.)	14 29.8	29 52.7	28 41.2	11 32.4	13 28.3	2 13.3	.030
Docencia							
. universitaria	2 4.3	9 16.4	10 14.7	6 17.6	3 6.5	1 6.7	.229
. terciaria	2 4.3	1 1.8	0 0.0	1 2.9	2 4.3	1 6.7	.537
. secundaria	8 17.0	6 10.9	3 4.4	2 5.9	9 19.6	2 13.3	.110
Otras tareas en relación de dependencia							
. investigación	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.9	1 2.2	1 6.7	.163
. medicina laboral	3 6.4	7 12.7	9 13.2	2 5.9	3 6.5	4 26.7	.155
. dispensarios/centros de salud	6 12.8	9 16.4	3 4.4	4 11.8	9 19.6	2 13.3	.222
. auditoría médica	0 0.0	1 1.8	4 5.9	0 0.0	1 2.2	0 0.0	.282
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales,etc.)							
. en su consultorio	15 31.9	20 36.4	24 35.3	11 32.4	17 37.0	5 33.3	.985
. en la institución	1 2.1	6 10.9	11 16.2	4 11.8	3 6.5	1 6.7	.212
Otras (especificar)	1 2.1	1 1.8	1 1.5	0 0.0	3 6.5	0 0.0	.403
Total	47	55	68	34	46	15	

* χ^2

Tabla 74

Tipo de práctica a los 15 años después de recibido según Especialidad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	p*
Liberal en consultorio	46 97.9	54 100.0	65 95.6	33 97.1	40 87.0	15 100.0	.026
. como médico <u>general</u>	45 95.7	8 14.8	14 20.6	3 8.8	2 4.9	5 33.3	.000
. como médico <u>especialista</u>	1 2.1	33 61.1	38 55.9	24 70.6	33 71.7	8 53.3	.000
. como médico <u>general y especialista</u>	0 0.0	13 24.1	13 19.1	6 17.6	5 10.9	2 13.3	.017
Liberal en clínicas o sanatorios privados	14 29.8	24 44.4	40 58.8	13 38.2	9 19.6	5 33.3	.001
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad	25 53.2	41 75.9	51 75.0	26 76.5	38 82.6	7 46.7	.012
. tiempo parcial	3 6.4	3 5.6	5 7.4	1 2.9	2 4.3	1 6.7	.955
. tiempo completo	3 6.4	3 5.6	5 7.4	1 2.9	2 4.3	1 6.7	.955
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, FFAA, etc.)	15 31.9	25 46.3	27 39.7	12 35.3	14 30.4	3 20.0	.446
Docencia	3 6.4	8 14.8	19 27.9	9 26.5	5 10.9	4 26.7	.019
. universitaria	3 6.4	8 14.8	19 27.9	9 26.5	5 10.9	4 26.7	.043
. terciaria	3 6.4	0 0.0	1 1.5	0 0.0	2 4.3	2 13.3	.063
. secundaria	10 21.3	6 11.1	4 5.9	1 2.9	8 17.4	2 13.3	
Otras tareas en relación de dependencia	0 0.0	1 1.9	0 0.0	3 8.8	3 6.5	1 6.7	.063
. investigación	0 0.0	1 1.9	0 0.0	3 8.8	3 6.5	1 6.7	.063
. medicina laboral	4 8.5	7 13.0	8 11.8	2 5.9	4 8.7	3 20.0	.657
. dispensarios/centros de salud	6 12.8	6 11.1	2 2.9	1 2.9	9 19.6	4 26.7	.009
. auditoría médica	1 2.1	3 5.6	4 5.9	0 0.0	1 2.2	1 6.7	.594
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, etc.)	14 29.8	25 46.3	31 45.6	16 47.1	18 39.1	5 33.3	.420
. en su consultorio	1 2.1	11 20.4	12 17.6	6 17.6	3 6.5	3 20.0	.046
. en la institución	1 2.1	1 1.9	2 2.9	0 0.0	2 4.3	0 0.0	.821
Otras (especificar)	1 2.1	1 1.9	2 2.9	0 0.0	2 4.3	0 0.0	.821
Total	47	54	68	34	46	15	

* χ^2

Tabla 75

Tipo de práctica a los 30 años después de recibido según Especialidad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	p*
Liberal en consultorio	44 97.8	53 100.0	56 86.1	32 94.1	37 88.1	11 78.6	.014
. como médico <u>general</u>	41 91.1	3 5.7	10 15.4	2 5.9	1 2.4	3 21.4	.000
. como médico <u>especialista</u>	2 4.4	37 69.8	36 55.4	24 70.6	31 73.8	7 50.0	.000
. como médico <u>general y especialista</u>	1 2.2	13 24.5	10 15.4	6 17.6	5 11.9	1 7.1	.050
Liberal en clínicas o sanatorios privados	13 28.9	20 37.7	43 66.2	13 38.2	6 14.3	6 42.9	.000
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad	19 42.2	31 58.5	53 81.5	23 67.6	34 81.0	6 42.9	.000
. tiempo parcial	4 8.9	4 7.5	6 9.2	0 0.0	1 2.4	1 7.1	.417
. tiempo completo	8.9	7.5	9.2	0.0	2.4	7.1	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, FFAA, etc.)	15 33.3	23 43.4	25 38.5	11 32.4	11 26.2	2 14.3	.274
Docencia							
. universitaria	3 6.7	5 9.4	14 21.5	7 20.6	4 9.5	2 14.3	.137
. terciaria	2 4.4	0 0.0	1 1.5	0 0.0	2 4.8	1 7.1	.359
. secundaria	4 8.9	3 5.7	3 4.6	0 0.0	3 7.1	1 7.1	.668
Otras tareas en relación de dep.							
. investigación	2 4.4	0 0.0	0 0.0	1 2.4	1 2.4	1 7.1	.298
. medicina laboral	2 4.4	5 9.4	7 10.8	2 5.9	1 2.4	2 14.3	.446
. dispensarios/centros de salud	4 8.9	7 13.2	0 0.0	2 5.9	5 11.9	2 14.3	.092
. auditoría médica	2 4.4	3 5.7	4 6.2	0 0.0	1 2.4	1 7.1	.703
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales,etc.)	16 35.6	25 47.2	31 47.7	15 44.1	17 40.5	7 50.0	.793
. en su consultorio	1 2.2	11 20.8	11 16.9	6 17.6	2 4.8	5 35.7	.004
. en la institución	2.2	20.8	16.9	17.6	4.8	35.7	
Otras (especificar)	1 2.2	1 1.9	2 3.1	0 0.0	1 2.4	0 0.0	.928
Total	45	53	65	34	42	14	

* χ^2

Tabla 76

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Medicina general)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	45	46	44	
	95.7	97.9	97.8	
. como médico <u>general</u>	45	45	41	.716
	95.7	95.7	91.1	
. como médico <u>especialista</u>	0	1	2	.097
	0.0	2.1	4.4	
. como médico <u>general y especialista</u>	0	0	1	
	0.0	0.0	2.2	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	11	14	13	.247
	23.4	29.8	28.9	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	23	25	19	.397
	48.9	53.2	42.2	
. tiempo completo	5	3	4	.549
	10.6	6.4	8.9	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	14	15	15	.549
	29.8	31.9	33.3	
Docencia:				
. universitaria	2	3	3	.716
	4.3	6.4	6.7	
. terciaria	2	3	2	.368
	4.3	6.4	4.4	
. secundaria	8	10	4	.067
	17.0	21.3	8.9	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	0	2	.135
	0.0	0.0	4.4	
. medicina laboral	3	4	2	.716
	6.4	8.5	4.4	
. dispensarios/centros de salud	6	6	4	.264
	12.8	12.8	8.9	
. auditoría médica	0	1	2	.223
	0.0	2.1	4.4	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	15	14	16	.449
	31.9	29.8	35.6	
. en la institución	1	1	1	1.00
	2.1	2.1	2.2	
Otras (especificar)	1	1	1	
	2.1	2.1	2.2	
Total	47	47	45	

*Q de Cochran se basa en los 45 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 77

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Clínica y especialidades afines)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	54	54	53	
	98.2	100.0	100.0	
. como médico <u>general</u>	22	8	3	.000
	40.0	14.8	5.7	
. como médico <u>especialista</u>	20	33	37	.000
	36.4	61.1	69.8	
. como médico <u>general y especialista</u>	12	13	13	
	21.8	24.1	24.5	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	16	24	20	.023
	29.1	44.4	37.7	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	40	41	31	.019
	72.7	75.9	58.5	
. tiempo completo	6	3	4	.368
	10.9	5.6	7.5	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	29	25	23	.211
	52.7	46.3	43.4	
Docencia:				
. universitaria	9	8	5	.307
	16.4	14.8	9.4	
. terciaria	1	0	0	.368
	1.8	0.0	0.0	
. secundaria	6	6	3	.311
	10.9	11.1	5.7	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	1	0	.368
	0.0	1.9	0.0	
. medicina laboral	7	7	5	.761
	12.7	13.0	9.4	
. dispensarios/centros de salud	9	6	7	.417
	16.4	11.1	13.2	
. auditoría médica	1	3	3	.264
	1.8	5.6	5.7	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	20	25	25	.124
	36.4	46.3	47.2	
. en la institución	6	11	11	.102
	10.9	20.4	20.8	
Otras (especificar)	1	1	1	
	1.8	1.9	1.9	
Total	55	54	53	

*Q de Cochran se basa en los 53 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 78

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Cirugía y especialidades afines)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	61	65	56	
	89.7	95.6	86.1	
. como médico <u>general</u>	27	14	10	.000
	39.7	20.6	15.4	
. como médico <u>especialista</u>	20	38	36	.000
	29.4	55.9	55.4	
. como médico <u>general y especialista</u>	14	13	10	
	20.6	19.1	15.4	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	36	40	43	.009
	52.9	58.8	66.2	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	53	51	53	.121
	77.9	75.0	81.5	
. tiempo completo	4	5	6	.223
	5.9	7.4	9.2	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	28	27	25	.882
	41.2	39.7	38.5	
Docencia:				
. universitaria	10	19	14	.013
	14.7	27.9	21.5	
. terciaria	0	1	1	.606
	0.0	1.5	1.5	
. secundaria	3	4	3	1.00
	4.4	5.9	4.6	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	
. medicina laboral	9	8	7	.651
	13.2	11.8	10.8	
. dispensarios/centros de salud	3	2	0	.368
	4.4	2.9	0.0	
. auditoría médica	4	4	4	.819
	5.9	5.9	6.2	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	24	31	31	.030
	35.3	45.6	47.7	
. en la institución	11	12	11	.846
	16.2	17.6	16.9	
Otras (especificar)	1	2	2	
	1.5	2.9	3.1	
Total	68	68	65	

*Q de Cochran se basa en los 65 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 79

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Ginecología y obstetricia)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	32 94.1	33 97.1	32 94.1	
. como médico <u>general</u>	10 29.4	3 8.8	2 5.9	.004
. como médico <u>especialista</u>	15 44.1	24 70.6	24 70.6	.007
. como médico <u>general y especialista</u>	7 20.6	6 17.6	6 17.6	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	8 23.5	13 38.2	13 38.2	.015
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	26 76.5	26 76.5	23 67.6	.441
. tiempo completo	2 5.9	1 2.9	0 0.0	.223
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	11 32.4	12 35.3	11 32.4	.867
Docencia:				
. universitaria	6 17.6	9 26.5	7 20.6	.247
. terciaria	1 2.9	0 0.0	0 0.0	.368
. secundaria	2 5.9	1 2.9	0 0.0	.368
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	1 2.9	3 8.8	1 2.4	.135
. medicina laboral	2 5.9	2 5.9	2 5.9	1.00
. dispensarios/centros de salud	4 11.8	1 2.9	2 5.9	.311
. auditoría médica	0 0.0	0 0.0	0 0.0	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	11 32.4	16 47.1	15 44.1	.030
. en la institución	4 11.8	6 17.6	6 17.6	.264
Otras (especificar)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	
Total	34	34	34	

*Q

Tabla 80

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Pediatría)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	43	40	37	
	93.5	87.0	88.1	
. como médico <u>general</u>	5	2	1	.039
	10.9	4.9	2.4	
. como médico <u>especialista</u>	31	33	31	.606
	67.4	71.7	73.8	
. como médico <u>general y especialista</u>	7	5	5	
	15.2	10.9	11.9	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	7	9	6	.311
	15.2	19.6	14.3	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	40	38	34	.264
	87.0	82.6	81.0	
. tiempo completo	3	2	1	.716
	6.5	4.3	2.4	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	13	14	11	.867
	28.3	30.4	26.2	
Docencia:				
. universitaria	3	5	4	.819
	6.5	10.9	9.5	
. terciaria	2	2	2	1.00
	4.3	4.3	4.8	
. secundaria	9	8	3	.009
	19.6	17.4	7.1	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	1	3	1	.606
	2.2	6.5	2.4	
. medicina laboral	3	4	1	.606
	6.5	8.7	2.4	
. dispensarios/centros de salud	9	9	5	.449
	19.6	19.6	11.9	
. auditoría médica	1	1	1	1.00
	2.2	2.2	2.4	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	17	18	17	.895
	37.0	39.1	40.5	
. en la institución	3	3	2	1.00
	6.5	6.5	4.8	
Otras (especificar)	3	2	1	
	6.5	4.3	2.4	
Total	46	46	42	

*Q de Cochran se basa en los 42 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 81

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Otras especialidades)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	14	15	11	
	93.3	100.0	78.6	
. como médico <u>general</u>	7	5	3	.050
	46.7	33.3	21.4	
. como médico <u>especialista</u>	5	8	7	.100
	33.3	53.3	50.0	
. como médico <u>general y especialista</u>	2	2	1	
	13.3	13.3	7.1	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	3	5	6	.368
	20.0	33.3	42.9	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	8	7	6	.606
	53.3	46.7	42.9	
. tiempo completo	2	1	1	.368
	13.3	6.7	7.1	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	2	3	2	.716
	13.3	20.0	14.3	
Docencia:				
. universitaria	1	4	2	.100
	6.7	26.7	14.3	
. terciaria	1	2	1	.368
	6.7	13.3	7.1	
. secundaria	2	2	1	.606
	13.3	13.3	7.1	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	1	1	1	1.00
	6.7	6.7	7.1	
. medicina laboral	4	3	2	.716
	26.7	20.0	14.3	
. dispensarios/centros de salud	2	4	2	.264
	13.3	26.7	14.3	
. auditoría médica	0	1	1	.606
	0.0	6.7	7.1	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	5	5	7	.513
	33.3	33.3	50.0	
. en la institución	1	3	5	.050
	6.7	20.0	35.7	
Otras (especificar)	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	
Total	15	15	14	

*Q de Cochran estadística se basa en los 14 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 82

Tipo de práctica a los 5 años después de recibido según Año de egreso de la Facultad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Liberal en consultorio	37 100.0	56 96.5	59 90.8	59 98.3	38 84.4	.009
. como médico <u>general</u>	23 62.2	24 42.9	25 42.4	27 45.8	17 44.7	.155
. como médico <u>especialista</u>	8 21.6	22 39.3	21 35.6	24 40.7	16 42.1	.408
. como médico <u>general y especialista</u>	6 16.2	10 17.9	13 22.0	8 13.6	5 13.2	.791
Liberal en clínicas o sanatorios privados	9 24.3	13 22.4	26 40.0	21 35.0	12 26.7	.192
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad						
. tiempo parcial	23 62.2	40 69.0	51 78.5	44 73.3	32 71.1	.490
. tiempo completo	2 5.4	7 12.1	2 3.1	5 8.3	6 13.3	.256
Desempeño en la Administración Pública (Ministerios, FFAA, etc.)	14 37.8	20 34.5	26 40.0	24 40.0	13 28.9	.752
Docencia:						
. universitaria	4 10.8	6 10.3	6 9.2	14 23.3	1 2.2	.015
. terciaria	0 0.0	1 1.7	2 3.1	1 1.7	3 6.7	.367
. secundaria	4 10.8	5 8.6	9 13.8	8 13.3	4 8.9	.853
Otras tareas en relación de dependencia:						
. investigación	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 3.3	1 2.2	.297
. medicina laboral	1 2.7	6 10.3	8 12.3	5 8.3	8 17.8	.246
. dispensarios/centros de salud	5 13.5	8 13.8	7 10.8	6 10.0	7 15.6	.905
. auditoría médica	0 0.0	0 0.0	2 3.1	0 0.0	4 8.9	
Desempeño como médico de la Seguridad Social (Obras sociales, seguros prepagos)						
. en su consultorio	8 21.6	21 36.2	27 41.5	24 40.0	12 26.7	.183
. en la institución	1 2.7	7 12.1	11 16.9	3 5.0	5 11.1	.111
Otras (especificar)	0 0.0	1 1.7	2 3.1	2 3.3	2 4.4	.750
Total	37	58	65	60	45	

* χ^2

Tabla 83

Tipo de práctica a los 15 años después de recibido según Año de egreso de la Facultad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Liberal en consultorio	36 97.3	57 98.3	63 96.9	57 95.0	40 88.9	.078
. como médico <u>general</u>	20 55.6	11 19.3	17 27.0	16 28.1	13 32.5	.006
. como médico <u>especialista</u>	12 33.3	35 61.4	36 57.1	35 61.4	19 47.5	.030
. como médico <u>general y especialista</u>	4 11.1	11 19.3	10 15.9	6 10.5	8 20.0	.589
Liberal en clínicas o sanatorios privados	12 32.4	22 38.6	33 50.8	26 43.3	12 26.7	.101
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad						
. tiempo parcial	25 67.6	38 66.7	49 75.4	44 73.3	32 71.1	.768
. tiempo completo	2 5.4	5 8.8	2 3.1	3 5.0	3 6.7	.753
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	12 32.4	21 36.8	23 35.4	24 40.0	16 35.6	.960
Docencia						
. universitaria	6 16.2	12 21.1	14 21.5	12 20.0	4 8.9	.464
. terciaria	1 2.7	1 1.8	3 4.6	1 1.7	2 4.4	.809
. secundaria	5 13.5	3 5.3	11 16.9	6 10.0	6 13.3	.341
Otras tareas en relación de dependencia:						
. investigación	0 0.0	2 3.5	2 3.1	3 5.0	1 2.2	.719
. medicina laboral	1 2.7	5 8.8	4 6.2	9 15.0	9 20.0	.050
. dispensarios/centros de	3 8.1	9 15.8	8 12.3	3 5.0	5 11.1	.415
. auditoría médica	1 2.7	0 0.0	3 4.6	2 3.3	4 8.9	.215
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)						
. en su consultorio	14 37.8	27 47.4	31 47.7	24 40.0	13 28.9	.304
. en la institución	3 8.1	9 15.8	16 24.6	4 6.7	4 8.9	.025
Otras (especificar)	0 0.0	1 1.8	2 3.1	1 1.7	2 4.4	.701
Total	37	57	65	60	45	

* χ^2

Tabla 84

Tipo de práctica a los 30 años después de recibido según Año de egreso de la Facultad.

¿Qué tipo de práctica realizaba?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Liberal en consultorio	32 86.5	55 94.8	61 93.8	55 91.7	30 88.2	.393
. como médico <u>general</u>	14 43.8	10 18.2	13 21.3	15 27.3	8 26.7	.212
. como médico <u>especialista</u>	14 43.8	35 63.6	36 59.0	35 63.6	16 53.3	.178
. como médico <u>general y</u> <u>especialista</u>	4 12.5	10 18.2	12 19.7	5 9.1	6 20.0	.443
Liberal en clínicas o sanatorios privados	14 37.8	21 36.8	34 52.3	25 41.7	7 20.6	.003
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad						
. tiempo parcial	22 59.5	40 70.2	47 72.3	37 61.7	20 58.8	
. tiempo completo	3 8.1	3 5.3	3 4.6	5 8.3	2 5.9	.853
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA,etc.)	9 24.3	20 35.1	25 38.5	25 41.7	8 23.5	.062
Docencia						
. universitaria	4 10.8	9 15.8	12 18.5	8 13.3	2 5.9	.283
. terciaria	0 0.0	1 1.8	2 3.1	2 3.3	1 2.9	.837
. secundaria	1 2.7	2 3.5	7 10.8	4 6.7	0 0.0	.110
Otras tareas en relación de dependencia:						
. investigación	0 0.0	1 1.8	2 3.1	1 1.7	1 2.9	.868
. medicina laboral	0 0.0	4 7.0	4 6.2	6 10.0	5 14.7	.315
. dispensarios/centros de	2 5.4	9 15.8	5 7.7	2 3.3	2 5.9	.104
. auditoría médica	1 2.7	0 0.0	4 6.2	4 6.7	2 5.9	.364
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)						
. en su consultorio	13 35.1	29 50.9	31 47.7	26 43.3	12 35.3	.112
. en la institución	2 5.4	9 15.8	17 26.2	5 8.3	3 8.8	.006
Otras (especificar)	0 0.0	1 1.8	2 3.1	1 1.7	1 2.9	.868
Total	37	57	65	60	34	

* χ^2

Tabla 85

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Año de egreso hasta 1944)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	37	36	32	
	100.0	97.3	86.5	
. como médico <u>general</u>	23	20	14	.000
	62.2	55.6	43.8	
. como médico <u>especialista</u>	8	12	14	.336
	21.6	33.3	43.8	
. como médico <u>general y especialista</u>	6	4	4	
	16.2	11.1	12.5	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	9	12	14	.066
	24.3	32.4	37.8	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	23	25	22	.529
	62.2	67.6	59.5	
. tiempo completo	2	2	3	.368
	5.4	5.4	8.1	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	14	12	9	.150
	37.8	32.4	24.3	
Docencia:				
. universitaria	4	6	4	.368
	10.8	16.2	10.8	
. terciaria	0	1	0	.368
	0.0	2.7	0.0	
. secundaria	4	5	1	.115
	10.8	13.5	2.7	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	
. medicina laboral	1	1	0	.606
	2.7	2.7	0.0	
. dispensarios/centros de salud	5	3	2	.247
	13.5	8.1	5.4	
. auditoría médica	0	1	1	.368
	0.0	2.7	2.7	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	8	14	13	.032
	21.6	37.8	35.1	
. en la institución	1	3	2	.368
	2.7	8.1	5.4	
Otras (especificar)	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	
Total	37	37	37	

*Q

Tabla 86

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Año de egreso 1945-49)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	56	57	55	
	96.5	98.3	94.8	
. como médico <u>general</u>	24	11	10	.000
	42.9	19.3	18.2	
. como médico <u>especialista</u>	22	35	35	.000
	39.3	61.4	63.6	
. como médico <u>general y especialista</u>	10	11	10	
	17.9	19.3	18.2	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	13	22	21	.002
	22.4	38.6	36.8	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	40	38	40	.754
	69.0	66.7	70.2	
. tiempo completo	7	5	3	.135
	12.1	8.8	5.3	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	20	21	20	.867
	34.5	36.8	35.1	
Docencia:				
. universitaria	6	12	9	.050
	10.3	21.1	15.8	
. terciaria	1	1	1	1.00
	1.7	1.8	1.8	
. secundaria	5	3	2	.368
	8.6	5.3	3.5	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	2	1	.368
	0.0	3.5	1.8	
. medicina laboral	6	5	4	.882
	10.3	8.8	7.0	
. dispensarios/centros de salud	8	9	9	.819
	13.8	15.8	15.8	
. auditoría médica	0	0	0	
	0.0	0.0	0.0	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	21	27	29	.024
	36.2	47.4	50.9	
. en la institución	7	9	9	.449
	12.1	15.8	15.8	
Otras (especificar)	1	1	1	
	1.7	1.8	1.8	
Total	58	57	57	

*Q de Cochran se basa en los 57 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 87

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Año de egreso 1950-54)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	59	63	61	
	90.8	96.9	93.8	
. como médico <u>general</u>	25	17	13	.000
	42.4	27.0	21.3	
. como médico <u>especialista</u>	21	36	36	.000
	35.6	57.1	59.0	
. como médico <u>general y especialista</u>	13	10	12	
	22.0	15.9	19.7	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	26	33	34	.022
	40.0	50.8	52.3	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	51	49	47	.397
	78.5	75.4	72.3	
. tiempo completo	2	2	3	.368
	3.1	3.1	4.6	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	26	23	25	.417
	40.0	35.4	38.5	
Docencia:				
. universitaria	6	14	12	.018
	9.2	21.5	18.5	
. terciaria	2	3	2	.368
	3.1	4.6	3.1	
. secundaria	9	11	7	.180
	13.8	16.9	10.8	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	0	2	2	.135
	0.0	3.1	3.1	
. medicina laboral	8	4	4	.169
	12.3	6.2	6.2	
. dispensarios/centros de salud	7	8	5	.529
	10.8	12.3	7.7	
. auditoría médica	2	3	4	.549
	3.1	4.6	6.2	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	27	31	31	.264
	41.5	47.7	47.7	
. en la institución	11	16	17	.012
	16.9	24.6	26.2	
Otras (especificar)	2	2	2	
	3.1	3.1	3.1	
Total	65	65	65	

*Q

Tabla 88

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Año de egreso 1955-59)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	59	57	55	
	98.3	95.0	91.7	
. como médico <u>general</u>	27	16	15	.000
	45.8	28.1	27.3	
. como médico <u>especialista</u>	24	35	35	.004
	40.7	61.4	63.6	
. como médico <u>general y especialista</u>	8	6	5	
	13.6	10.5	9.1	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	21	26	25	.148
	35.0	43.3	41.7	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	44	44	37	.056
	73.3	73.3	61.7	
. tiempo completo	5	3	5	.368
	8.3	5.0	8.3	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	24	24	25	.920
	40.0	40.0	41.7	
Docencia:				
. universitaria	14	12	8	.078
	23.3	20.0	13.3	
. terciaria	1	1	2	.368
	1.7	1.7	3.3	
. secundaria	8	6	4	.135
	13.3	10.0	6.7	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	2	3	1	.223
	3.3	5.0	1.7	
. medicina laboral	5	9	6	.156
	8.3	15.0	10.0	
. dispensarios/centros de salud	6	3	2	.039
	10.0	5.0	3.3	
. auditoría médica	0	2	4	.091
	0.0	3.3	6.7	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	24	24	26	.716
	40.0	40.0	43.3	
. en la institución	3	4	5	.472
	5.0	6.7	8.3	
Otras (especificar)	2	1	1	
	3.3	1.7	1.7	
Total	60	60	60	

*Q

Tabla 89

Tipo de práctica en los tres momentos de la carrera (Año de egreso 1960 y más)

¿Qué tipo de práctica realizaba?	5 años	15 años	30 años	p*
Liberal en consultorio	38	40	30	
	84.4	88.9	88.2	
. como médico <u>general</u>	17	13	8	.606
	44.7	32.5	26.7	
. como médico <u>especialista</u>	16	19	16	.223
	42.1	47.5	53.3	
. como médico <u>general y especialista</u>	5	8	6	
	13.2	20.0	20.0	
Liberal en clínicas o sanatorios privados	12	12	7	.247
	26.7	26.7	20.6	
Desempeño en hospitales públicos o de colectividad				
. tiempo parcial	32	32	20	.233
	71.1	71.1	58.8	
. tiempo completo	6	3	2	.368
	13.3	6.7	5.9	
Desempeño en la Administración pública (Ministerios, Municipalidades, FFAA, etc.)	13	16	8	.529
	28.9	35.6	23.5	
Docencia:				
. universitaria	1	4	2	.472
	2.2	8.9	5.9	
. terciaria	3	2	1	.368
	6.7	4.4	2.9	
. secundaria	4	6	0	.105
	8.9	13.3	0.0	
Otras tareas en relación de dependencia:				
. investigación	1	1	1	.606
	2.2	2.2	2.9	
. medicina laboral	8	9	5	1.00
	17.8	20.0	14.7	
. dispensarios/centros de salud	7	5	2	.264
	15.6	11.1	5.9	
. auditoría médica	4	4	2	.779
	8.9	8.9	5.9	
Desempeño como médico de la Seguridad social (Obras sociales, seguros prepagos)				
. en su consultorio	12	13	12	.549
	26.7	28.9	35.3	
. en la institución	5	4	3	.368
	11.1	8.9	8.8	
Otras (especificar)	2	2	1	
	4.4	4.4	2.9	
Total	45	45	34	

* Q de Cochran se basa en los 34 casos que respondieron a los tres momentos solicitados (11 casos estuvieron en actividad menos de 30 años)

Tabla 90
Definición de su práctica según Género

¿Cómo describiría su práctica?	Masculino	Femenino	Total	p*
Práctica profesional liberal	198 88.8	28 73.7	226 86.6	.011
Práctica hospitalaria	155 69.5	26 68.4	181 69.3	.862
Práctica asalariada	45 20.2	6 15.8	51 19.5	.520
Docencia	37 16.6	6 15.8	43 16.5	.893
Otros	4 1.8	0 0.0	4 1.5	.404
Total	223	38	261	

* χ^2

Tabla 91
Definición de su práctica según Especialidad.

¿Cómo describiría su práctica?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Práctica profesional liberal	40 85.1	51 96.2	57 83.8	30 90.9	36 78.3	12 85.7	226 86.5	.152
Práctica hospitalaria	21 44.7	36 67.9	57 83.8	24 72.7	37 80.4	6 42.9	181 69.6	.000
Práctica asalariada	7 14.9	10 18.9	15 22.1	5 15.2	9 19.6	5 35.7	51 19.6	.509
Docencia	7 14.9	5 9.4	13 19.1	6 18.2	8 17.4	4 28.6	43 16.5	.500
Otros	0 0.0	1 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 21.4	4 1.5	.000
Total	47	53	68	33	46	14	261	

* χ^2

Tabla 92
Cargos jerárquicos según Género

¿Tuvo cargos jerárquicos?	Masculino	Femenino	Total
No	53 26.6	14 45.2	67 29.1
Sí	146 73.4	17 54.9	163 70.9
Total	199	31	230

$$\chi^2 = 4.46 \quad p = .035$$

Tabla 93
Cargos jerárquicos en sanatorios según Año de egreso de la Facultad

¿Tuvo cargos jerárquicos?	- 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
No	10 66.7	13 54.2	16 42.1	26 86.7	11 78.6	76 62.8
Sí	5 33.3	11 45.9	22 57.9	4 13.3	3 21.4	45 37.2
Total	15	24	38	30	14	121

$$\chi^2 = 16.63 \quad p = .002$$

Tabla 94
Cargos jerárquicos en hospitales según Especialidad

¿Tuvo cargos jerárquicos?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	11 33.3	16 33.3	7 10.9	10 34.5	17 38.6	6 50.0	67 29.1
Sí	22 66.6	32 66.7	57 89.1	19 65.5	27 61.4	6 50	163 70.9
Total	33	48	64	29	44	12	230

$$\chi^2 = 15.81 \quad p = .007$$

Tabla 95

Horas diarias trabajadas - en promedio- por hombres y mujeres en tres momentos de la carrera

Género	A los 5 años	A los 15 años	A los 30 años	F	p*
Masculino	11.1	11.7	10.1	32.3	.000
Femenino	9.3	9.7	8.5	3.1	.053
Total	10.8	11.4	9.9	35.1	.000

*ANOVA

Tabla 96

Horas diarias trabajadas - en promedio- en tres momentos de la carrera según Género

	Hombres		Mujeres		F	p*
	M	s	M	s		
A los 5 años	11.1	4.5	9.3	4.9	4.4	.04
A los 15 años	11.7	4.2	9.7	4.8	5.8	.02
A los 30 años	10.1	4.7	8.5	3.9	3.2	.07

*ANOVA

Tabla 97

Horas diarias trabajadas - en promedio- por los distintos grupos de especialistas en tres momentos de la carrera

Especialidad	A los 5 años	A los 15 años	A los 30 años	F	p*
Médicos generales	12.2	12.3	10.7	8.4	.000
Clínicos	10.0	10.4	8.7	11.9	.000
Cirujanos	11.0	11.9	9.8	17.7	.000
Tocoginecólogos	10.2	12.0	10.0	4.3	.017
Pediatras	11.0	11.0	10.8	.6	.547
Otros	9.4	9.5	8.4	1.6	.547
Total	10.8	11.4	9.9	35.1	.000

*ANOVA

Tabla 98

Horas diarias trabajadas - en promedio- según Especialidad

	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatra s	Otras	F	p*
A los 5 años	12.2	10.0	11.0	10.2	11.0	9.4	1.5	.200
A los 15 años	12.3	10.4	11.9	12.0	11.0	9.5	1.8	.121
A los 30 años	10.7	8.7	9.8	10.0	10.8	8.4	1.4	.216

*ANOVA

Tabla 99

Horas diarias trabajadas - en promedio- por las distintas generaciones en tres momentos de la carrera

Año de egreso	A los 5 años	A los 15 años	A los 30 años	F	p*
- 1944	11.5	12.9	12.3	1.9	.158
1945-1949	11.3	11.6	9.8	18.4	.000
1950-1954	10.0	10.8	9.3	15.2	.000
1955-1959	11.3	11.7	9.6	14.7	.000
1960 y +	10.2	10.4	9.3	2.6	.079
Total	10.8	11.4	9.9	35.1	.000

*ANOVA

Tabla.100

Horas diarias trabajadas - en promedio- según Año de egreso de la Facultad

	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	F	p*
A los 5 años	11.5	11.3	10.0	11.3	10.2	1.23	.299
A los 15 años	12.9	11.6	10.8	11.7	10.4	1.76	.137
A los 30 años	12.3	9.8	9.3	9.6	9.3	2.52	.042

*ANOVA

Tabla 101
Duración del ejercicio profesional según Género

¿Cuánto tiempo ejerció?	Masculino	Femenino	Total
20 años y menos	5 2.3	2 5.6	7 2.8
21-30 años	15 7.0	13 36.1	28 11.2
31-40 años	96 45.1	14 38.9	110 44.2
41-50 años	88 45.1	6 16.7	94 37.8
51 y más años	9 4.2	1 2.8	10 4.0
Total	213	36	249

$$\chi^2 = 29.65 \quad p = .000$$

Tabla 102
Duración del ejercicio profesional -en promedio - según Género

Género	Duración de la actividad	
	M	s
Masculino	39.2	7.6
Femenino	33.6	8.3
Total	38.4	7.9

$$F = 16.2 \quad p = .0001$$

Tabla 103
Duración del ejercicio profesional según Especialidad

Especialidad	Duración de la actividad	
	M	s
Médicos generales	41.0	8.9
Clínicos	39.3	7.3
Cirujanos	39.3	7.1
Tocoginecólogos	37.2	6.3
Pediatras	36.0	8.3
Otros	33.0	9.5
Total	38.4	7.9

$$F = 3.6 \quad p = .004$$

Tabla 104
Duración del consultorio según Género

Género	Duración del consultorio	
	M	s
Masculino	32.5	11.7
Femenino	29.7	12.7
Total	32.1	11.8

F= 1.5 p= .226

Tabla 105
Duración del consultorio según Especialidad

Especialidad	Duración del consultorio	
	M	s
Médicos generales	34.4	13.4
Clínicos	33.9	10.7
Cirujanos	32.4	10.5
Tocoginecólogos	31.3	10.4
Pediatras	30.9	12.5
Otros	22.7	14.4
Total	32.1	11.8

F= 2.4 p= .04

Tabla 106
Características de la localidad según Año de egreso de la Facultad

La localidad era	- 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
Ciudad	20 55.6	45 80.4	50 80.6	45 76.3	30 76.9	190 75.4
Pueblo	9 25.0	9 16.1	11 17.7	13 22.0	7 17.9	49 19.4
Zona rural	7 19.4	2 3.6	1 1.6	1 1.7	2 5.1	13 5.2
Total	36	56	62	59	39	252

$\chi^2 = 20.94$ p= .007

Tabla 107
Características de la localidad según Especialidad

La localidad era	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Ciudad	24 53.3	42 79.2	52 81.3	25 78.1	35 81.4	12 80.0	190 75.4
Pueblo	16 35.6	9 17.0	8 12.5	7 21.9	6 14.0	3 20.0	49 19.4
Zona rural	5 11.1	2 3.8	4 6.3	0 0.0	2 4.7	0 0.0	13 5.2
Total	45	53	64	32	43	15	252

$$\chi^2 = 17.99 \quad p = .055$$

Tabla 108
Presencia de otros médicos según Año de egreso de la Facultad

¿Había otros médicos?	- 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
No	8 22.2	7 12.3	0 0.0	4 6.8	3 7.7	22 8.7
Sí, pocos	16 44.4	15 26.3	28 44.4	22 37.3	12 30.8	93 36.6
Sí, muchos	12 33.3	35 61.4	35 55.6	33 55.9	24 61.5	139 54.7
Total	36	57	63	59	39	254

$$\chi^2 = 21.75 \quad p = .005$$

Tabla 109
Presencia de otros médicos según Especialidad

¿Había otros médicos?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	7 15.6	5 9.3	5 7.8	4 11.8	1 2.3	0 0.0	22 8.7
Sí, pocos	23 51.1	19 35.2	19 29.7	14 41.2	12 27.9	6 42.9	93 36.4
Sí, muchos	15 33.3	30 55.6	40 62.5	16 47.1	30 69.8	8 57.1	139 54.9
Total	45	54	64	34	43	14	254

$$\chi^2 = 17.29 \quad p = .068$$

Tabla 110
Lugar de funcionamiento del consultorio según Especialidad

El consultorio funcionaba en...	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Su casa	38 82.6	36 69.2	49 76.6	21 63.6	36 87.8	5 35.7	185 73.9
En otro lugar	8 17.4	16 30.8	15 23.4	12 36.4	5 12.2	9 64.3	65 26.1
Total	46	52	64	33	41	14	250

$\chi^2 = 21.08$ $p = .000$

Tabla 111
Adquisición del consultorio según Género

¿ El consultorio fue...	Masculino	Femenino	Total
Comprado con la clientela	17 7.9	0 0.0	17 6.8
Comprado sin clientela	36 16.7	3 9.1	39 15.7
Alquilado con la clientela	12 5.6	1 3.0	13 5.2
Alquilado sin la clientela	49 22.7	8 24.2	57 22.9
Instalado por Ud. para consultorio	88 40.7	17 51.5	105 42.2
Casa ya existente	7 3.2	1 3.0	8 3.2
Consultorio del cónyuge	0 0.0	2 6.1	2 0.8
Instalado para sanatorio	4 1.9	0 0.0	4 1.6
Socio del sanatorio	3 1.4	1 3.0	4 1.6
Total	216	33	249

$\chi^2 = 18.83$ $p = .016$

Tabla 112

Adquisición del consultorio según Año de egreso de la Facultad

¿ El consultorio fue...	- 1944	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960 y más	Total
Comprado con la clientela	5 14.3	4 7.0	4 6.5	3 5.3	1 2.6	17 6.8
Comprado sin clientela	1 2.9	6 10.5	13 21.0	13 22.8	6 15.8	39 15.7
Alquilado con la clientela	4 11.4	3 5.3	2 3.2	4 7.0	0 0.0	13 5.2
Alquilado sin la clientela	9 25.7	13 22.8	11 17.7	14 24.6	10 26.3	57 22.9
Instalado por Ud. para consultorio	14 40.0	28 49.1	25 40.3	20 35.1	18 47.4	105 42.2
Casa ya existente	1 2.9	2 3.5	3 4.8	1 1.8	1 2.6	8 3.2
Consultorio del cónyuge	0 0.0	0 0.0	2 3.2	0 0.0	0 0.0	2 0.8
Instalado para sanatorio	1 2.9	0 0.0	1 1.6	2 3.5	0 0.0	4 1.6
Socio del sanatorio	0 0.0	1 1.8	1 1.6	0 0.0	2 5.3	4 1.6
Total	35	57	62	57	38	249

 $\chi^2 = 34.60$ $p = .345$

Tabla 113
Adquisición del consultorio según Especialidad

¿ El consultorio fue...	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Comprado con la clientela	5 11.9	4 7.3	5 7.6	2 6.1	1 2.4	0 0.0	17 6.9
Comprado sin clientela	4 9.5	9 16.4	8 12.1	7 21.2	9 21.4	2 18.2	39 15.3
Alquilado con la clientela	5 11.9	3 5.5	3 4.5	0 0.0	2 4.8	0 0.0	13 5.2
Alquilado sin la clientela	11 26.2	14 25.5	13 19.7	6 18.2	6 14.3	7 63.7	57 23.0
Instalado por Ud. para consultorio	14 33.3	21 38.2	31 47.0	18 54.5	19 45.2	2 18.2	105 42.3
Casa ya existente	2 4.8	1 1.8	1 1.5	0 0.0	4 9.5	0 0.0	8 3.2
Consultorio del cónyuge	1 2.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.4	0 0.0	2 0.8
Instalado para sanatorio	0 0.0	1 1.8	3 4.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 1.6
Socio del sanatorio	0 0.0	2 3.6	2 3.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 1.6
Total	42	55	66	33	42	11	249

$\chi^2 = 50.13$ $p = .131$

Tabla 114
Disposición del consultorio según Género

¿ Compartía ese consultorio?	Masculino	Femenino	Total
No	172 80.4	22 64.7	194 78.2
Sí, con médicos de la misma especialidad	12 5.6	2 5.9	14 5.6
Sí, con médicos de distinta especialidad	21 9.8	1 2.9	22 8.9
Sí, con mi cónyuge de la misma especialidad	3 1.4	3 8.8	6 2.4
Sí, con mi cónyuge de distinta especialidad	6 2.8	6 17.6	12 4.8
Total	214	34	248

$\chi^2 = 22.40$ $p = .000$

Tabla 115
Disposición del consultorio según Especialidad

¿Compartía ese consultorio?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	39 86.7	40 75.5	52 86.7	24 70.6	31 75.6	8 53.3	194 78.1
Sí, con médicos de la misma especialidad	1 2.2	4 7.5	1 1.7	2 5.9	0 0.0	6 40.0	14 5.7
Sí, con médicos de distinta especialidad	3 6.7	6 11.3	6 10.0	4 11.8	2 4.9	1 6.7	22 8.9
Sí, con mi cónyuge de la misma especialidad	2 4.4	0 0.0	0 0.0	1 2.9	3 7.3	0 0.0	6 2.4
Sí, con mi cónyuge de distinta especialidad	0 0.0	3 5.7	1 1.7	3 8.8	5 12.2	0 0.0	12 4.9
Total	45	53	60	34	41	15	248

$\chi^2 = 61.71$ $p = .000$

Tabla 116
Financiamiento de la instalación según Género

¿Cómo financió la instalación?	Masculino	Femenino	Total	p*
Con ayuda familiar	84 38.9	13 43.3	97 39.4	.931
Con un préstamo	63 29.2	12 40.0	75 30.5	.470
Con fondos propios	126 58.3	12 40.0	138 56.1	.012
Otros	2 0.9	0 0.0	2 0.8	.575
Total	223	38	261	

* χ^2

Tabla 117
Financiación de la instalación según Año de egreso de la Facultad

¿Cómo financió la instalación?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total	p*
Con ayuda familiar	21 58.3	19 33.3	30 50.8	19 33.3	8 21.6	97 39.4	.002
Con un préstamo	10 27.8	13 22.8	19 32.2	22 38.6	11 29.7	75 30.5	.473
Con fondos propios	12 33.3	37 64.9	33 55.9	31 54.4	25 67.6	138 56.1	.050
Otros	1 2.8	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	2 0.8	.462
Total	36	57	59	57	37	246	

* χ^2

Tabla 118
Asistencia en el consultorio según Género

¿Quién le ayudaba a abrir la puerta o a atender el teléfono?	Masculino	Femenino	Total	p*
Cónyuge	89 39.6	5 12.5	94 35.5	.001
Secretaria	67 29.8	8 20.0	75 28.3	.206
Servicio doméstico	43 19.1	13 32.5	56 21.1	.056
Enfermera	19 8.4	1 2.5	20 7.5	.190
Familiar	12 5.3	5 12.5	17 6.4	.088
Nadie	29 12.9	7 17.5	36 13.6	.432
Base	225	40	265	

* χ^2

Tabla 119
Realización de consultas a domicilio según Género

¿ Realizaba consultas a domicilio?	Masculino	Femenino	Total
No	14 6.4	4 11.1	18 7.1
Sí, pocas	71 32.4	16 44.4	87 34.1
Sí, muchas	134 61.2	16 44.4	150 58.8
Total	219	36	255

$$\chi^2 = 3.86 \quad p = .145$$

Tabla 120
Realización de consultas a domicilio según Especialidad

¿Realizaba consultas a domicilio?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	1 2.2	5 9.3	2 3.1	3 8.8	3 7.0	4 28.6	18 7.1
Sí, pocas	11 23.9	14 25.9	32 50.0	18 52.9	7 16.3	5 35.7	87 33.9
Sí, muchas	34 73.9	35 64.8	30 46.9	13 38.2	33 76.7	5 35.7	150 59.1
Total	46	54	64	34	43	14	255

$$\chi^2 = 20.14 \quad p = .028$$

Tabla 121
Atención de urgencias domiciliarias según Especialidad

Ante una urgencia domiciliaria	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Iba siempre	42 91.3	44 81.5	55 85.9	29 85.3	37 90.2	10 76.9	217 86.1
Iba sólo si el paciente era cliente suyo	3 6.5	2 3.7	8 12.5	2 5.9	1 2.4	0 0.0	16 6.4
No atendía urgencias	1 2.2	8 14.8	1 1.6	3 8.8	3 7.3	3 23.1	19 7.6
Total	46	54	64	34	41	13	252

$$\chi^2 = 38.01 \quad p = .000$$

Tabla 122

Modificaciones posteriores a la instalación del consultorio según Año de egreso de la Facultad

Años posteriores a la instalación	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total	p*
Adquirió aparatos	32 91.4	31 59.6	37 66.1	34 63.0	20 58.8	154 66.7	.004
Se mudó dentro de la misma localidad	13 37.1	19 36.5	23 41.1	27 50.0	13 38.2	95 41.1	.497
Separó su vivienda de su consultorio	8 22.9	18 34.6	17 30.4	12 22.2	9 26.5	64 27.7	.583
Modificó su consultorio	11 31.4	15 28.8	15 26.8	14 25.9	5 14.7	60 26.0	.320
Amplió su consultorio	9 25.7	3 5.8	4 7.1	4 7.4	4 11.8	24 10.4	.016
Lo convirtió en una clínica	2 5.7	4 7.7	1 1.8	5 9.3	2 5.9	14 6.1	.517
Compró una clínica	7 20.0	6 11.5	8 14.3	6 11.1	1 2.9	28 12.1	.189
Abrió otros consultorios	7 20.0	6 11.5	7 12.5	9 16.7	4 11.8	33 14.3	.637
Otros	4 11.4	5 9.6	10 17.9	5 9.3	5 14.7	29 12.6	.706
Total	35	52	56	54	34	231	

* χ^2

Tabla 123

Modificaciones posteriores a la instalación del consultorio según Especialidad.

Años posteriores a la instalación	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total	p*
Adquirió aparatos	25 62.5	38 73.1	40 66.7	27 81.8	16 47.1	8 66.7	154 66.5	.001
Se mudó dentro de la misma localidad	19 47.5	21 40.4	23 38.3	12 36.4	16 47.1	4 33.3	95 40.9	.864
Separó su vivienda de su consultorio	9 22.5	17 32.7	20 33.3	6 18.2	8 23.5	4 33.3	64 27.4	.348
Modificó su consultorio	10 25.0	13 25.0	20 33.3	5 15.2	10 29.4	2 16.7	60 26.1	.515
Amplió su consultorio	3 7.5	5 9.6	9 15.0	4 12.1	3 8.8	0 0.0	24 10.4	.531
Lo convirtió en una clínica	2 5.0	4 7.7	4 6.7	2 6.1	2 5.9	0 0.0	14 6.1	.912
Compró una clínica	7 17.5	3 5.8	8 13.3	5 15.2	4 11.8	1 9.1	28 12.2	.636
Abrió otros consultorios	10 25.0	8 15.4	3 5.0	7 21.2	2 5.9	3 25.0	33 14.3	.026
Otros	4 10.0	7 13.5	7 11.7	2 6.1	7 20.6	2 16.7	29 12.6	.783
Total	40	52	60	33	34	12	231	

* χ^2

Tabla 124

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 5 años de egresado según Género

Género	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Masculino	61.5	28.3	1.7	.194	37.6	28.2	2.5	.116	.8	4.2	1.4	.241
Femenino	54.4	37.4			46.3	37.7			.0	.0		
Total	60.4	29.9			39.0	29.9			.7	3.9		

* ANOVA

Tabla 125

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 15 años de egresado según Género

Género	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Masculino	64.2	23.2	5.8	.016	34.6	23.2	6.9	.009	1.3	6.2	1.6	.210
Femenino	53.4	30.1			46.5	30.5			.0	.0		
Total	62.6	24.5			36.3	24.7			1.1	5.7		

* ANOVA

Tabla 126

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 30 años de egresado según Género

Género	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Masculino	60.0	27.2	2.5	.115	38.8	26.6	2.5	.114	1.0	5.2	1.5	.224
Femenino	51.5	33.7			47.2	33.4			.0	.0		
Total	58.7	28.4			39.9	27.8			.9	4.8		

* ANOVA

Tabla 127

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 5 años de egresado según Año de egreso de la Facultad

Año de egreso	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
- 1944	76.6	27.5	4.0	.004	21.3	26.7	4.0	.004	1.1	4.2	1.17	.322
1945-1949	63.0	28.3			.8	3.9						
1950-1954	52.3	28.5			1.5	6.2						
1955-1959	62.9	28.0			.2	1.3						
1960 y +	54.0	33.7			.0	.0						
Total	60.4	29.9			.7	3.9						

* ANOVA

Tabla 128

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 15 años de egresado según Año de egreso de la Facultad

Año de egreso	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
- 1944	76.8	23.6	2.9	.023	20.7	22.9	3.4	.009	1.5	5.3	1.32	.262
1945-1949	62.0	23.2			1.1	4.7						
1950-1954	60.9	23.6			2.3	9.6						
1955-1959	61.0	23.0			.4	1.9						
1960 y +	58.1	28.0			.0	.0						
Total	62.6	24.5			1.1	5.7						

* ANOVA

Tabla 129

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 30 años de egresado según Año de egreso de la Facultad

Año de egreso	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
- 1944	73.7	28.1	4.6	.001	25.8	27.4	5.0	.001	1.1	4.2	.8	.552
1945-1949	62.1	27.3			1.3	4.8						
1950-1954	61.8	25.9			1.4	7.5						
1955-1959	49.3	27.3			.4	2.4						
1960 y +	51.1	30.4			.0	.0						
Total	58.7	28.4			.9	4.8						

* ANOVA

Tabla 130

Comparación de los porcentajes - en promedio- de los ingresos provenientes honorarios y sueldos en los tres momentos de la carrera según Año de egreso de la Facultad

Test de Scheffé	
A los 5 años	
Honorarios	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 3 (1950-1954) Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)
Sueldos	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 3 (1950-1954) Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)
A los 15 años	
Honorarios	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)
Sueldos	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 4 (1955-1959) Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)
A los 30 años	
Honorarios	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 4 (1955-1959) Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)
Sueldos	Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 4 (1955-1959) Grupo 1 (Hasta 1944) vs. 5 (1960 y +)

Tabla 131

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 5 años de egresado según Especialidad

Especialidad	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Médicos generales	71.9	28.8	2.4	.041	27.3	28.5	2.3	.048	.5	2.2	1.2	.311
Clínicos	64.1	28.3			35.5	28.7			.4	2.9		
Cirujanos	54.7	29.2			43.6	29.3			1.7	6.5		
Tocoginecólogos	62.8	26.2			37.1	25.8			.7	3.7		
Pediatras	53.8	31.7			46.2	31.7			.0	.0		
Otros	55.4	35.9			44.6	35.9			.0	.0		
Total	60.4	29.9			39.0	29.9			.7	3.9		

* ANOVA

Tabla 132

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 15 años de egresado según Especialidad

Especialidad	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Médicos generales	72.0	26.1	2.6	.027	26.9	25.5	2.7	.022	1.0	3.8	1.2	.308
Clínicos	63.6	23.0			35.7	23.4			.4	2.9		
Cirujanos	59.6	22.4			38.5	22.2			2.6	9.7		
Tocoginecólogos	68.2	22.1			30.0	22.4			.7	3.7		
Pediatras	55.3	26.3			44.2	27.0			.5	3.0		
Otros	57.3	27.6			42.7	27.6			.0	.0		
Total	62.6	24.5			36.3	24.7			1.1	5.7		

* ANOVA

Tabla 133

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de tres fuentes a los 30 años de egresado según Especialidad

Especialidad	Honorarios		F*	p	Sueldos		F*	p	Otros		F*	p
	M	s			M	s			M	s		
Médicos generales	65.0	31.1	1.7	.141	32.4	28.9	2.1	.069	1.1	4.2	.9	.510
Clínicos	61.1	27.0			39.0	26.9			.4	2.9		
Cirujanos	57.0	25.4			40.9	24.0			1.8	7.8		
Tocoginecólogos	63.2	26.9			34.4	25.8			.3	1.6		
Pediatras	48.8	27.4			50.7	28.1			.5	3.0		
Otros	61.7	40.4			38.3	40.4			.0	.0		
Total	58.7	28.4			39.9	27.8			.9	4.8		

* ANOVA

Tabla 134

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de honorarios y sueldos en los tres momentos de la carrera según Género

Género	Honorarios			F*	p	Sueldos			F*	p
	a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años			a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años		
Masculino	61.5	64.2	60.0	3.1	.046	37.6	34.6	38.8	3.1	.048
Femenino	54.4	53.4	51.5	1.0	.371	46.3	46.5	47.2	.6	.574
Total	60.4	62.6	58.7	3.8	.024	39.0	36.3	39.9	3.5	.030

* ANOVA con medidas repetidas

Tabla 135

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de honorarios y sueldos en los tres momentos de la carrera según Año de egreso de la Facultad

Año de egreso	Honorarios			F*	p	Sueldos			F*	p
	a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años			a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años		
- 1944	76.6	76.8	73.7	.2	.800	21.3	20.7	25.8	.5	.615
1945-1949	63.0	62.0	62.1	.1	.937	36.2	36.9	35.7	.3	.724
1950-1954	52.3	60.9	61.8	9.1	.000	46.2	37.3	36.6	10.3	.000
1955-1959	62.9	61.0	49.3	8.8	.000	37.1	38.4	49.5	7.7	.001
1960 y +	54.0	58.1	51.1	3.4	.041	46.0	41.9	48.9	3.4	.041
Total	60.4	62.6	58.7	3.8	.024	39.0	36.3	39.9	3.5	.030

* ANOVA con medidas repetidas

Tabla 136

Porcentaje - en promedio- de los ingresos provenientes de honorarios y sueldos en los tres momentos de la carrera según Especialidad

Especialidad	Honorarios			F*	p	Sueldos			F*	p
	a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años			a los 5 años	a los 15 años	a los 30 años		
Médicos generales	71.9	72.0	65.0	2.8	.066	27.3	26.9	32.4	1.9	.150
Clínicos	64.1	63.6	61.1	.3	.774	35.5	35.7	39.0	.4	.697
Cirujanos	54.7	59.6	57.0	.9	.425	43.6	38.5	40.9	.9	.388
Tocoginecólogos	62.8	68.2	63.2	.8	.459	37.1	30.0	34.4	1.1	.329
Pediatras	53.8	55.3	48.8	4.1	.020	46.2	44.2	50.7	4.0	.022
Otros	55.4	57.3	61.7	.8	.467	44.6	42.7	38.3	.8	.467
Total	60.4	62.6	58.7	3.8	.024	39.0	36.3	39.9	3.5	.030

* ANOVA con medidas repetidas

Tabla 137
Determinación de honorarios según Año de egreso de la Facultad

¿Cómo fijaba sus honorarios?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total	p*
Según la capacidad económica de sus clientes	14 37.8	24 42.1	20 32.8	32 55.2	13 32.5	103 40.7	.095
De acuerdo a lo que cobraban sus colegas	24 64.9	27 47.4	32 52.5	23 39.7	14 35.0	120 47.4	.060
Según su criterio personal	0 0.0	0 0.0	2 3.3	2 3.4	2 5.0	6 2.4	.398
De acuerdo al nomenclador	8 21.6	17 29.8	31 50.8	10 17.2	14 35.0	80 31.6	.001
Total	37	57	61	58	40	253	

* χ^2

Tabla 138
Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Total)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	219 88.0	210 83.0	194 79.5	.014
Darse algunos gustos	124 49.8	184 72.7	159 65.2	.000
Aumentar el confort de su hogar	123 49.4	181 71.5	154 63.1	.000
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	96 38.6	139 54.9	110 44.1	.000
Veranear	142 57.0	201 79.4	192 78.7	.000
Comprar bibliografía	144 57.1	180 71.1	150 61.5	.000
Asistir a congresos, cursos, seminarios	146 58.6	194 76.7	162 66.4	.000
Comprar o cambiar el auto	142 57.0	203 80.2	181 74.2	.000
Realizar inversiones	32 12.9	88 34.8	75 30.7	.000
Realizar viajes de placer	53 21.3	108 42.7	120 49.2	.000
Realizar viajes de estudios	50 20.1	87 34.4	72 29.5	.000
Contribuir al mantenimiento del hogar	186 74.3	196 77.5	191 78.3	.032
No le alcanzaban para vivir decorosamente	9 3.6	3 1.2	9 3.7	.037
Total	249	253	244	

*Q de Cochran se basa en los 239 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 139

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Hombres)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	188 89.1	184 84.8	172 81.9	.053
Darse algunos gustos	112 53.1	167 77.0	146 69.5	.000
Aumentar el confort de su hogar	114 54.0	167 77.0	144 68.6	.000
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	88 41.7	129 59.4	102 48.6	.000
Veranear	126 59.7	181 83.4	174 82.9	.000
Comprar bibliografía	130 60.7	164 75.6	141 67.1	.000
Asistir a congresos, cursos, seminarios	130 61.6	173 79.7	148 70.5	.000
Comprar o cambiar el auto	130 61.6	186 85.7	166 79.0	.000
Realizar inversiones	30 14.2	82 38.2	72 34.3	.000
Realizar viajes de placer	46 21.8	100 46.1	108 51.7	.000
Realizar viajes de estudios	44 20.9	81 37.3	67 31.9	.000
Contribuir al mantenimiento del hogar	158 74.4	171 78.8	167 79.5	.012
No le alcanzaban para vivir decorosamente	7 3.3	1 .5	7 3.3	.060
Total	211	217	210	

*Q de Cochran se basa en los 205 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 140

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Mujeres)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	31 81.6	26 72.2	22 64.7	.223
Darse algunos gustos	12 31.6	17 47.2	13 38.2	.105
Aumentar el confort de su hogar	9 23.7	14 38.9	10 29.4	.232
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	8 21.1	10 27.8	8 23.5	.459
Veranear	16 42.1	20 55.6	18 52.9	.236
Comprar bibliografía	14 36.8	16 44.4	9 26.5	.150
Asistir a congresos, cursos, seminarios	16 42.1	21 58.3	14 41.2	.063
Comprar o cambiar el auto	12 31.6	17 47.2	15 44.1	.061
Realizar inversiones	2 5.3	5 13.9	3 8.8	.100
Realizar viajes de placer	7 18.4	8 22.2	12 35.3	.100
Realizar viajes de estudios	6 15.8	6 16.7	5 14.7	.779
Contribuir al mantenimiento del hogar	28 73.7	25 69.4	24 70.6	.819
No le alcanzaban para vivir decorosamente	2 5.3	2 .8	2 .8	.606
Total	38	36	34	

*Q de Cochran se basa en los 34 casos que respondieron a los tres momentos solicitados, por lo tanto puede aparecer una diferencia de porcentajes y sin embargo, la prueba de comparación no es significativa

Tabla 141

Destino de los ingresos a los 5 años de recibido según Género

Sus ingresos le alcanzaban para	Masculino	Femenino	p*
Vivir decorosamente	188 89.1	31 81.6	.348
Darse algunos gustos	112 53.1	12 31.6	.019
Aumentar el confort de su hogar	114 54.0	9 23.7	.001
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	88 41.7	8 21.1	.021
Veranear	126 59.7	16 42.1	.056
Comprar bibliografía	130 60.7	14 36.8	.007
Asistir a congresos, cursos, seminarios	130 61.6	16 42.1	.038
Comprar o cambiar el auto	130 61.6	12 31.6	.001
Realizar inversiones	30 14.2	2 5.3	.151
Realizar viajes de placer	46 21.8	7 18.4	.663
Realizar viajes de estudios	44 20.9	6 15.8	.493
Contribuir al mantenimiento del hogar	158 74.4	28 73.7	.943
No le alcanzaban para vivir decorosamente	7 3.3	2 5.3	.545
Total	211	38	

* χ^2

Tabla 142

Destino de los ingresos a los 15 años de recibido según Género

Sus ingresos le alcanzaban para	Masculino	Femenino	p*
Vivir decorosamente	184 84.8	26 72.2	.013
Darse algunos gustos	167 77.0	17 47.2	.000
Aumentar el confort de su hogar	167 77.0	14 38.9	.000
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	129 59.4	10 27.8	.000
Veranear	181 83.4	20 55.6	.000
Comprar bibliografía	164 75.6	16 44.4	.000
Asistir a congresos, cursos, seminarios	173 79.7	21 58.3	.001
Comprar o cambiar el auto	186 85.7	17 47.2	.000
Realizar inversiones	82 38.2	5 13.9	.003
Realizar viajes de placer	100 46.1	8 22.2	.003
Realizar viajes de estudios	81 37.3	6 16.7	.010
Contribuir al mantenimiento del hogar	171 78.8	25 69.4	.070
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 .5	2 .8	.012
Total	217	36	

* χ^2

Tabla 143

Destino de los ingresos a los 30 años de recibido según Género

Sus ingresos le alcanzaban para	Masculino	Femenino	p*
Vivir decorosamente	172 81.9	22 64.7	.004
Darse algunos gustos	146 69.5	13 38.2	.000
Aumentar el confort de su hogar	144 68.6	10 29.4	.000
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	102 48.6	8 23.5	.003
Veranear	174 82.9	18 52.9	.000
Comprar bibliografía	141 67.1	9 26.5	.000
Asistir a congresos, cursos, seminarios	148 70.5	14 41.2	.000
Comprar o cambiar el auto	166 79.0	15 44.1	.000
Realizar inversiones	72 34.3	3 8.8	.002
Realizar viajes de placer	108 51.7	12 35.3	.032
Realizar viajes de estudios	67 31.9	5 14.7	.026
Contribuir al mantenimiento del hogar	167 79.5	24 70.6	.062
No le alcanzaban para vivir decorosamente	7 3.3	2 .8	.545
Total	210	34	

* χ^2

Tabla 144

Destino de los ingresos a los 5 años de recibido según Año de egreso de la Facultad

Sus ingresos le alcanzaban para	Año de egreso					p*
	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	
Vivir decorosamente	32 94.1	46 85.2	58 93.5	50 87.7	33 78.6	.130
Darse algunos gustos	19 55.9	28 51.9	36 58.1	25 43.9	16 38.1	.243
Aumentar el confort de su hogar	14 41.2	34 63.0	34 58.4	26 45.6	15 35.7	.039
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	13 38.2	24 44.4	23 37.1	22 38.6	14 33.3	.740
Veranear	19 55.9	37 68.5	36 58.1	30 52.6	20 47.6	.204
Comprar bibliografía	22 64.7	34 63.0	35 58.1	32 56.1	20 47.6	.484
Asistir a congresos, cursos, seminarios	16 47.1	36 66.7	36 58.1	37 64.9	21 50.0	.114
Comprar o cambiar el auto	21 61.8	41 75.9	31 50.0	34 59.6	15 35.7	.001
Realizar inversiones	8 23.5	13 24.1	4 6.5	5 8.8	2 4.8	.002
Realizar viajes de placer	10 29.4	18 33.3	9 14.5	8 14.0	8 19.0	.044
Realizar viajes de estudios	9 26.5	17 31.5	7 11.3	9 15.8	8 19.0	.037
Contribuir al mantenimiento del hogar	28 82.4	41 75.9	47 75.8	40 70.2	29 69.0	.728
No le alcanzaban para vivir decorosamente	0 0.0	2 3.7	1 1.6	1 1.8	5 11.9	.024
Total	34	54	62	57	42	

* χ^2

Tabla 145

Destino de los ingresos a los 15 años de recibido según Año de egreso de la Facultad

Sus ingresos le alcanzaban para	Año de egreso					p*
	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	
Vivir decorosamente	30 88.2	43 79.6	54 87.1	50 84.7	33 75.0	.490
Darse algunos gustos	25 73.5	40 74.1	46 74.2	47 79.7	26 59.1	.160
Aumentar el confort de su hogar	24 70.6	39 72.2	49 79.0	42 71.2	27 61.4	.419
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	22 64.7	30 55.6	35 56.5	31 52.5	21 47.7	.758
Veranear	27 79.4	45 83.3	49 79.0	47 79.7	33 75.0	.754
Comprar bibliografía	24 70.6	40 74.1	44 71.0	41 69.5	31 70.5	.980
Asistir a congresos, cursos, seminarios	23 67.6	41 75.9	48 77.4	50 84.7	32 72.7	.284
Comprar o cambiar el auto	31 91.2	46 85.2	50 80.6	49 83.1	27 61.4	.014
Realizar inversiones	14 41.2	20 37.0	18 29.0	24 40.7	12 27.3	.364
Realizar viajes de placer	17 50.0	28 51.9	24 38.7	24 40.7	15 34.1	.424
Realizar viajes de estudios	17 50.0	22 40.7	20 32.3	17 28.8	11 25.0	.208
Contribuir al mantenimiento del hogar	31 91.2	43 79.6	49 79.0	44 74.6	29 65.9	.287
No le alcanzaban para vivir decorosamente	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 6.8	.004
Total	34	54	62	59	44	

* χ^2

Tabla 146

Destino de los ingresos a los 30 años de recibido según Año de egreso de la Facultad

Sus ingresos le alcanzaban para	Año de egreso					p*
	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	
Vivir decorosamente	29 80.6	45 81.8	52 86.7	44 74.6	24 70.6	.003
Darse algunos gustos	23 63.9	36 65.5	45 75.0	39 66.1	16 47.1	.002
Aumentar el confort de su hogar	21 58.3	37 67.3	41 68.3	37 62.7	18 52.9	.063
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	24 66.7	24 43.6	26 43.3	26 44.1	10 29.4	.002
Veranear	29 80.6	48 87.3	47 78.3	48 81.4	20 58.8	.000
Comprar bibliografía	26 72.2	41 74.5	39 65.0	31 52.5	13 38.2	.000
Asistir a congresos, cursos, seminarios	22 61.1	42 76.4	42 70.0	39 66.1	17 50.0	.002
Comprar o cambiar el auto	32 88.9	44 80.0	43 71.7	42 71.2	20 58.8	.000
Realizar inversiones	18 50.0	15 27.3	18 30.0	17 28.8	7 20.6	.008
Realizar viajes de placer	24 66.7	30 54.5	25 41.7	25 42.4	16 47.1	.010
Realizar viajes de estudios	18 50.0	22 40.0	15 25.0	11 18.6	6 17.6	.001
Contribuir al mantenimiento del hogar	33 91.7	44 80.0	50 83.3	43 72.9	21 61.8	.000
No le alcanzaban para vivir decorosamente	0 0.0	2 3.6	0 0.0	4 6.8	3 8.8	.141
Total	36	55	60	59	34	

* χ^2

Tabla 147

Destino de los ingresos a los 5 años de recibido según Especialidad

Sus ingresos le alcanzaban para	Especialidad						p*
	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	
Vivir decorosamente	36 78.3	45 86.5	62 96.9	27 84.4	39 88.6	10 90.9	.145
Darse algunos gustos	21 45.7	30 57.7	35 54.7	13 40.6	21 47.7	4 36.4	.383
Aumentar el confort de su hogar	22 47.8	32 61.5	34 53.1	10 31.3	20 45.5	5 45.5	.073
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	18 39.1	27 51.9	25 39.1	10 31.3	11 25.0	5 45.5	.099
Veranear	28 60.9	35 67.3	39 60.9	10 31.3	25 56.8	5 45.5	.020
Comprar bibliografía	25 54.3	31 59.6	41 64.1	14 43.8	28 63.6	4 40.4	.194
Asistir a congresos, cursos, seminarios	24 52.2	27 51.9	44 68.8	15 46.9	30 68.2	6 54.5	.153
Comprar o cambiar el auto	28 60.9	28 53.8	39 60.9	16 50.0	27 61.4	4 36.4	.232
Realizar inversiones	8 17.4	9 17.3	7 10.9	2 6.3	4 9.1	2 18.3	.485
Realizar viajes de placer	10 21.7	13 25.0	20 31.3	3 9.4	7 15.9	0 0.0	.051
Realizar viajes de estudios	9 19.6	7 13.5	19 29.7	7 21.9	6 13.6	2 18.2	.305
Contribuir al mantenimiento del hogar	39 84.8	39 75.0	47 73.4	21 65.6	33 75.0	6 54.5	.045
No le alcanzaban para vivir decorosamente	4 8.7	2 3.8	1 1.6	1 3.1	0 0.0	1 9.1	.244
Total	46	52	64	32	44	11	

* χ^2

Tabla 148

Destino de los ingresos a los 15 años de recibido según Especialidad

Sus ingresos le alcanzaban para	Especialidad						p*
	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	
Vivir decorosamente	40 88.9	44 84.6	56 86.2	25 78.1	34 73.9	11 84.6	.627
Darse algunos gustos	30 66.7	42 80.8	51 78.5	25 78.1	28 60.9	8 61.3	.174
Aumentar el confort de su hogar	30 66.7	46 88.5	52 80.0	19 59.4	26 56.5	8 61.3	.002
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	18 40.0	37 71.2	39 60.0	26 71.9	14 30.4	8 61.3	.000
Veranear	36 80.0	49 94.2	54 83.1	24 75.0	29 63.0	9 69.2	.009
Comprar bibliografía	28 62.2	38 73.1	56 86.2	24 75.0	27 58.7	7 53.8	.023
Asistir a congresos, cursos, seminarios	26 57.8	40 76.9	56 86.2	28 87.5	34 73.9	10 76.9	.014
Comprar o cambiar el auto	37 82.2	47 90.4	56 86.2	24 75.0	32 69.6	7 53.8	.006
Realizar inversiones	18 40.0	20 38.5	25 38.5	11 34.4	8 17.4	6 46.2	.223
Realizar viajes de placer	18 40.0	22 42.3	37 56.9	14 43.8	13 28.3	4 30.8	.097
Realizar viajes de estudios	14 31.1	18 34.6	28 43.1	11 34.4	11 23.9	5 38.5	.502
Contribuir al mantenimiento del hogar	39 86.7	40 76.9	53 81.5	25 78.1	31 67.4	8 61.3	.229
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 2.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	1 7.7	.192
Total	45	52	65	32	46	13	

* χ^2

Tabla 149

Destino de los ingresos a los 30 años de recibido según Especialidad

Sus ingresos le alcanzaban para	Especialidad						p*
	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	
Vivir decorosamente	34 79.1	41 80.4	52 81.3	25 80.6	33 76.7	9 75.0	.800
Darse algunos gustos	26 60.5	35 68.6	46 71.9	21 67.7	24 55.8	7 58.3	.412
Aumentar el confort de su hogar	24 55.8	38 74.5	42 65.6	18 58.1	25 58.1	7 58.3	.190
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	18 41.9	31 60.8	27 42.2	15 48.4	13 30.2	6 50.0	.057
Veranear	32 74.4	45 88.2	52 81.3	24 77.4	31 72.1	8 66.6	.171
Comprar bibliografía	24 55.8	36 70.6	45 70.3	17 54.8	23 53.5	5 41.7	.082
Asistir a congresos, cursos, seminarios	20 46.5	37 72.5	45 70.3	23 74.2	30 69.8	7 58.3	.027
Comprar o cambiar el auto	34 79.1	37 72.5	50 78.1	22 71.0	32 74.4	6 50.0	.211
Realizar inversiones	15 34.9	16 31.4	21 32.8	9 29.0	9 20.9	5 41.7	.775
Realizar viajes de placer	22 51.2	23 45.1	37 57.8	18 58.1	15 34.9	5 41.7	.226
Realizar viajes de estudios	14 32.6	13 25.5	21 32.8	11 35.5	9 20.9	4 33.3	.712
Contribuir al mantenimiento del hogar	36 83.7	39 76.5	53 82.8	24 77.4	32 74.4	7 58.3	.239
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 2.3	1 2.0	2 3.1	1 2.3	1 0.4	1 8.3	.456
Total	43	51	64	31	43	12	

* χ^2

Tabla 150

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Médicos generales)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	36 78.3	40 88.9	34 79.1	.050
Darse algunos gustos	21 45.7	30 66.7	26 60.5	.002
Aumentar el confort de su hogar	22 47.8	30 66.7	24 55.8	.030
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	18 39.1	18 40.0	18 41.9	.913
Veranear	28 60.9	36 80.0	32 74.4	.023
Comprar bibliografía	25 54.3	28 62.2	24 55.8	.368
Asistir a congresos, cursos, seminarios	24 52.2	26 57.8	20 46.5	.078
Comprar o cambiar el auto	28 60.9	37 82.2	34 79.1	.008
Realizar inversiones	8 17.4	18 40.0	15 34.9	.005
Realizar viajes de placer	10 21.7	18 40.0	22 51.2	.001
Realizar viajes de estudios	9 19.6	14 31.1	14 32.6	.062
Contribuir al mantenimiento del hogar	39 84.8	39 86.7	36 83.7	.846
No le alcanzaban para vivir decorosamente	4 8.7	1 2.2	1 2.3	.050
Total	46	45	43	

*Q de Cochran se basa en los 43 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 151

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Clínicos)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	45 86.5	44 84.6	41 80.4	.530
Darse algunos gustos	30 57.7	42 80.8	35 68.6	.001
Aumentar el confort de su hogar	32 61.5	46 88.5	38 74.5	.001
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	27 51.9	37 71.2	31 60.8	.012
Veranear	35 67.3	49 94.2	45 88.2	.000
Comprar bibliografía	31 59.6	38 73.1	36 70.6	.020
Asistir a congresos, cursos, seminarios	27 51.9	40 76.9	37 72.5	.001
Comprar o cambiar el auto	28 53.8	47 90.4	37 72.5	.000
Realizar inversiones	9 17.3	20 38.5	16 31.4	.002
Realizar viajes de placer	13 25.0	22 42.3	23 45.1	.005
Realizar viajes de estudios	7 13.5	18 34.6	13 25.5	.001
Contribuir al mantenimiento del hogar	39 75.0	40 76.9	39 76.5	.819
No le alcanzaban para vivir decorosamente	2 3.8	0 0.0	1 2.0	.368
Total	52	52	51	

*Q de Cochran se basa en los 51 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 152

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Cirujanos)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	62 96.9	56 86.2	52 81.3	.005
Darse algunos gustos	35 54.7	51 78.5	46 71.9	.000
Aumentar el confort de su hogar	34 53.1	52 80.0	42 65.6	.001
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	25 39.1	39 60.0	27 42.2	.004
Veranear	39 60.9	54 83.1	52 81.3	.000
Comprar bibliografía	41 64.1	56 86.2	45 70.3	.015
Asistir a congresos, cursos, seminarios	44 68.8	56 86.2	45 70.3	.066
Comprar o cambiar el auto	39 60.9	56 86.2	50 78.1	.001
Realizar inversiones	7 10.9	25 38.5	21 32.8	.000
Realizar viajes de placer	20 31.3	37 56.9	37 57.8	.000
Realizar viajes de estudios	19 29.7	28 43.1	21 32.8	.074
Contribuir al mantenimiento del hogar	47 73.4	53 81.5	53 82.8	.034
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 1.6	0 0.0	2 3.1	.606
Total	64	65	64	

*Q de Cochran se basa en los 62 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 153

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Tocoginecólogos)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	27 84.4	25 78.1	25 80.6	.687
Darse algunos gustos	13 40.6	25 78.1	21 67.7	.000
Aumentar el confort de su hogar	10 31.3	19 59.4	18 58.1	.004
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	10 31.3	26 71.9	15 48.4	.002
Veranear	10 31.3	24 75.0	24 77.4	.000
Comprar bibliografía	14 43.8	24 75.0	17 54.8	.008
Asistir a congresos, cursos, seminarios	15 46.9	28 87.5	23 74.2	.000
Comprar o cambiar el auto	16 50.0	24 75.0	22 71.0	.006
Realizar inversiones	2 6.3	11 34.4	9 29.0	.009
Realizar viajes de placer	3 9.4	14 43.8	18 58.1	.000
Realizar viajes de estudios	7 21.9	11 34.4	11 35.5	.169
Contribuir al mantenimiento del hogar	21 65.6	25 78.1	24 77.4	.069
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 3.1	0 0.0	1 2.3	.174
Total	32	32	31	

*Q de Cochran se basa en los 31 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 154

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Pediatras)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	39 88.6	34 73.9	33 76.7	.135
Darse algunos gustos	21 47.7	28 60.9	24 55.8	.085
Aumentar el confort de su hogar	20 45.5	26 56.5	25 58.1	.127
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	11 25.0	14 30.4	13 30.2	.368
Veranear	25 56.8	29 63.0	31 72.1	.071
Comprar bibliografía	28 63.6	27 58.7	23 53.5	.695
Asistir a congresos, cursos, seminarios	30 68.2	34 73.9	30 69.8	.199
Comprar o cambiar el auto	27 61.4	32 69.6	32 74.4	.319
Realizar inversiones	4 9.1	8 17.4	9 20.9	.169
Realizar viajes de placer	7 15.9	13 28.3	15 34.9	.057
Realizar viajes de estudios	6 13.6	11 23.9	9 20.9	.178
Contribuir al mantenimiento del hogar	33 75.0	31 67.4	32 74.4	.223
No le alcanzaban para vivir decorosamente	0 0.0	1 2.2	1 0.4	.368
Total	44	46	43	

*Q de Cochran se basa en los 42 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 155

Destino de los ingresos en los tres momentos de la carrera (Otras especialidades)

Sus ingresos le alcanzaban para	5 años	15 años	30 años	p*
Vivir decorosamente	10 90.9	11 84.6	9 75.0	.368
Darse algunos gustos	4 36.4	8 61.3	7 58.3	.368
Aumentar el confort de su hogar	5 45.5	8 61.3	7 58.3	.606
Adquirir instrumentos para el ejercicio profesional	5 45.5	8 61.3	6 50.0	.606
Veranear	5 45.5	9 69.2	8 66.6	.223
Comprar bibliografía	4 40.4	7 53.8	5 41.7	.606
Asistir a congresos, cursos, seminarios	6 54.5	10 76.9	7 58.3	.174
Comprar o cambiar el auto	4 36.4	7 53.8	6 50.0	.368
Realizar inversiones	2 18.3	6 46.2	5 41.7	.135
Realizar viajes de placer	0 0.0	4 30.8	5 41.7	.097
Realizar viajes de estudios	2 18.2	5 38.5	4 33.3	.223
Contribuir al mantenimiento del hogar	6 54.5	8 61.3	7 58.3	1.00
No le alcanzaban para vivir decorosamente	1 9.1	1 7.7	1 8.3	1.00
Total	11	13	12	

*Q de Cochran se basa en los 10 casos que respondieron a los tres momentos solicitados

Tabla 156

Conformidad con los ingresos en los tres momentos de la carrera (Hombres)

Conformidad con los ingresos	A los 5 años	A los 15 años	A los 30 años
Muy conforme	16.0	24.3	17.9
Conforme	53.1	56.4	50.5
Término medio	23.5	16.1	19.3
Desconforme	7.5	3.2	12.3
Total	100.0	100.0	100.0

Prueba de Fiedman: 9.7 p= .008

Tabla 157

Conformidad con los ingresos en los tres momentos de la carrera (Mujeres)

Conformidad con los ingresos	A los 5 años	A los 15 años	A los 30 años
Muy conforme	15.8	15.8	20.0
Conforme	39.5	39.5	28.6
Término medio	34.2	31.6	34.3
Desconforme	10.5	13.2	17.1
Total	100.0	100.0	100.0

Prueba de Fiedman: .4 p= .820

Tabla 158

Otra actividad remunerada aparte de su profesión según Especialidad

¿Tuvo alguna otra actividad remunerada?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	39 84.8	48 90.6	62 95.4	30 88.2	34 75.6	13 92.9	226 87.9
Sí	7 15.2	5 9.4	3 4.6	4 11.8	11 24.4	1 7.1	31 12.1
Total	46	54	65	34	45	14	257

$\chi^2 = 10.88$ p= .054

Tabla 159
Pertenenencia a sociedades científicas o gremiales según Género

¿Fue miembro de sociedades?	Masculino	Femenino	Total
No	24 11.1	9 23.1	33 12.9
Sí	192 88.9	30 76.9	223 87.1
Total	217	39	256

$$\chi^2 = 4.20 \quad p = .040$$

Tabla 160
Tipo de sociedad de las que fue miembro según Género

Sociedades	Masculino	Femenino	Total	p*
Científicas	153 79.3	23 76.7	176 78.9	.158
Gremiales	112 58.0	16 53.3	128 57.4	.233
Total	193	30	223	

* χ^2

Tabla 161
Participación en asociaciones profesionales (Total)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	56 31.8	47 36.7	.356
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	139 79.0	68 53.1	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	88 50.0	22 17.2	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	80 45.5	90 70.3	.336
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	48 27.3	48 37.5	1.00
Participar de la comisión directiva	55 31.3	74 57.8	.045
Participar de la fundación de la asociación	45 25.6	40 31.3	.608
Total	176	128	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 162
Participación en asociaciones científicas según Género

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Masculino	Femenino	p*
Pagar la cuota solamente	46 30.1	10 43.5	.546
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	120 78.4	19 82.6	.462
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	77 50.3	11 47.8	.368
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	73 47.7	7 30.4	.050
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	47 30.7	1 4.3	.005
Participar de la comisión directiva	55 35.9	0 0.0	.004
Participar de la fundación de la asociación	40 26.1	5 21.7	.000
Total	153	23	

* χ^2

Tabla 163
Participación en asociaciones gremiales según Género

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Masculino	Femenino	p*
Pagar la cuota solamente	39 34.5	8 53.3	.662
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	64 56.6	4 26.7	.013
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	21 18.6	1 6.7	.143
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	78 69.0	12 80.0	.521
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	44 38.9	4 26.7	.137
Participar de la comisión directiva	69 61.1	5 33.3	.015
Participar de la fundación de la asociación	37 32.7	3 20.0	.136
Total	113	15	

* χ^2

Tabla 164
Participación en asociaciones profesionales (Hombres)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	46 30.1	39 34.5	.450
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	120 78.4	64 56.6	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	77 50.3	21 18.6	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	73 47.7	78 69.0	.664
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	47 30.7	44 38.9	.798
Participar de la comisión directiva	55 35.9	69 61.1	.136
Participar de la fundación de la asociación	40 26.1	37 32.7	.783
Total	153	113	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 165
Participación en asociaciones profesionales (Mujeres)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	10 43.5	8 53.3	.774
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	19 82.6	4 26.7	.001
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	11 47.8	1 6.7	.006
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	7 30.4	12 80.0	.267
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	1 4.3	4 26.7	.375
Participar de la comisión directiva	0 0.0	5 33.3	.062
Participar de la fundación de la asociación	5 21.7	3 20.0	.727
Total	23	15	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 166
Participación en asociaciones científicas según Especialidad

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	p*
Pagar la cuota solamente	8 47.1	10 28.6	13 24.1	11 39.3	13 43.3	1 8.3	.310
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	12 70.6	27 77.1	49 90.7	20 71.4	23 76.7	8 66.7	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	3 17.6	23 65.7	29 53.7	16 57.1	13 43.3	4 35.3	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	9 52.9	15 42.9	25 46.3	12 42.9	14 46.7	5 41.7	.579
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	3 17.6	14 40.0	16 29.6	7 25.0	5 16.7	3 25.0	.102
Participar de la comisión directiva	3 17.6	14 40.0	19 35.2	9 32.1	6 20.0	4 35.3	.055
Participar de la fundación de la asociación	3 17.6	8 22.9	14 25.9	9 32.1	8 26.7	3 25.0	.306
Total	17	35	54	28	20	12	

* χ^2

Tabla 167
Participación en asociaciones gremiales según Especialidad

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	p*
Pagar la cuota solamente	14 53.8	11 36.7	9 25.6	7 41.2	3 20.0	3 50.0	.040
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	12 46.2	18 60.0	22 64.7	4 23.5	9 60.0	3 50.0	.106
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	3 11.5	8 26.7	7 20.6	2 11.8	2 13.3	0 0.0	.300
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	19 73.1	23 76.7	23 67.6	9 52.9	12 80.0	4 66.7	.284
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	7 26.9	14 46.7	14 41.2	4 23.5	8 53.3	1 16.7	.417
Participar de la comisión directiva	11 42.3	19 63.3	23 67.6	7 41.2	11 73.3	3 50.0	.465
Participar de la fundación de la asociación	8 30.8	10 33.3	11 32.4	4 23.5	6 40.0	1 16.7	.827
Total	26	30	34	17	15	6	

* χ^2

Tabla 168

Participación en asociaciones profesionales (Médicos generales)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	8 47.1	14 53.8	.210
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	12 70.6	12 46.2	1.00
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	3 17.6	3 11.5	1.00
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	9 52.9	19 73.1	.021
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	3 17.6	7 26.9	.344
Participar de la comisión directiva	3 17.6	11 42.3	.039
Participar de la fundación de la asociación	3 17.6	8 30.8	.180
Total	17	26	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 169

Participación en asociaciones profesionales (Clínicos)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	10 28.6	11 36.7	1.00
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	27 77.1	18 60.0	.108
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	23 65.7	8 26.7	.001
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	15 42.9	23 76.7	.152
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	14 40.0	14 46.7	1.00
Participar de la comisión directiva	14 40.0	19 63.3	.383
Participar de la fundación de la asociación	8 22.9	10 33.3	.804
Total	35	30	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 170
Participación en asociaciones profesionales (Cirujanos)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	13 24.1	9 25.6	.481
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	49 90.7	22 64.7	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	29 53.7	7 20.6	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	25 46.3	23 67.6	.832
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	16 29.6	14 41.2	.814
Participar de la comisión directiva	19 35.2	23 67.6	.541
Participar de la fundación de la asociación	14 25.9	11 32.4	.581
Total	54	34	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 171
Participación en asociaciones profesionales (Tocoginecólogos)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	11 39.3	7 41.2	.454
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	20 71.4	4 23.5	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	16 57.1	2 11.8	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	12 42.9	9 52.9	.581
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	7 25.0	4 23.5	.508
Participar de la comisión directiva	9 32.1	7 41.2	.727
Participar de la fundación de la asociación	9 32.1	4 23.5	.180
Total	28	17	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 172
Participación en asociaciones profesionales (Pediatras)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	13 43.3	3 20.0	.002
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	23 76.7	9 60.0	.004
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	13 43.3	2 13.3	.001
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	14 46.7	12 80.0	.814
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	5 16.7	8 53.3	.508
Participar de la comisión directiva	6 20.0	11 73.3	.267
Participar de la fundación de la asociación	8 26.7	6 40.0	.774
Total	30	15	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 173
Participación en asociaciones científicas según Año de egreso de la Facultad

¿Cuáles son las actividades realizadas?	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	p*
Pagar la cuota solamente	9 33.3	13 29.5	10 20.4	12 32.4	12 63.2	.494
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	21 77.8	38 86.4	39 79.6	29 78.4	12 63.2	.003
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	13 48.1	24 54.5	21 42.9	21 56.8	9 47.4	.353
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	11 40.7	25 56.8	20 40.8	17 45.9	7 36.8	.077
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	6 22.2	16 36.4	15 30.6	7 18.9	4 21.1	.073
Participar de la comisión directiva	9 33.3	18 40.9	17 34.7	8 21.6	8 47.1	.017
Participar de la fundación de la asociación	8 29.6	11 25.0	11 22.4	11 29.7	4 21.1	.678
Total	27	44	49	37	19	

* χ^2

Tabla 174

Participación en asociaciones gremiales según Año de egreso de la Facultad

¿Cuáles son las actividades realizadas?	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	p*
Pagar la cuota solamente	4 25.0	8 36.4	15 35.7	12 38.7	8 47.1	.531
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	7 43.8	16 72.7	23 54.8	14 45.2	8 47.1	.273
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	3 18.8	6 27.3	6 14.3	5 16.1	2 11.8	.904
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	7 43.8	18 81.8	33 78.6	22 71.0	10 58.8	.009
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	5 31.3	12 54.5	17 40.5	10 32.3	4 23.5	.234
Participar de la comisión directiva	11 68.8	15 68.2	24 57.1	16.51. 6	8 47.1	.385
Participar de la fundación de la asociación	8 50.0	9 40.9	11 26.2	9 29.0	3 17.6	.503
Total	16	22	42	31	17	

* χ^2

Tabla 175

Participación en asociaciones profesionales (Año de egreso hasta 1944)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	9 33.3	4 25.0	.267
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	21 77.8	7 43.8	.003
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	13 48.1	3 18.8	.006
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	11 40.7	7 43.8	.344
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	6 22.2	5 31.3	1.00
Participar de la comisión directiva	9 33.3	11 68.8	.774
Participar de la fundación de la asociación	8 29.6	8 50.0	1.00
Total	27	16	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 176
Participación en asociaciones profesionales (Año de egreso 1945-49)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	13 29.5	8 36.4	.302
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	38 86.4	16 72.7	.000
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	24 54.5	6 27.3	.000
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	25 56.8	18 81.8	.189
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	16 36.4	12 54.5	.454
Participar de la comisión directiva	18 40.9	15 68.2	.648
Participar de la fundación de la asociación	11 25.0	9 40.9	.774
Total	44	22	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 177
Participación en asociaciones profesionales (Año de egreso 1950-54)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	10 20.4	15 35.7	.359
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	39 79.6	23 54.8	.005
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	21 42.9	6 14.3	.001
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	20 40.8	33 78.6	.037
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	15 30.6	17 40.5	.824
Participar de la comisión directiva	17 34.7	24 57.1	.189
Participar de la fundación de la asociación	11 22.4	11 26.2	1.00
Total	49	42	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 178

Participación en asociaciones profesionales (Año de egreso 1955-59)

¿Cuáles son las actividades realizadas?	Científicas	Gremiales	p*
Pagar la cuota solamente	12 32.4	12 38.7	1.00
Concurrir a las actividades ofrecidas por la institución	29 78.4	14 45.2	.009
Dar conferencias, cursos, etc. o algún otro tipo de colaboración académica	21 56.8	5 16.1	.004
Ir a las asambleas o votar en las elecciones	17 45.9	22 71.0	.383
Participar de subcomisiones o grupos de trabajo	7 18.9	10 32.3	.581
Participar de la comisión directiva	8 21.6	16 51.6	.096
Participar de la fundación de la asociación	11 29.7	9 29.0	.790
Total	37	31	

* Prueba de Mc Nemar

Tabla 179

Desempeño actual de actividades ligadas a su profesión según Especialidad

¿Realiza actividades ligadas a su profesión?	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
No	41 93.2	41 77.4	58 87.9	29 87.9	39 88.6	9 64.3	217 85.4
Sí	3 6.8	12 22.6	8 12.1	4 12.1	5 11.4	5 35.7	37 14.6
Total	44	53	66	33	44	14	254

$\chi^2 = 11.66$ $p = .040$

Tabla 180

Desempeño actual de actividades ligadas a su profesión según Año de egreso de la Facultad

¿Realiza actividades ligadas a su profesión?	- 1944	1945-49	1950-54	1955-59	1960 y+	Total
No	30 83.3	47 87.0	48 75.0	55 93.2	37 90.2	217 85.4
Sí	6 16.7	7 13.0	16 25.0	4 6.8	4 9.8	37 14.6
Total	36	54	64	59	41	254

$\chi^2 = 9.47$ $p = .050$

Tabla 181

Características de los pacientes al principio y al final de su carrera (Total)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	198 82.2	199 79.6	1.00
Cooperadores	114 47.3	108 43.2	.361
Críticos	13 5.4	18 7.2	.359
Dependientes	21 12.9	35 14.0	.571
Escépticos	6 2.5	7 2.8	1.00
Exigentes	33 13.7	44 17.6	.910
Fatalistas	3 1.2	5 2.0	.687
Fieles	133 55.2	151 60.4	.031
Informados	48 19.9	78 31.2	.000
Respetuosos	179 74.3	195 78.0	.030
Total	241	250	

* Prueba de McNemar

Tabla 182
 Características de los pacientes al principio de la carrera según Género

¿Cómo eran sus pacientes?	Masculino	Femenino	p*
Agradecidos	171 83.4	27 75.0	.410
Cooperadores	104 50.7	10 27.8	.016
Críticos	8 3.9	5 13.9	.013
Dependientes	26 12.7	5 13.9	.808
Escépticos	4 2.0	2 5.6	.191
Exigentes	25 12.2	8 22.2	.096
Fatalistas	3 1.5	0 0.0	.470
Fieles	116 56.6	17 42.2	.396
Informados	39 19.0	9 25.0	.376
Respetuosos	156 76.1	23 63.9	.220
Total	205	36	

* χ^2

Tabla 183

Características de los pacientes al final de la carrera según Género

¿Cómo eran sus pacientes?	Masculino	Femenino	p*
Agradecidos	175 81.8	24 66.7	.028
Cooperadores	97 45.5	11 30.6	.081
Críticos	15 7.0	3 8.3	.805
Dependientes	29 13.5	6 16.7	.599
Escépticos	7 3.3	0 0.0	.266
Exigentes	38 17.8	6 16.7	.829
Fatalistas	5 2.3	0 0.0	.349
Fieles	126 58.7	25 69.4	.280
Informados	68 31.9	10 27.8	.567
Respetuosos	168 78.5	27 75.0	.530
Total	214	36	

* χ^2

Tabla 184

Características de los pacientes al principio de la carrera según Año de egreso de la Facultad

¿Cómo eran sus pacientes?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Agradecidos	28 87.5	46 86.8	46 79.3	45 80.4	33 78.6	.797
Cooperadores	11 34.4	23 43.4	36 62.1	23 41.1	21 50.0	.060
Críticos	3 9.4	1 1.9	2 3.4	2 3.6	5 11.9	.143
Dependientes	5 15.6	4 7.5	9 15.5	9 16.1	4 9.5	.650
Escépticos	1 3.1	2 3.8	1 1.7	1 1.8	1 2.4	.953
Exigentes	6 18.8	2 3.8	9 15.5	7 12.5	9 21.4	.104
Fatalistas	0 0.0	1 1.9	1 1.7	1 1.8	0 0.0	.855
Fieles	18 56.3	28 52.8	38 65.5	28 50.0	21 50.0	.502
Informados	7 21.9	11 20.8	13 22.4	4 7.1	13 31.0	.039
Respetuosos	20 62.5	41 77.4	47 81.0	42 75.0	29 69.0	.312
Total	32	53	58	56	42	

* χ^2

Tabla 185

Características de los pacientes al final de la carrera según Año de egreso de la Facultad

¿Cómo eran sus pacientes?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Agradecidos	29 85.3	46 83.6	47 79.7	48 80.0	29 69.0	.456
Cooperadores	13 38.2	23 41.8	35 59.3	19 31.7	18 42.9	.066
Críticos	4 11.8	4 7.3	4 6.8	2 3.3	4 9.5	.612
Dependientes	5 14.7	4 7.3	16 27.1	6 10.0	4 9.5	.024
Escépticos	0 0.0	2 3.6	3 5.1	2 3.3	0 0.0	.483
Exigentes	7 20.6	5 9.1	11 18.6	12 20.0	9 21.4	.466
Fatalistas	1 2.9	0 0.0	3 5.1	1 1.7	0 0.0	.303
Fieles	25 73.5	33 60.0	39 66.1	33 55.0	21 50.0	.325
Informados	7 20.6	18 32.7	25 42.4	12 20.0	16 38.1	.054
Respetuosos	23 67.6	43 78.2	46 78.0	47 78.3	36 85.7	.340
Total	34	55	59	60	42	

* χ^2

Tabla 186

Características de los pacientes al principio y al final de su carrera (Hombres)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	171 83.4	175 81.8	.671
Cooperadores	104 50.7	97 45.5	.248
Críticos	8 3.9	15 7.0	.118
Dependientes	26 12.7	29 13.5	.677
Escépticos	4 2.0	7 3.3	.508
Exigentes	25 12.2	38 17.8	.026
Fatalistas	3 1.5	5 2.3	.687
Fieles	116 56.6	126 58.7	.212
Informados	39 19.0	68 31.9	.000
Respetuosos	156 76.1	168 78.5	.074
Total	205	214	

* Prueba de McNemar

Tabla 187

Características de los pacientes al principio y al final de su carrera (Mujeres)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	27 75.0	24 66.7	.453
Cooperadores	10 27.8	11 30.6	1.00
Críticos	5 13.9	3 8.3	.625
Dependientes	5 13.9	6 16.7	1.00
Escépticos	2 5.6	0 0.0	.500
Exigentes	8 22.2	6 16.7	.687
Fatalistas	0 0.0	0 0.0	
Fieles	17 42.2	25 69.4	.021
Informados	9 25.0	10 27.8	1.00
Respetuosos	23 63.9	27 75.0	.344
Total	36	36	

* Prueba de McNemar

Tabla 188

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Cirujanos)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	57 93.4	52 81.3	.332
Cooperadores	34 55.7	33 51.6	1.00
Críticos	2 3.3	6 9.4	.125
Dependientes	7 11.5	12 18.8	.180
Escépticos	1 1.6	3 4.7	.500
Exigentes	7 11.5	11 17.2	.344
Fatalistas	0 0.0	1 1.6	1.00
Fieles	35 57.4	40 62.5	.332
Informados	17 27.9	27 42.2	.006
Respetuosos	46 75.4	51 79.7	.267
Total	61	64	

* Prueba de McNemar

Tabla 189

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Año de egreso hasta 1944)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	28 87.5	29 85.3	1.00
Cooperadores	11 34.4	13 38.2	.500
Críticos	3 9.4	4 11.8	1.00
Dependientes	5 15.6	5 14.7	1.00
Escépticos	1 3.1	0 0.0	1.00
Exigentes	6 18.8	7 20.6	1.00
Fatalistas	0 0.0	1 2.9	1.00
Fieles	18 56.3	25 73.5	.039
Informados	7 21.9	7 20.6	1.00
Respetuosos	20 62.5	23 67.6	.375
Total	32	34	

* Prueba de McNemar

Tabla 190

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Año de egreso 1945-49)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	46 86.8	46 83.6	1.00
Cooperadores	23 43.4	23 41.8	1.00
Críticos	1 1.9	4 7.3	.250
Dependientes	4 7.5	4 7.3	1.00
Escépticos	2 3.8	2 3.6	1.00
Exigentes	2 3.8	5 9.1	.250
Fatalistas	1 1.9	0 0.0	1.00
Fieles	28 52.8	33 60.0	.267
Informados	11 20.8	18 32.7	.016
Respetuosos	41 77.4	43 78.2	.754
Total	53	55	

* Prueba de McNemar

Tabla 191

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Año de egreso 1950-54)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	46 79.3	47 79.7	1.00
Cooperadores	36 62.1	35 59.3	1.00
Críticos	2 3.4	4 6.8	.625
Dependientes	9 15.5	16 27.1	.065
Escépticos	1 1.7	3 5.1	.625
Exigentes	9 15.5	11 18.6	.774
Fatalistas	1 1.7	3 5.1	.500
Fieles	38 65.5	39 66.1	1.00
Informados	13 22.4	25 42.4	.002
Respetuosos	47 81.0	46 78.0	1.00
Total	58	59	

* Prueba de McNemar

Tabla 192

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Año de egreso 1955-59)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	45 80.4	48 80.0	.664
Cooperadores	23 41.1	19 31.7	.344
Críticos	2 3.6	2 3.3	1.00
Dependientes	9 16.1	6 10.0	.453
Escépticos	1 1.8	2 3.3	1.00
Exigentes	7 12.5	12 20.0	.267
Fatalistas	1 1.8	1 1.7	1.00
Fieles	28 50.0	33 55.0	.359
Informados	4 7.1	12 20.0	.008
Respetuosos	42 75.0	47 78.3	.267
Total	56	60	

* Prueba de McNemar

Tabla 193

Características de los pacientes al principio y al final de la carrera (Año de egreso 1960 y más)

¿Cómo eran sus pacientes?	Al principio	Al final	p*
Agradecidos	33 78.6	29 69.0	.219
Cooperadores	21 50.0	18 42.9	.375
Críticos	5 11.9	4 9.5	1.00
Dependientes	4 9.5	4 9.5	1.00
Escépticos	1 2.4	0 0.0	1.00
Exigentes	9 21.4	9 21.4	1.00
Fatalistas	0 0.0	0 0.0	
Fieles	21 50.0	21 50.0	1.00
Informados	13 31.0	16 38.1	.375
Respetuosos	29 69.0	36 85.7	.039
Total	42	42	

* Prueba de McNemar

Tabla 194

Actitudes frente al no- cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes según Especialidad

Actitudes	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocoginecólogos	Pediatras	Otras	Total
Más paternalistas	3 6.7	2 3.7	11 16.4	2 6.5	6 13.0	1 7.7	25 9.8
Menos paternalistas	42 93.3	52 96.3	56 83.6	29 93.5	40 87.0	12 92.3	231 90.2
	45	54	67	31	46	13	256

$\chi^2 = 7.12$ $p = .212$

Tabla 195

Actitudes frente al no- cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes según Año de egreso de la Facultad

Actitudes	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total
Más paternalistas	7 19.4	6 10.9	3 4.9	7 11.7	2 4.5	25 9.8
Menos paternalistas	29 80.6	49 89.1	58 95.1	53 88.3	42 95.5	231 90.2
Total	36	55	61	60	44	256

$$\chi^2 = 7.14 \quad p = .128$$

Tabla 196

Actitudes frente a la información acerca de una enfermedad grave según Especialidad

Actitudes	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	Total
Más paternalistas	30 68.2	35 67.3	49 80.3	21 70.0	31 72.1	10 76.9	176 72.4
Menos paternalistas	14 31.8	17 32.7	12 19.7	9 30.0	12 27.9	3 23.1	67 27.6
Total	44	52	61	30	43	13	243

$$\chi^2 = 3.21 \quad p = .668$$

Tabla 197

Actitudes frente a la información acerca de una enfermedad grave según Año de egreso de la Facultad

Actitudes	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total
Más paternalistas	27 79.4	40 78.4	43 72.9	37 66.1	29 67.4	176 72.4
Menos paternalistas	7 20.6	11 21.6	16 27.1	19 33.9	14 32.6	67 27.6
Total	34	51	59	56	43	243

$$\chi^2 = 3.42 \quad p = .489$$

Tabla 198
Actitudes frente al rechazo del tratamiento según Especialidad

Actitudes	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatra s	Otras	Total
Más paternalistas	2 4.7	1 2.0	9 13.4	6 19.4	9 19.6	1 8.3	28 11.3
Menos paternalistas	41 95.3	48 98.0	58 86.6	25 80.6	37 80.4	11 91.7	220 88.7
Total	43	49	67	31	46	12	248

$\chi^2 = 0.598$ $p = .439$

Tabla 199
Actitudes frente al rechazo del tratamiento según Año de egreso de la Facultad

Actitudes	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	Total
Más paternalistas	1 3.1	5 9.1	7 11.3	8 14.3	7 16.3	28 11.3
Menos paternalistas	31 96.9	50 90.9	55 88.7	48 85.7	36 83.7	220 88.7
Total	32	55	62	56	43	248

$\chi^2 = 3.97$ $p = .411$

Tabla 200
Impacto de los cambios o avances tecnológicos (Total)

En los medicamentos	
. analgésicos	109 43.4
. antibióticos	230 91.6
. corticoides	166 66.1
. hipotensores	90 35.9
. inmunizaciones	137 54.6
. sedantes	86 34.3
. soluciones hidroelectrolíticas	90 35.9
Total	251
En los métodos de diagnóstico	
. biopsias	160 64.5
. análisis bacteriológico	161 64.9
. diagnóstico por imágenes (Eco, TAC, Res.MN)	218 87.9
. estudios metabólicos	82 33.1
Total	248
En los métodos de tratamiento	
. quimioterapia	143 60.3
. rehabilitación	117 49.0
. terapia intensiva	156 65.3
. terapias radiantes	91 38.1
. terapias respiratorias	85 35.6
. tratamiento del recién nacido	103 43.1
Total	239

Tabla 200
 Impacto de los cambios o avances tecnológicos (Total)
 Cont.

En las técnicas quirúrgicas	
. adelantos en anestesiología	160 68.4
. cirugía cardiovascular	137 58.5
. cirugía del recién nacido	101 43.2
. laparoscopia	115 49.1
. microcirugía	92 39.3
. neurocirugía	81 34.6
. técnicas endoscópicas	139 59.4
. transplantes	96 41.0
Total	234
Otros	
. bioética	95 51.1
. institucionalización del parto	76 40.9
. psicoterapia	94 50.5
Total	186

Tabla 201
Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Género

	Masculino	Femenino	p*
En los medicamentos			
. analgésicos	97 45.8	12 30.8	.081
. antibióticos	200 86.9	30 76.9	.000
. corticoides	148 69.8	18 46.2	.004
. hipotensores	84 39.6	6 15.4	.003
. inmunizaciones	110 51.9	27 69.2	.054
. sedantes	76 35.8	10 25.6	.216
. soluciones hidroelectrolíticas	72 34.0	18 46.2	.168
Total	212	39	
En los métodos de diagnóstico			
. biopsias	139 65.6	21 58.3	.150
. análisis bacteriológico	136 64.2	25 69.4	.944
. diagnóstico por imágenes (Eco, TAC, Res.MN)	189 89.2	29 80.6	.011
. estudios metabólicos	64 30.2	18 50.0	.052
Total	212	36	
En los métodos de tratamiento			
. quimioterapia	125 61.6	19 52.8	.222
. rehabilitación	100 49.3	17 47.2	.661
. terapia intensiva	137 67.5	19 52.8	.056
. terapias radiantes	81 39.9	10 27.8	.133
. terapias respiratorias	66 32.5	19 52.8	.035
. tratamiento del recién nacido	87 42.9	16 44.4	.982
Total	203	36	

* χ^2

Tabla 201
 Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Género
 Cont.

	Masculino	Femenino	p*
En las técnicas quirúrgicas			
. adelantos en anestesiología	142 71.4	18 51.4	.012
. cirugía cardiovascular	118 59.2	19 54.3	.404
. cirugía del recién nacido	86 43.2	15 42.9	.792
. laparoscopia	99 49.7	16 45.7	.499
. microcirugía	81 40.7	11 45.7	.231
. neurocirugía	70 35.2	11 45.7	.553
. técnicas endoscópicas	123 61.8	11 45.7	.047
. transplantes	85 42.7	11 45.7	.158
Total	199	35	
Otros			
. bioética	78 51.7	17 48.6	.433
. institucionalización del parto	62 81.6	14 40.0	.409
. psicoterapia	74 49.0	20 57.1	.064
Total	151	35	

* χ^2

Tabla 202

Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Especialidad

	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	p*
En los medicamentos							
. analgésicos	20 45.5	20 37.7	37 58.7	16 48.5	12 26.1	4 33.3	.008
. antibióticos	41 93.2	49 92.5	61 96.8	27 81.8	42 91.3	10 83.3	.005
. corticoides	29 65.9	41 77.4	47 74.6	17 51.5	24 52.2	8 66.7	.026
. hipotensores	20 45.5	23 43.4	19 30.2	16 48.5	9 19.6	3 25.0	.027
. inmunizaciones	17 38.6	29 54.7	31 49.2	17 51.5	35 76.1	8 66.7	.016
. sedantes	19 43.2	18 34.0	23 36.5	10 30.3	9 19.6	7 58.3	.234
. soluciones hidroelectrolíticas	13 29.5	13 24.5	21 33.3	15 45.5	25 54.3	3 25.0	.018
Total	44	53	63	33	46	12	
En los métodos de diagnóstico							
. biopsias	28 65.1	31 59.6	50 80.6	25 75.8	19 41.3	7 58.3	.000
. análisis bacteriológico	26 60.5	29 55.8	41 66.1	22 66.7	37 80.4	6 50.0	.023
. diagnóstico por imágenes (Eco,TAC, Res.MN)	35 81.4	47 90.4	60 96.8	29 87.9	35 76.1	12 100.0	.072
. estudios metabólicos	11 25.6	16 30.8	17 27.4	12 36.4	21 45.7	5 41.7	.290
Total	43	52	62	33	46	12	
En los métodos de tratamiento							
. quimioterapia	32 76.2	29 60.4	40 64.4	18 56.3	18 39.1	7 77.8	.024
. rehabilitación	22 52.4	26 54.2	33 53.2	8 25.0	21 45.7	7 77.8	.170
. terapia intensiva	28 66.7	31 64.6	49 79.0	20 62.5	21 45.7	7 77.8	.013
. terapias radiantes	15 35.7	15 31.3	31 50.0	14 43.8	9 19.6	7 77.8	.026
. terapias respiratorias	15 35.7	15 31.3	19 30.6	10 31.3	22 47.8	4 44.4	.265
. tratamiento del recién nacido	15 35.7	11 22.9	19 30.6	17 53.1	35 76.1	6 66.7	.000
Total	42	48	62	32	46	9	

* χ^2

Tabla 202

Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Especialidad
Cont.

	Médicos generales	Clínicos	Cirujanos	Tocogine- cólogos	Pediatras	Otras	p*
En las técnicas quirúrgicas							
. adelantos en anestesiología	29 72.5	22 47.8	55 90.2	26 81.3	21 46.7	7 70.0	.000
. cirugía cardiovascular	25 62.5	31 67.4	34 55.7	18 56.3	19 42.2	10 100.0	.556
. cirugía del recién nacido	15 37.5	9 19.6	22 36.1	11 34.4	36 80.0	8 80.0	.000
. laparoscopia	23 57.5	21 45.7	34 55.7	18 56.3	11 24.4	8 80.0	.020
. microcirugía	16 40.0	19 41.3	30 49.2	8 25.0	11 24.4	8 80.0	.081
. neurocirugía	11 24.4	14 30.4	18 29.5	11 34.4	15 33.3	7 70.0	.788
. técnicas endoscópicas	26 65.0	23 50.0	42 68.9	18 56.3	21 46.7	9 90.0	.121
. transplantes	17 42.5	18 39.1	29 47.5	11 34.4	15 33.3	6 60.0	.682
Total	40	46	61	32	45	10	
Otros							
. bioética	14 43.8	17 51.5	27 62.8	10 37.0	21 51.2	6 60.0	.512
. institucionalización del parto	10 31.3	11 33.3	13 30.2	19 70.4	17 41.5	6 60.0	.001
. psicoterapia	17 53.1	21 63.6	21 48.8	12 44.4	18 43.9	5 50.0	.988
Total	47	55	68	34	46	15	

* χ^2

Tabla 203

Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Año de egreso de la Facultad

	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
En los medicamentos						
. analgésicos	15 42.9	22 40.0	29 49.2	27 47.4	16 35.6	.710
. antibióticos	35 100.0	55 100.0	52 88.1	53 93.0	35 77.8	.001
. corticoides	23 65.7	48 87.3	39 66.1	38 66.7	18 40.0	.000
. hipotensores	15 42.9	20 36.4	21 35.6	24 42.1	10 22.2	.267
. inmunizaciones	18 51.4	31 56.4	34 57.6	29 50.9	25 55.6	.961
. sedantes	14 40.0	19 34.5	25 42.4	19 33.3	9 20.0	.209
. soluciones hidroelectrolíticas	10 28.6	21 38.2	19 32.2	23 40.4	17 37.8	.759
Total	35	55	59	57	45	
En los métodos de diagnóstico						
. biopsias	30 85.7	41 73.2	38 64.4	30 53.6	21 50.0	.001
. análisis bacteriológico	27 77.1	42 75.0	34 57.6	34 60.7	24 57.1	.038
. diagnóstico por imágenes (Eco, TAC, Res.MN)	28 80.0	49 87.5	54 91.5	51 91.1	36 85.7	.582
. estudios metabólicos	12 34.3	24 42.9	17 28.8	18 32.1	11 26.2	.310
Total	35	56	59	56	42	
En los métodos de tratamiento						
. quimioterapia	29 85.3	37 68.5	30 53.6	31 59.6	17 39.5	.000
. rehabilitación	19 55.9	30 55.6	23 41.1	24 46.2	21 48.8	.348
. terapia intensiva	23 67.6	41 75.9	31 55.4	34 65.4	27 62.8	.155
. terapias radiantes	15 44.1	33 61.1	15 26.8	17 32.7	11 25.6	.000
. terapias respiratorias	15 44.1	24 44.4	13 23.2	18 34.6	15 34.9	.098
. tratamiento del recién nacido	15 44.1	28 51.9	24 42.9	22 42.3	14 32.6	.403
Total						

* χ^2

Tabla 203

Impacto de los cambios o avances tecnológicos según Año de egreso de la Facultad
Cont.

	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
En las técnicas quirúrgicas						
. adelantos en anestesiología	28 84.8	39 75.0	38 67.9	33 62.3	22 55.0	.038
. cirugía cardiovascular	24 72.7	34 65.4	29 51.8	28 52.8	22 55.0	.181
. cirugía del recién nacido	17 51.5	26 50.0	21 37.5	22 41.5	15 37.5	.440
. laparoscopia	18 54.5	29 55.8	25 44.6	27 50.9	16 40.0	.448
. microcirugía	12 36.4	30 57.7	15 26.8	22 41.5	13 32.5	.017
. neurocirugía	18 54.5	24 46.2	15 26.8	14 26.4	10 25.0	.006
. técnicas endoscópicas	21 63.6	36 69.2	28 50.0	30 56.6	24 60.0	.329
. transplantes	16 48.5	25 48.1	23 41.1	17 32.1	15 37.5	.378
Total	33	52	56	53	40	
Otros						
. bioética	15 55.6	22 59.5	26 57.8	20 48.8	12 33.3	.452
. institucionalización del parto	15 55.6	14 37.8	19 42.2	13 31.7	15 41.7	.258
. psicoterapia	14 51.9	20 54.1	17 37.8	25 61.0	18 50.0	.484
Total	27	37	45	41	36	

* χ^2

Tabla 204
Satisfacciones al principio y al final de la carrera (Total)

¿Cuáles fueron las principales satisfacciones profesionales?	Al principio	Al final	p*
Salvar vidas humanas	177 68.9	162 62.5	.011
Ser independiente	121 47.1	126 48.6	.511
Actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina	208 80.9	212 81.9	.503
Poner la profesión al servicio de las necesidades del país	67 26.1	82 31.7	.007
Estudiar seria y profundamente al paciente	186 72.4	190 73.4	.556
Ocupar una posición influyente en la sociedad	22 8.6	29 11.2	.167
Tener una buena posición económica	34 13.2	48 18.5	.021
Acertar con el diagnóstico y el tratamiento	198 77.0	206 79.5	.152
Recibir la gratitud de los pacientes	149 58.0	170 65.6	.000
Ayudar a la gente	184 71.6	196 75.7	.012
Total	257	259	

* Prueba de McNemar

Tabla 205

Satisfacciones al principio de la carrera según Año de egreso de la Facultad

¿Cuáles fueron las principales satisfacciones profesionales?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Salvar vidas humanas	31 83.8	38 70.4	44 68.8	40 67.8	24 55.8	.126
Ser independiente	23 62.2	30 55.6	32 50.0	21 35.6	15 34.9	.043
Actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina	34 91.9	43 79.6	58 90.6	43 72.9	30 69.8	.017
Poner la profesión al servicio de las necesidades del país	12 32.4	15 27.8	20 31.3	15 25.4	5 11.6	.183
Estudiar seria y profundamente al paciente	30 81.1	42 77.8	48 75.0	38 64.4	28 65.1	.371
Ocupar una posición influyente en la sociedad	5 13.5	5 9.3	4 6.3	5 8.5	3 7.0	.772
Tener una buena posición económica	5 13.5	13 24.1	7 10.9	5 8.5	4 9.3	.152
Acertar con el diagnóstico y el tratamiento	30 81.1	47 87.0	50 78.1	43 72.9	38 65.5	.293
Recibir la gratitud de los pacientes	27 73.0	40 74.1	31 48.4	34 57.6	17 39.5	.004
Ayudar a la gente	30 81.1	45 83.3	47 73.4	35 59.3	27 62.8	.066
Total	37	54	64	59	43	

* χ^2

Tabla 206

Satisfacciones al final de la carrera según Año de egreso de la Facultad

¿Cuáles fueron las principales satisfacciones profesionales?	- 1944	1945- 49	1950- 54	1955- 59	1960 y+	p*
Salvar vidas humanas	30 81.1	34 59.6	43 67.2	33 56.9	22 51.2	.052
Ser independiente	25 67.6	36 63.2	33 51.6	21 36.2	11 25.6	.000
Actuar de acuerdo a los principios éticos de la Medicina	33 89.2	47 82.5	58 90.6	45 77.6	29 67.4	.031
Poner la profesión al servicio de las necesidades del país	16 43.2	19 33.3	25 39.1	15 25.9	7 16.3	.049
Estudiar seria y profundamente al paciente	31 83.8	44 77.2	52 82.8	38 65.5	24 55.8	.008
Ocupar una posición influyente en la sociedad	9 24.3	9 15.8	6 9.4	3 5.2	2 4.7	.017
Tener una buena posición económica	9 24.3	18 31.6	10 15.6	8 13.8	3 7.0	.014
Acertar con el diagnóstico y el tratamiento	33 89.2	48 84.2	53 82.8	45 77.6	27 62.8	.032
Recibir la gratitud de los pacientes	27 73.0	45 78.9	37 57.8	40 69.0	21 48.8	.012
Ayudar a la gente	31 83.8	45 78.9	53 82.8	38 65.5	29 67.4	.080
Total	37	57	64	58	43	

* χ^2

Tabla 207

Insatisfacciones al principio y al final de la carrera (Total)

¿Cuáles fueron las principales insatisfacciones profesionales?	Al principio	Al final	p*
Tener poco tiempo para estudiar	112 44.8	84 32.4	.002
No percibir una remuneración acorde con sus responsabilidades	91 36.4	117 45.2	.006
Que los pacientes pidan algo reñido con la ética	72 28.8	76 29.3	.584
Sentir que los médicos no tienen el prestigio que tenían	49 19.6	172 66.4	.000
Ser objeto de críticas	32 12.8	37 14.3	.424
No ser tan independiente como hubiera deseado	40 16.0	63 24.3	.002
Tener muchos gastos profesionales	16 6.4	26 10.0	.027
No acertar con el diagnóstico y el tratamiento	102 40.8	89 34.4	.031
Trabajar presionado por el tiempo	62 24.8	47 18.1	.041
La deshonestidad de algunos colegas	115 46.0	152 58.7	.000
La muerte de un paciente	167 66.8	163 62.9	.626
La incertidumbre sobre la evolución de un paciente	140 56.0	128 49.4	.059
La ingratitud de algunos pacientes	66 26.4	73 28.2	.349
Dedicar mucho tiempo a tareas administrativas	23 9.2	49 18.9	.001
No contar con los medios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.) necesarios	63 25.2	36 13.9	.000
Total	250	259	

* Prueba de McNemar

Tabla 208

Razones por las que no volvería a elegir Medicina según Género

¿Por qué no elegiría nuevamente Medicina?	Masculino	Femenino
Características de la práctica	6 12.2	7 53.8
Problemas económicos de la profesión	24 49.0	1 7.7
Problemas éticos, de formación y en la relación médico-paciente	13 26.5	4 30.8
Falta de vocación	6 12.2	1 7.7
Total	49	13

$\chi^2 = 13.08$ $p < 0.01$

Tabla 209

Porcentaje de personas del Grupo 1 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Liberal como médico general en consultorio a los 5 años	Si	90.91
Liberal como médico general en consultorio a los 15 años	Si	87.27
Liberal como médico general en consultorio a los 30 años	Si	63.64
Liberal como médico especialista en consultorio a los 5 años	No	90.91
Liberal como médico especialista en consultorio a los 15 años	No	83.64
Liberal como médico especialista en consultorio a los 30 años	No	78.18
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 5 años	No	87.27
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 15 años	No	87.27
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 30 años	No	83.64
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 5 años	No	60.00
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 15 años	No	54.55
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 30 años	No	63.64
Docente Universitario a los 5 años	No	98.18
Docente Universitario a los 15 años	No	94.55
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 5 años	No	94.55
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 15 años	No	92.73
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 30 años	No	85.45
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 5 años	No	100.00
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 15 años	No	98.18
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 30 años	No	98.18
Año de egreso de la Universidad	Hasta 1944	30.91
Se dedicó exclusivamente a su especialidad?	Sin especialidad	49.09
Especialidad	Medicina General	49.09
Suscripto a revistas extranjeras	No	78.18
Asistencia a congresos en el país	No	40.00
Asistencia a cursos y seminarios en el país	No	30.91
Asistencia a actividades académicas en el hospital	No	45.45

Tamaño del grupo: 55 personas (20.75 % del Total)

Tabla 210

Porcentaje de personas del Grupo 2 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Liberal como médico general en consultorio a los 5 años	Si	91.30
Liberal como médico general en consultorio a los 15 años	Si	82.61
Liberal como médico general en consultorio a los 30 años	Si	76.09
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 5 años	Si	54.35
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 15 años	Si	60.87
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 5 años	Si	86.96
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 15 años	Si	91.30
Desempeño en la Administración Pública a los 5 años	Si	56.52
Desempeño en la Administración Pública a los 15 años	Si	56.52
Desempeño en la Administración Pública a los 30 años	Si	52.17
Médico laboral en relación de dependencia a los 5 años	Si	23.91
Médico laboral en relación de dependencia a los 15 años	Si	23.91
Desempeño en Dispensarios/Centros de Salud a los 5 años	Si	32.61
Desempeño en Dispensarios/Centros de Salud a los 15 años	Si	26.09
Desempeño en Dispensarios/Centros de Salud a los 30 años	Si	21.74
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 5 años	Si	69.57
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 15 años	Si	80.43
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 30 años	Si	73.91
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 15 años	No	100.00
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 30 años	No	100.00
Suscripto a revistas extranjeras	No	82.61

Tamaño del grupo: 46 personas (17.36 % del Total)

Tabla 211

Porcentaje de personas del Grupo 3 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Docente secundario a los 5 años	Si	94.74
Docente secundario a los 15 años	Si	100.00
Docente secundario a los 30 años	Si	63.16
Docente terciario a los 5 años	Si	15.79
Docente terciario a los 30 años	Si	15.79
Liberal como médico general en consultorio a los 30 años	Si	68.42
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 5 años	Si	68.42

Tamaño del grupo: 19 personas (7.17 % del Total)

Tabla 212

Porcentaje de personas del Grupo 4 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Desempeño en htales públicos tiempo completo a los 5 años	Si	93.33
Desempeño en htales públicos tiempo completo a los 15 años	Si	100.00
Desempeño en htales públicos tiempo completo a los 30 años	Si	73.33
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 5 años	No	93.33
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 15 años	No	100.00
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 30 años	No	86.67

Tamaño del grupo: 15 personas (5.66 % del Total)

Tabla 213

Porcentaje de personas del Grupo 5 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Liberal como médico general en consultorio a los 5 años	No	73.20
Liberal como médico general en consultorio a los 15 años	No	95.88
Liberal como médico general en consultorio a los 30 años	No	96.91
Liberal como médico especialista en consultorio a los 5 años	Si	77.32
Liberal como médico especialista en consultorio a los 15 años	Si	98.97
Liberal como médico especialista en consultorio a los 30 años	Si	94.85
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 5 años	Si	84.54
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 15 años	Si	81.44
Desempeño en htales públicos tiempo parcial a los 30 años	Si	73.20
Desempeño en htales públicos tiempo completo a los 15 años	No	100.00
Desempeño en la Administración Pública a los 15 años	No	75.26
Desempeño en la Administración Pública a los 30 años	No	79.38
Docente universitario a los 5 años	Si	20.62
Docente secundario a los 15 años	No	96.91
Médico laboral en relación de dependencia a los 5 años	No	96.91
Médico laboral en relación de dependencia a los 15 años	No	96.91
Desempeño en Dispensarios/Centros de Salud a los 5 años	No	95.88
Desempeño en Dispensarios/Centros de Salud a los 15 años	No	96.91
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 5 años	No	78.35
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 15 años	No	69.07
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 30 años	No	68.04
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 5 años	No	100.00
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 15 años	No	97.94
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 30 años	No	96.91
Se dedicó exclusivamente a su especialidad?	Si	63.92
Especialidad	Pediatría	27.84
Revistas de laboratorios	No	47.42
Se actualizaba con los visitantes médicos	No	59.79

Tamaño del grupo: 97 personas (36.60 % del Total)

Tabla 214

Porcentaje de personas del Grupo 6 con las modalidades más características en el agrupamiento

Variable	Modalidad	%
Liberal como médico general en consultorio a los 15 años	No	81.82
Liberal como médico general en consultorio a los 30 años	No	84.85
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 15 años	Si	60.61
Liberal en clínicas o sanatorios privados a los 30 años	Si	63.64
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 5 años	Si	60.61
Médico de la Seguridad Social en consultorio a los 15 años	Si	63.64
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 5 años	Si	75.76
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 15 años	Si	96.97
Médico de la Seguridad Social en la Institución a los 30 años	Si	90.91
Suscripto a revistas extranjeras	Si	63.64

Tamaño del grupo: 33 personas (12.45 % del Total)

APÉNDICE D

BIBLIOGRAFÍA

1. ABADIE, J. El problema gremial, *La Semana Médica*, 1938, II, 572-574.
2. ABADIE, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1938, II, 1043-1048.
3. ABADIE, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1938, II, 1410-1413.
4. ABADIE, J. El problema gremial. Contestando, *La Semana Médica*, 1939, III, 222-223.
5. ABADIE, J. El ejercicio de la medicina, tal como se realiza hoy, ¿es un apostolado?, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 7-8.
6. ABADIE, J. Impostergable reparación, *Revista del Colegio de Médicos*, 1941, X (100), 61.
7. ABADIE, J. Problema sanitario y problema médico gremial, *Revista del Colegio de Médicos*, 1941, X (97), 8-11.
8. ABADIE, J.P. Propuesta de articulación del sistema prestador de atención médica, *Cuadernos Médico Sociales*, 1999, (75), 85-107.
9. ABRAMZON, M.C. *Recursos humanos en salud* (mimeo), Ministerio de Salud, 1993.
10. ABRINES, H. La esposa, eficiente colaboradora de médico, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (85), 14-15.
11. ACKERKNECHT, E.H. *A Short History of Medicine*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982 (edición revisada; primera edición:1955).
12. ACUÑA, P. Ejercicio colectivo, ética y gremialismo, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (3), 58.
13. ACUÑA, P. El gremialismo médico puesto a prueba, *La Semana Médica*, 1945, I, 255-256.
14. ADAMO, M.T., NECCHI, S. La automedicación: un fenómeno complejo, *Medicina y Sociedad*, 1991, 14 (4), 17-21.
15. ADARO, J. El impacto de la desregulación, Seminario Desregulación de las Obras Sociales 1994, *Medicina y Sociedad*, 1994, 17 (3), 14-24.
16. AGUILAR, O.L. El ejercicio profesional del médico, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (2), 130-132.
17. ALARCON, D. El ejercicio liberal de la medicina y el médico asalariado, 5º *Jornadas Médicas Nacionales de México*, 1960, 121-133.
18. ALMADA, M.A. HOROWITZ, M.A., ZALDUENDO, E.A., *Los recursos humanos de nivel universitario y técnico en la República Argentina*, Parte I, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1964.
19. ANDERSON, R., BURY, M. *Living with Chronic Illness. The Experience of Patients and their Families*, London: Unwin Hyman, 1988.
20. ANÓNIMO. Condiciones para el ejercicio de la medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (46), 29-32.

21. ANÓNIMO. En la República Argentina, ¿existe plétora de médicos?, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (79), 20.
22. ANÓNIMO. Cada día es más agudo el problema de la medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (86), 14-15.
23. ANÓNIMO. Ejercicio de las profesiones liberales y racionalización de la medicina, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (4), 10-12.
24. ANÓNIMO. Momento actual, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1944, IV (41), 9-10.
25. ANÓNIMO. Evolución general de las tendencias mundiales de la asistencia médica, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1955, 9, 5-8.
26. ANÓNIMO. Honorarios médicos, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1941, 10 (11), 145-146.
27. ANÓNIMO. La profesión médica en nuestro país, *Salud*, 1963, (4), 1-4.
28. ANÓNIMO. Viernes 23: paro médico, *Jornada Médica*, 1970, 2 (225), 8-10.
29. ANÓNIMO. Se concretó el paro médico en todo el país, *Jornada Médica*, 1970, 2 (227), 12-14.
30. ANÓNIMO. Otro paro de actividades anuncian los médicos, *Jornada Médica*, 1970, 2 (234), 7.
31. ANÓNIMO. Se cumplió un nuevo paro de los profesionales médicos en todo el país, *Jornada Médica*, 1970, 2 (236), 12-13.
32. ANÓNIMO. Medicina: la profesión más conflictiva, *Médico moderno*, 1973, 11 (8), 18-25.
33. ANÓNIMO. Medicina: acerca de un presunto sacerdocio, *Médico moderno*, 1974, 12 (10), 16-26.
34. ANÓNIMO. De cómo la electrónica transformará su vida profesional, *Médico moderno*, 1974, 12 (10), 28-43.
35. ANÓNIMO. Información médica: cómo encauzar el aluvión, *Médico moderno*, 1974, 12 (10), 57-71.
36. ANÓNIMO. Las mujeres en la medicina: la brecha sexual, *Médico moderno*, 1975, 13 (9), 23-26.
37. ARCE, H.E. Naturaleza de los hospitales: tres generaciones, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (5), 156-173.
38. ARCE, H.E. Una prospectiva económica del sector salud, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 59-62.
39. ARCE, H.E. Acerca del llamado "Modelo Médico-Hegemónico", *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (3), 163-169.
40. ARCE, H.E. Evolución del pensamiento sanitario durante el siglo XX, *Medicina y Sociedad*, 2000, 23 (2), 64-82.
41. 2000, 23 (2), 64-82.
42. BADINO, E. El proceso de descentralización en la organización de la salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1993, (65-66), 15-23.
43. BALTER, I. Algunos aspectos de la situación actual de la medicina y de los futuros médicos en nuestro medio, *Revista Ciencias Médicas de Mendoza*, 1959, 1 (1), 9.
44. BANTA, H.D., KESSELMAN BURNS, A., BEHNEY, C.J. Implicaciones políticas de la difusión y control de la Tecnología Médica, *Cuadernos Médico Sociales*, 1988, (43), 37-49.

45. BARANCHUK, N. La pediatría social en el próximo milenio, *Medicina y Sociedad*, 1996, 19 (3), 13-20.
46. BARANCHUK, N.S. *Salud y Posmodernidad*, Buenos Aires: Editorial Almagesto, 1996
47. BARANCHUK, N.S., SCHUFER, M.L., PÉREZ MARTÍN, M.A. *et al.* El impacto de los cambios sociales en el ejercicio de la Pediatría, *III° Simposio Argentino de Lactancia Materna y I° Encuentro de Pediatría Social y Lactancia Materna del Cono Sur*, Sociedad Argentina de Pediatría, Mar del Plata, 1999.
48. BARRAGÁN, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (1ª parte), *Quirón*, 1993a, 24 (2), 11-19.
49. BARRAGÁN, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (2ª parte), *Quirón*, 1993b, 23 (3), 81-89.
50. BARRAGÁN, H. Evolución histórica de la atención médica en Argentina (3ª parte), *Quirón*, 1993c, 23 (4), 56-68.
51. BARROS, J.A.C. Medicalización y salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1984, (28), 25-31.
52. BATTAGLIA, A. Los médicos y la agremiación, *Mundo Médico*, 1937, II (14), 8-10.
53. BELLO, J.N. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 5-13.
54. BELLO, J.N. El sector salud en la Argentina: escenarios posibles, *Medicina y Sociedad*, 1994, 17 (1), 32-39.
55. BELMARTINO, S. Las Obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40 en LOBATO, M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires: Biblos, 1996, 211-246.
56. BELMARTINO, S. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina, ¿Quién será el árbitro?*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1999.
57. BELMARTINO, S., BLOCH, C. La medicina pre-paga en la Argentina: su desarrollo desde los años sesenta, *Cuadernos Médico Sociales*, 1993, (64), 5-29.
58. BELMARTINO, S., BLOCH, C. Evolución histórica del sector salud en Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1995, (70), 5-19.
59. BELMARTINO, S., BLOCH, C. Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1998, (73), 61-79.
60. BELMARTINO, S. *et al.* El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, (36), 3-40.
61. BELMARTINO, S. *et al.* *Las Instituciones de Salud en la Argentina, desarrollo y crisis*, Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Técnica, Área de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la salud, 1987.
62. BELMARTINO, S. *et al.* Condicionantes del proceso de crecimiento y distribución de la Población Médica en la provincia de Santa Fe. Reflexiones preliminares, *Cuadernos Médico Sociales*, 1988, (43), 3-20.
63. BELMARTINO, S. *et al.* *Corporación médica y poder en Salud, Argentina, 1920-1945*, Buenos Aires: OPS, 1988.
64. BELMARTINO, S. *et al.* *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector Salud, Argentina, 1940-1960*, Buenos Aires: OPS, 1991.

65. BELTRAN, J. La historia de la medicina y los actuales problemas sanitarios de nuestra Capital, *El Día Médico*, 1946, XVIII (19), 544-546.
66. BENZECRY, E. La devaluación del médico, el progreso de la medicina y la inflación estudiantil, *La Semana Médica*, 1972, 141(5), 164-166.
67. BLOOM, S.W. *The Doctor and his patient, A Sociological Interpretation*, New York: Russell Sage Foundation, 1963.
68. BLUMER, H. *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*, Barcelona: Hora, 1982
69. BORINI, L. Estrategias para la incorporación de tecnología médica en la Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1984, (29-30), 41-77.
70. BORINI, L. Tecnología: historia, ideología y política. Bases de discusión, *Cuadernos Médico Sociales*, 1987, (41), 57-77.
71. BORMAN, K., LE COMPTE, M.D. Ethnographic and Qualitative Research Design and Why It Doesn't Work, *American Behavioral Scientist*, 1986, 30 (1), 42-57.
72. BOSCH, G. La desocupación de los médicos es un fantasma que debe pasar, *Mundo Médico*, 1939, IV (46), 26-27.
73. BOSIO, B. El ejercicio individual de la Medicina. La tragedia del médico independiente, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (45), 7-11.
74. BOSIO, B. Ejercicio individual de la medicina (Pasado- Presente- Futuro), *El Médico Práctico*, 1955, XI (118), 14-16.
75. BUDRYS, G. Coping with change: physicians in prepaid practice, *Sociology of Health & Illness*, 1993, 15 (3), 353-374.
76. BUNGENER, M. Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle: la longue peur de la profession médicale, *Sciences Sociales et Santé*, 1993, 11 (1), 146-149.
77. BUNGENER, M., HERZLICH, C., PAICHELER, G., ZUBER, M.C. Les médecins retraités français et leur passé, auto-représentation d'une profession: Origine sociale et modes d'entrée dans la profession, *Solidarité Santé, Études statistiques*, 1991, (3), 35-44.
78. BUNGENER, M., PAICHELER, G. Social trajectories and diversity of careers: two aspects of the evolution of the medical profession in France (1925-1989), *Social Science & Medicine*, 1994, 38 (10), 1439-1447.
79. BURCHELL, R.C. *et al.* Physicians and the Organizational Evolution of Medicine, *JAMA*, 1988, 260 (6), 826-831.
80. BUZZI, A., PÉRGOLA, F. *Clásicos Argentinos de Medicina y Cirugía*, Buenos Aires: López Editores, Colección Humanismo Médico, Tomo I, 1993.
81. BUZZI, A., PÉRGOLA, F. *Clásicos Argentinos de Medicina y Cirugía*, Buenos Aires: López Editores, Colección Humanismo Médico, Tomo II, 1995.
82. CAEIRO, A. Perfiles de médicos, *Revista Médica de Córdoba*, 1972, 60 (7-12), 235-246.
83. CALABRESE, A. A los recién egresados, *Prensa Universitaria*, 1972, 431, 7694-7696.
84. CALCAGNO, J., MAZZA, A. Y MASNATTA, G. Bases para una política nacional de salud, *Prensa Universitaria*, 1972, 431, 7699-7700.
85. CALCAGNO, R. Racionalización de la medicina, *Mundo Hospitalario*, 1942, (30), 5-8.

86. CANITROT, C.H. Difusión y empleo de alta tecnología médica, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (3), 95-97.
87. CANT, S., CALNAN, M. On the margins of the medical marketplace? An exploratory study of alternative practitioners' perceptions, *Sociology of Health & Illness*, 1991, 13 (1), 39-57.
88. CANTLON, B. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 14-21.
89. CAPIZZANO, N. Aspecto general del ejercicio de la profesión de médico en la Argentina, *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 1923, 23, 1532-1540.
90. CARRERA, J. L. La estatización de la profesión médica y sus resultados, *La Semana Médica*, 1938, I, 1074-1076.
91. CARRERA, J. L. Los servicios gratuitos en el hospital de puertas abiertas, *La Semana Médica*, 1938, I, 1184-1186.
92. CARRERA, J. L. Los problemas de la profesión médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (86), 32-34.
93. CARRERA, J. L. Los problemas de la profesión médica (continuación), *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 24-25.
94. CARRERA, J. L. Los problemas de la profesión médica (continuación), *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (88), 61-66.
95. CASAS DE CORNE, A.E., FERNÁNDEZ, F.A., LARDIES GONZÁLEZ, J. *Panorama histórico de la Medicina argentina*, Buenos Aires: Todo es Historia, 1977.
96. CASTELLANO, E. La profesión médica en el porvenir, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 22.
97. CERESETO, P. Los médicos sobresalientes de la Provincia de Buenos Aires, *Quirón*, 1981, 12 (1-2), 67-77.
98. CLARAMUNT, A. El ejercicio privado de la medicina, *El Médico Práctico*, 1948, IV (43), 9-10.
99. CLIMENT, G. Relación médico-paciente: una vinculación inquietante, *Cuadernos Médico Sociales*, 1994, (67), 61-77.
100. COBURN, D., RAPPOLT, S., BOURGEAULT, I. Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case, *Sociology of Health and Medicine*, 1997, 19 (1), 1-22.
101. COE, R.M. *Sociología de la Medicina*, Madrid: Alianza Universidad, 1984.
102. CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Síntesis de pautas para la implantación de un seguro nacional de atención médica, *La Semana Médica*, 1971, 1255-1259.
103. CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO (CONADE). Distribución de médicos en la República Argentina por provincia y departamento, 1964, *Tema de Divulgación Interna*, N°43.
104. CORACH, L. Cuántos médicos necesitará el país en 1975 (Editorial), *Medicina*, 1966, 26 (5), 273-276.
105. CORIA, C. *El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina*, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1986.

106. CROXATTO, O. El "feudalismo médico" (Editorial), *Medicina*, 1964, 24 (4), 246-248.
107. DE ASUA, M. Evolución de los planes de estudio de las Facultades de Medicina de la Argentina. 1918-1982, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (3), 57-65.
108. DE LA FUENTE, M. Urgente necesidad del momento, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1943, 13 (142), 263-264.
109. DE LABURU, J. Deberes profesionales, *El Día Médico*, XI (39), 877-878.
110. DELACROIX, A. El deber del médico en la hora presente, *Mundo Hospitalario*, 1942, (31), 17-18.
111. DE LA PLAZA, C.A. Participación de los médicos en el desarrollo de la seguridad social, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (5), 174-178.
112. DE PABLO, V. Cantidad de médicos y su distribución en la República Argentina (1869-1959), *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 597-609.
113. DE PABLO, V. Vida de los médicos en la República Argentina desde el punto de vista estadístico (1944-1954), *La Semana Médica*, 1955, 107 (23), 1117-1134
114. DE PABLO, V. Perspectivas de la profesión médica en el país, *La Semana Médica*, 1957, 110 (23), 755-758 y 765.
115. DE PABLO, V. Distribución y futuro de los médicos en la Argentina, *El Día Médico*, 1960, 32, 1497-1500.
116. DE ROSA, C. Los profesionales de las ciencias médicas regalan al Estado más del 70% de su actividad, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 64-66.
117. DIÉGUEZ, H., LLACH, J.J., PETRECOLLA, A., *El gasto público social*, Vol. IV: Sector salud, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1990.
118. DI FIORE, M. Embaucadores y embaucados, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (40), 10-11.
119. DICKMAN, E. El Estado con pocos millones de pesos podría prestar un inmenso beneficio a la sanidad del país, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (93), 28-34.
120. DICKMAN, E. Las grandes leyes necesitan muchos años para ser sancionadas, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (106), 918-925.
121. DIETSCH, J.J. *Las máscaras. Poema y medicina.*, *Historias*, Buenos Aires: Editorial Martín, 1999.
122. DODERO, O. Los bachilleres frente a la crisis de la profesión médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (38), 9-10.
123. DODERO, O. El proyecto de racionalización de la medicina y profesiones afines, *El Día Médico*, 1940, XII, 1153-1154.
124. DODERO, O. La real o presunta plétora de médicos en la República Argentina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (85), 28-31.
125. DOLCINI, H. Recursos humanos para la salud, su estructura y distribución, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (3), 78-81.
126. DOLINSKY, A. El médico práctico frente a nuevos problemas terapéuticos, *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 628-630
127. DOMENECH, A. Tienen ojos y no ven ..., *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, (109), 96-99.
128. DUARTE NUNES, E. Ciencias Sociales y Salud: el pensamiento reciente de algunos investigadores, *Cuadernos Médico Sociales*, 1994, (69), 67-73.

129. DUMESNIL, R. La medicina: ¿mercantilismo o arte?, ¿arte o sacerdocio?, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (82), 10-11.
130. EDITORIAL. Crisis del ejercicio de la profesión, *El Médico Práctico*, 1946, II (18), 1-2.
131. EDITORIAL. Aún no se respeta la vocación, *El Médico Práctico*, 1947, III (22), 1-2.
132. EDITORIAL. ¿ Medicina y psiquis o médico y enfermo?, *El Médico Práctico*, 1948, IV(36), 1.
133. EDITORIAL. Ni sacrificados ni privilegiados, *El Médico Práctico*, 1948, IV (43), 1-2.
134. EDITORIAL. El dañino sistema de la demanda y oferta en el ejercicio profesional privado, *El Médico Práctico*, 1949, IV (56), 1-2.
135. EDITORIAL. Cuidado con el exceso de tecnicismo que lleva a la deshumanización de la Medicina, *El Médico Práctico*, 1952, VIII (84), 1-2.
136. EDITORIAL. Formación del médico de la medicina social. Un médico con una nueva psicología, *El Médico Práctico*, 1953, IX (93), 1-2.
137. EDITORIAL. El artesano médico actuando en el medio rural, *El Médico Práctico*, 1953, IX (94), 1-2.
138. EDITORIAL. Problemas del médico, *Medicina*, 1968, 28 (2), 96-97.
139. EDITORIAL. Burocracia y medicina, *Medicina*, 1971, 31 (3), 248-251.
140. EDITORIAL. Limitaciones en la formación del médico que el país necesita, *Medicina Administrativa*, 1968, 2 (3), 254-255.
141. EDITORIAL. El número de médicos en el país: ¿problema o solución?, *Medicina Administrativa*, 1970, 4 (3), 78-91.
142. EDITORIAL. El problema médico hospitalario a través de los partidos políticos, *Mundo Hospitalario*, 1942, (30), 3-4.
143. EDITORIAL. La explotación del médico en las entidades mutualistas, *Mundo Hospitalario*, 1946, X (77), 14-15.
144. EDITORIAL. Momento actual, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1944, 4 (41), 9-10.
145. EDITORIAL. El médico y la sociedad actual, *Revista Médica de Córdoba*, 1961, 49(4-6), 85-86.
146. EL MEDICO QUE SE QUEJA. Terapéutica que no nos enseñaron, *Mundo Médico*, 1937, II (16), 29.
147. EL MUNDO. Necesidad de reglamentar por ley el ejercicio de las profesiones liberales (10.11.1940), *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, 9 (104), 870-871.
148. ESCARDÓ, F. Educación ética, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 49-50.
149. ESCARDÓ, F. Las especialidades, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1961, 75 (6), 265-267.
150. ESTUDIOS SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA (ESEM), *Recursos humanos en los establecimientos asistenciales en la República Argentina*, Serie 2, N°1, Buenos Aires: Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.
151. FELLER, J., PÉREZ ARIAS, E.B. Estudio de la morfología y comportamiento de las instituciones médicas de la Provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1992, 15 (4), 3-11.

152. FELLER, J., PÉREZ ARIAS, E.B. El Sector Salud de la Provincia de Buenos Aires, en KATZ, J. Y COLABORADORES *El Sector Salud en la Argentina: Su estructura y comportamiento*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1993, pp.35-69.
153. FERNÁNDEZ DE BUSSO, N. Disponibilidad y requerimiento de recursos médicos, *Medicina Administrativa*, 1968, 2 (1), 5-10.
154. FERNÁNDEZ, M. Los médicos, el ejercicio profesional y sus posibilidades, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (2), 56-60.
155. FERREIRA, A. Las médicas: desarrollo profesional y género, en Kohen, B. (compiladora) *De mujeres y profesiones*, Buenos Aires: Letra Buena, 1992.
156. FERRO, L. Plan de emergencia, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (79), 11-14.
157. FESCINA, A.J. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 30-36.
158. FIELDING, N.G., FIELDING, J.L. *Linking Data*, Newbury Park: Sage Publications, 1986.
159. FINKIELMAN, S. La desmedicalización de la Medicina, *Medicina*, 1998, 58 (5), 555-557.
160. FIORI, V. Un punto de vista en el problema de la crisis médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (87), 42-43.
161. FOUCAULT, M. *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid: Siglo XXI, 1996 (primera edición en francés 1963).
162. FREIDSON, E. *La profesión médica*, Barcelona: Ediciones Península, 1978, (primera edición en inglés 1970).
163. FRIEDMAN, E. Changing the System. Implication for Physicians, *JAMA*, 1993, 269 (18), 2437-2442.
164. FRYER, G. The United States medical profession: an abnormal form of the division of labour, *Sociology of Health & Illness*, 1991, 13 (2), 213-230.
165. GABASTOU, J.A. Proletariado profesional médico, *La Semana Médica*, 1937, I, 671-673.
166. GALLART, M.A. La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En FORNI, F.H., GALLART, M.A. y VASILACHIS DE GIALDINO, I. *Métodos Cualitativos II - La Práctica de la Investigación*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1992.
167. GALO, P. La crisis de los médicos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (78), 29-30.
168. GARCÍA DÍAZ, C.J. La introducción de tecnología y la política de salud, *Medicina y Sociedad*, 1979, 2 (3-4), 119-127.
169. GARCÍA DÍAZ, C.J. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 84-93.
170. GARCÍA DÍAZ, C.J. La salud y la seguridad social argentina, Proyecciones y tendencias, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (6), 254-262.
171. GARCÍA DÍAZ, C.J. El hospital público y la seguridad social, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (6), 231-238.
172. GARCÍA DÍAZ, C.J. La medicina privada en la problemática de salud, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (1-2), 11-17.

173. GARCÍA DÍAZ, C.J. El hospital de colectividad (Editorial), *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (3), 50-51.
174. GARCÍA DÍAZ, C. J. El seguro de salud, controversia política e ideológica, *Medicina y Sociedad*, 1985, 8 (5), 149-150.
175. GARCÍA DÍAZ, C.J. Plétora de especialistas (Editorial), *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (5-6), 15-16.
176. GARCÍA DÍAZ, C.J. El futuro del sistema de salud ¿Reforma en el Sistema o reforma del Sistema?, *Medicina y Sociedad*, 1991, 14 (4), 44 -46.
177. GARCÍA DÍAZ, C.J. *Reflexiones acerca de Estrategias y Políticas de Salud (1978-2000)*, Buenos Aires: Medicina y Sociedad Editorial, 2000.
178. GARCÍA MARCOS, F. La política de formación del médico en el decenio entrante, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (3), 97-106.
179. GELDSTEIN, R.N., WAINERMAN, C.H. *Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud*, Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP N° 41, 1989.
180. GIANANTONIO, C.A. Problemas y perspectivas de la Medicina actual, *Medicina Administrativa*, 1968, 2 (1), 59-61.
181. GIANANTONIO, C.A. El médico y el hospital, *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (1-2), 20-30.
182. GIMÉNEZ, L. Fundamento económico-social del problema médico, *El Médico Práctico*, 1945, I (6), 2.
183. GIRARDI, S. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas, *Educación Médica y Salud*, 1991, 25 (1), 37-71.
184. GLASER, B.G., STRAUSS, A.L. *The discovery of grounded theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company, 1980.
185. GÓMEZ, O.T. El internado, *Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1957, 71 (11-12), 495-497.
186. GONZALES- ULLOA, M. El ejercicio de la medicina, *El Día Médico*, 1961, 33 (64), 1818.
187. GONZÁLEZ GARCÍA, G. Políticas de salud en Argentina en los umbrales del siglo XXI, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 43-53.
188. GONZÁLEZ GARCÍA, G., TOBAR, F. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD, 1997.
189. GONZÁLEZ LEANDRI, R. La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870 en LOBATO, M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires: Biblos, 1996, 21-56.
190. GOODE, W.C. Encroachment, Charlatanism and the Emerging Professions: Psychology, Sociology and Medicine, *American Sociological Review*, 1960, 25 (6), 902-914.
191. GREENACRE, M. *Theory and applications of correspondence analysis*, Londres: Academic Press, 1984.
192. GUTIÉRREZ, V.P. El cirujano argentino en la actualidad, *Quirón*, 1981, 12 (3-4), 187-193.
193. HABERMAS, J. *Toward a rational society*, London: Heineman, 1972.

194. HAFFERTY, F.W. Theories at the Crossroads: A Discussion of Evolving Views on Medicine as a Profession, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 202-225.
195. HAK, T. The international form of professional dominance, *Sociology of Health & Illness*, 1994, 16 (4), 469-488.
196. HALL, R.H. Professionalization and Bureaucratization, *American Sociological Review*, 1968, 33 (1), 92-104.
197. HALL, R.H. *Occupations and the Social Structure*, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.
198. HALPERN, S. Dynamics of professional control: internal coalitions and crossprofessional boundaries, *American Journal of Sociology*, 1992, 97 (4), 994-1021.
199. HAUG, M.R. A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 48-56.
200. HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton, 1970.
201. HERZLICH, C. La "profesión" de médico, *Medicina y Sociedad*, 1992, 15 (1), 32-35.
202. HERZLICH, C. Mémoire et itinéraires professionnels. Le cas des médecins français, en FERRO, M. *De Russie et d'ailleurs*, Paris: Institut d'Études Slaves, 1995, 543-550.
203. HERZLICH, C. *et al. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France: Carrières et pratiques des médecins français 1939-1980*, Paris: Éditions INSERM, 1993.
204. HOLMBERG, E.A. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 22-29.
205. ILLICH, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México: Planeta, 1984 (primera edición en inglés, 1976).
206. IRÁN CAMPO, M. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 73-83.
207. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 1980.
208. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC) *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 1991.
209. ISOLA, L.M., Palabras a un egresado, *Medicina y Sociedad*, 1991, 14 (1), 45-46.
210. JICK, T.D. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action, *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24, 602-609.
211. JANKILEVICH, A. *Hospital y Comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires: edición del autor, 1999.
212. JOSELEVICH, M. Cómo debe ser un jefe de servicio, *El Día Médico*, 1951, XXIII (31) 1265-1271.
213. KANDEL, B. Hay que apoyar la agremiación médica, *La Semana Médica*, 1961, 119 (35), 1464-1465.
214. KANDEL, B. Ley de ejercicio de la medicina, *El Día Médico*, 1964, 36 (1), 15-16.
215. KANDEL, B. Asistencia privada, *El Día Médico*, 1972, 44 (16), 264-265.
216. KANDEL, B., MITELMAN, A. Comercialización de la medicina, *El Día Médico*, 1963, 35 (84), 1913-1914.

217. KATZ, J. Puja distributiva y funcionamiento del sector salud, *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (4), 22-28.
218. KATZ, J., ARCE, H. El Sector Salud de la República Argentina: Crisis y Reestructuración en MERA, J.A.(ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud*, Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
219. KATZ, J., LASPIUR, J., ARCE, H. Un modelo de organización y comportamiento sectorial, en *Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay*, Cuaderno Técnico N° 36, OPS/OMS, 1993, 1- 9.
220. KATZ, J., MUÑOZ, A. *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina/CEPAL, 1988.
221. KELMENDI DE USTARÁN , J. El sistema de atención médica organizada en la provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1978, 1 (1), 35-40.
222. KELMENDI DE USTARÁN, J. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 62-72.
223. KIRK, J., MILLER, M.L. *Reliability and Validity in Qualitative Research*, Newbury Park: Sage Publications, 1986.
224. KLEIMANS, M. Ultimo aviso, *Revista del Colegio de Médicos*, 1941, X (99), 26-42.
225. KOIN, A. Médicos con honor, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (80), 23-24.
226. KOIN, A. Los nuevos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (89), 7-8.
227. KREVANS, J. Transformation of medicine since 1945, *Journal of Medical Education*, 1984, 59, 75-78.
228. LA COMBE, M. What is internal medicine, *Annals of internal medicine*, 1993, 118 (5), 384-387.
229. LA COMBE, M. A conflict of interest, *Annals of internal medicine*, 1993, 119 (7), 623-626.
230. LAÍN ENTRALGO, P. *La medicina actual*, Madrid: Dossat, 1981.
231. LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la Medicina*, Barcelona: Salvat, 1985 (1° edición: 1978).
232. LANARI, A. De la dicotomía, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (91), 31-32.
233. LANARI, A. Un denominador común que atañe al progreso médico, *Medicina*, 1984, 44 (2), 207-210.
234. LAURENCE, A. El retiro del cirujano, *Quirón*, 1992, 23 (3), 29-33.
235. LAZARTE, J. En una vigorosa improvisación bregó por la unión de la familia médica, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, 9 (104), 858-864.
236. LAZARTE, J. Es menester conocer los problemas médicos de la población, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 46-47.
237. LAZARTE, J. Estructurando una nueva medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (91), 19-23.
238. LAZARTE, J. Evolución y destino de la profesión médica, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1954, 9, 18-19.
239. LAZARTE, J. Evolución general de las tendencias mundiales de la asistencia médica, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1955, 9, 5-8.

240. LAZARTE, J. Número de profesionales existentes por especialidades y necesidades del país, *Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1957, 71 (11-12), 510-519.
241. LEBART, L., MOLINEAU, A., WARWICK, K. *Multivariate descriptive statistical analysis. Correspondence analysis and related techniques for large matrices*, New York: John Wiley and sons, 1984.
242. LEBRON J., LERNER, J *et al.* Papel de la profesión médica en los problemas de salud de los pueblos latinoamericanos, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1964, 18, 2-9.
243. LERNOUD, P. Ejercicio profesional y honorarios médicos, *El Día Médico*, 1951, XXIII (72), 3295-3296.
244. Ley Básica del Ejercicio de las Profesiones Universitarias del Arte de Curar, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1945, V (50), 9-24.
245. LIGHT, D., LEVINE, S. The Changing Character of the Medical Profession. A Theoretical Overview, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 10-32.
246. LIOTTA, D. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 60-61.
247. LOBATO, M.Z. (ed.) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*, Buenos Aires: Biblos, 1996.
248. LOUDET, O. Confesiones de un médico, *La Semana Médica*, 1979, 155 (4), 109-115.
249. LUPTON, D. Doctors on the medical profession, *Sociology of Health & Illness*, 1997, 19 (4), 480-497.
250. LLOVET, J.J. Transformaciones de la profesión médica: Un cuadro de situación al final del siglo. Trabajo presentado en la mesa “Las profesiones de la salud al final del siglo” en el IV° Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, México, 1997.
251. MACKENZIE, J. Lo que se adquiere con los años de ejercicio profesional, *El Médico Práctico*, 1953, IX (93), 4-5.
252. MACHADO, M.H. Sociología de las Profesiones: Un nuevo enfoque, *Educación médica y Salud*, 1991, 25 (1), 28-36.
253. MACHADO, M.H., BOAVENTURA LEITE, Y. La médica y el mercado de trabajo, *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, (35), 25-34.
254. MAIMONIDES. La plegaria del médico, *5° Jornadas Médicas Nacionales de México*, 1960, 291-292.
255. MAINETTI, J.A. Comentario a “El nacimiento de la Clínica (Una arqueología de la mirada médica)” de Michel Foucault, *Quirón*, 1979, 10 (4), 53-57.
256. MALDONADO ALLENDE, I. El médico ante el mundo actual, *Prensa Universitaria*, 1972, (430), 7677-7682.
257. MALDONADO, A. El ejercicio actual de la medicina, *Mundo Hospitalario*, 1942, (32), 11-14.
258. MALDONADO, A. La Medicina prepaga y la reforma del sistema de salud, Seminario Reformas al Sistema de Salud: Impacto de la desregulación en los sistemas de Obras sociales y Hospitales públicos autogestionados, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (4), 25-29.

259. MARAÑÓN, G. Medicina y profesionalismo, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (96), 28-31.
260. MARINA FIOL, C. La medicina de ayer y de hoy, *El Día Médico*, 1964, 36 (1), 1-5.
261. MARTI IBAÑEZ, F. Ser médico, *El Día Médico*, 1962, 34 (16), 325-328.
262. MARTORELLI, J. El problema profesional de la medicina, *La Botica*, 1944, 13 (147), 22-23.
263. MARX, C., ENGELS, F. *Manifiesto Comunista*, Ediciones Inca, sin pie de imprenta ni paginación.
264. MASEIDE, P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice, *Sociology of Health & Illness*, 1991, 13 (4), 545-561.
265. MAURÍN NAVARRO, J.S. La enseñanza médica y las necesidades sanitarias y médicosociales del interior argentino, *Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1957, 71 (11-12), 520-525.
266. MAYOR, S. Las condiciones de vida y de trabajo, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1955, 9, 23-30.
267. MAYORGA ARGANARAZ, E. Cambios en el ejercicio de la profesión médica ¿Adónde vamos?, *Medicina y Sociedad*, 1995, 18 (2), 36-40.
268. MAZZEI, E. El médico práctico general. Su situación en la República Argentina. Su formación, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1961, 75 (6), 262-265.
269. MAZZEI, E. La evolución de la Medicina, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1979, 92 (1), 6-18.
270. Mc KINLAY, J.B. The Changing Character of the Medical Profession: Introduction, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 1-9.
271. Mc KINLAY, J., ARCHES, J. Hacia la proletarianización de los médicos, *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, (35), 35-61.
272. MEDICI, A. Los desafíos de la formación médica en el próximo siglo, *Cuadernos Médico Sociales*, 1999, (76), 93-105.
273. MEDICI, A. *et al.* El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos, *Educación médica y Salud*, 1991, 25 (1), 1-36.
274. MEEROFF, M. Recuerdo oportuno, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, 5 (46), 32.
275. MEEROFF, M. Intereses profesionales, *La Semana Médica*, 1937, I, 1238-1239.
276. MELFI, J. La situación económica del médico, *Mundo Hospitalario*, 1942, (32), 15-18.
277. MÉNDEZ, D. El ejercicio actual de la medicina, *5º Jornadas Médicas Nacionales de México*, 1960, 83-87.
278. MENÉNDEZ, L., El problema del alcoholismo y la crisis del modelo hegemónico, *Cuadernos Médico Sociales*, 1984, (28), 7-23.
279. MENÉNDEZ, L., Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985, (33), 55-63.
280. MERA, J.A. Número y distribución de médicos en la Argentina. Aspectos educacionales y de política sanitaria, *Medicina*, 1978, 38 (3), 308-318.

281. MERA, J.A. El seguro nacional de salud en la Argentina, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (3), 101-108.
282. MERA, J.A. El humilde oficio de la Medicina (Editorial), *Medicina y Sociedad*, 1994, 17 (1), 1-2.
283. MERA, J.A. Políticas y sistema de salud en la Argentina en MERA, J.A.(ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud*, Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
284. MERA, J.A. Dos décadas del sistema de salud: Paradigmas y Tesis discutibles, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 7-12.
285. MILLER, C. The doctor of tomorrow, *Bulletin of the Stuart Circle Hospital* (Virginia), 1939, 10 (1), 3-4.
286. MOLINERO, E., MOLINERO, I. Veinte años...son algo, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 20-25.
287. MOLINERO, E., MOLINERO, I. *Recuerdos de dos médicos patagónicos*, Buenos Aires: Editorial Dunken, 2000.
288. MONTERO, R.M. Las obras sociales y los profesionales de la salud, Coloquio sobre Obras sociales, *Medicina y Sociedad*, 1980, 3 (3), 140-152.
289. MONTEVERDE, V. Ecos del mitin, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (104), 852-871.
290. MONTEVERDE, V. El presidente del Colegio de Médicos glosó los temas a tratarse en el tercer mitin, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (106), 916-932.
291. MONTEVERDE, V. La voz levantada esta noche por todos los profesionales del arte de curar no es un grito de lucha: es un llamado de atención para lograr el mínimo de ventajas materiales, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 40-42
292. MONTEVERDE, V. Una visita a Pergamino, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (5), 55-59.
293. MOORE, W. Economic and Professional Institutions, en Smelser, N.J. (ed.) *Sociology: an Introduction*, Englewood Cliffs, N.J.: John Wiley and sons, 1967.
294. MOSCA DE MILÁN. La consigna del momento: No prestar servicios gratuitos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (95), 23.
295. MUNCHNIK, S. Recuerdos en la vida de un médico, *Revista de la Universidad del Nordeste*, 1980, 2 (2), 9-15.
296. MUÑOZ, A. Organización y comportamiento de los mercados prestadores: Una propuesta metodológica para el estudio del funcionamiento del sector salud, *Medicina y Sociedad*, 1988, 11 (5-6), 138-148.
297. MUÑOZ, A. Evolución de la atención de salud en la Argentina, en *Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay*, Cuaderno Técnico N° 36, OPS/OMS, 1993, 10- 28.
298. NARDELLI, J. La colegiación médica en la provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1978, 1 (1), 54-57.
299. NASIO, J. Crisis médica, *El Día Médico*, 1942, XIV (45), 1164.
300. NAVARRO, V. Professional Dominance or Proletarianization?: Neither, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 57-75.

301. NERI, A. Atención médica rural en la Argentina, *Medicina Administrativa*, 1968, 2 (1), 116-120.
302. NERI, A. *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette, 1982.
303. NERI, A. La reforma del sistema de salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 2000, (77), 5-17.
304. NOTICIAS GRÁFICAS. Cada día es más agudo el problema de la Medicina. Existe una sola solución de fondo para el mismo: la socialización, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (86), 14-15.
305. Nuestra encuesta: JUAN LAZARTE y JUAN L. ABADIE, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (4), 13-19.
306. Nuestra encuesta: JUAN C. COLOMBO, JUAN M. BAZTARRICA y GUIDO COSTA BERTANI, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (5), 12-14.
307. Nuestra encuesta: ENRIQUE BOERO, ANGEL INVALIDI, CARLOS BANCALARI y AGUSTÍN ARIAS, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (6), 30-37.
308. Nuestra encuesta: EMILIO BARDI y ALBERTO URRIBARRI, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1942, II (8), 9-12.
309. Nuestra encuesta: LORENZO FERRO y JULIO QUARANTA, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1942, II (17), 44-48.
310. Nuestra encuesta: LUIS ESPINOSA, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1943, III (22), 20- 31.
311. Nuestra encuesta: ROBERTO BARRIGA, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1943, III (22), 40-43.
312. OCHOA, J. La desregulación y las asociaciones médico-profesionales, Seminario Reformas al Sistema de Salud: Impacto de la desregulación en los sistemas de Obras sociales y Hospitales públicos autogestionados, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (4), 30-32.
313. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Argentina. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Noviembre de 1998.
314. ORGAZ, J. La especialización, *El Día Médico*, 1939, XI (31), 683
315. ORGAZ, J: La profesión, *El Día Médico*, 1939, XI (45), 1009.
316. ORTEGA BELGRANO, R. El médico enemigo de sí mismo, *La Prensa Médica Argentina*, 1937, 24 (9), 478-479.
317. OTREBOR, D. Médicos y medicina, visto por la prensa, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (74), 22-23.
318. PAMPLIEGA, E. La financiación: Clave para la implementación de políticas de salud, *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (3), 52-57.
319. PAMPLIEGA, E. Desregulación y Reforma o Ajuste Económico, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 26-30.
320. PARSONS, T. *Ensayos de Teoría Sociológica*, Buenos Aires: Paidós, 1967, primera edición en inglés 1954.
321. PASCUAL, L. La salud pública en la Ciudad de Buenos Aires a principios de siglo, *Medicina y Sociedad*, 1986, 9 (3), 73-82.

322. PASSOS NOGUEIRA, R. Orígenes de las corporaciones médicas en la antigüedad, *Cuadernos Médico Sociales*, 1990, (52), 37-46.
323. PASSOS NOGUEIRA, R. El proceso de producción de servicios de salud, *Educación médica y Salud*, 1991, 25 (1), 15-27.
324. PASTORINI, R. Condiciones para el ejercicio de la Medicina, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, 5 (46), 29-31.
325. PASTORINI, R. Desarrollo del ejercicio individual de la medicina, *La Semana Médica*, 1937, II, 485-488.
326. PASTORINI, R. Mala distribución o falsa plétora, *La Semana Médica*, 1938, I, 1384-1385.
327. PENSOTTI, C. Crisis médico-profesional, contribución a su solución, *La Semana Médica*, 1938, I, 1496-1497.
328. PÉREZ ARIAS, E., FELLER, J. Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires, *Cuadernos Médico Sociales*, 1983, (26), 7-17.
329. PÉREZ ARIAS, E., FELLER, J. El recurso humano para la salud: una política, *Medicina y Sociedad*, 1986, 9 (1-2), 4-8.
330. PÉREZ ARIAS, E., FELLER, J. Estudio de la población médica de la Provincia de Buenos Aires, *Medicina y Sociedad*, 1990, 13 (5-6), 17-24.
331. PÉRGOLA, F. *Brujos y casi médicos en los inicios argentinos*, Buenos Aires: EDIMED (Ediciones Médicas), 1986.
332. PÉRGOLA, F. Globalización y medicina, *Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*, 1999.
333. PÉRGOLA, F. La formación del médico, *Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*, 2000.
334. PÉRGOLA, F., FUSTINONI, O., PÉRGOLA, O. *La Facultad de Medicina de Buenos Aires*, Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1969.
335. PÉRGOLA, F., OKNER, O. *Historia de la Medicina. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días*, Buenos Aires: EDIMED (Ediciones Médicas), 1986.
336. PÉRGOLA, F., OKNER, O. *Historia de la Cardiología*, Buenos Aires: EDIMED (Ediciones Médicas), 1987.
337. PÉRGOLA, F., SANGUINETTI, F. *Historia del Hospital de Clínicas*, Buenos Aires: Ediciones Argentinas, 1998.
338. PERÓN, J.D. Mensaje del Excmo. Señor Presidente de la Nación Gral. Perón al cuerpo médico del país, con motivo de la primera celebración del Día del Médico, *Archivos de la Secretaria de Salud Pública*, 1948, 4, 491-494.
339. PEROSIO, A. Deshumanización de la medicina (Editorial), *La Prensa Médica Argentina*, 1979, 66(3), 79-80.
340. PEROSIO, A. La medicina como industria y el médico empresario, *El Día Médico*, 1980, 52 (7), 318.
341. PESSANO, J. La oficialización de la medicina y el hospital para el pobre, *La Semana Médica*, 1938, II, 870-874.
342. PESSANO, J. La oficialización de la medicina y el hospital para el pobre, *La Semana Médica*, 1938, II, 1222.
343. PETRAGLIA, L. La crisis médica, *Revista del Colegio de Médicos*, 1936, V (36-37), 9-10.

344. PETRARCA, O. " Ahora que te has recibido, ¿De qué vas a trabajar?", *El Médico Práctico*, 1956, XII (131), 3.
345. PINELL, P. Modern medicine and the civilising process, *Sociology of Health & Illness*, 1996, 18 (1), 1-16.
346. PISAREVSKY, J., ISOLA, L.M. La sociedad y los avances de la medicina, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (3), 30-32.
347. PLACHNER DE MOLINERO, M.I., Utilización de servicios médicos por población, *Medicina y Sociedad*, 1983, 6 (3), 89-94.
348. PRANDO, D. La testarudez de los opinantes, *La Semana Médica*, 1937, I, 1280-1281.
349. PROVENZANO, S. Las grandes soluciones de la organización social de las atenciones médicas, *Revista de la Confederación Médica Argentina*, 1964, 18, 10-20.
350. QUEIROZ, M. de S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profisao médica: uma proposta de enfoque antropológico, *Saúde Pública*, Sao Paulo, 1991, 25 (4), 318-325.
351. RAGO, L. Competencia y Economía, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (74), 12-13.
352. RAGO, L. Competencia y Economía: El médico y el hospital, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (75), 7-8.
353. RAGO, L. Competencia y Economía: El médico y el honorario, *Revista del Colegio de Médicos*, 1939, VIII (78), 17-18.
354. RAGO, L. El médico y su relación con la alimentación, vivienda, abrigo, y la salud del pueblo, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1943, III (21), 14-16.
355. REPETTO, N. Más allá de la profesión, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (96), 8-10.
356. RIVO, M. Internal medicine and the journey to medical generalism, *Annals of internal medicine*, 1993, 119(2), 146-152.
357. RODRÍGUEZ, R.H. *et al.* Evolución y tendencias de la matrícula médica de la Provincia de Córdoba, *Educación médica y Salud*, 1994, 28 (4), 522-544.
358. RODRÍGUEZ CASTELLS, H. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 37-45.
359. ROEMER, M.I. Los Servicios de salud en perspectiva internacional, en MERA, J.A.(ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud*, Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
360. ROMERO, A. El médico del interior, *Quirón*, 1977, 8 (2), 77-83.
361. ROMERO, J.M. La defensa económica del médico, *Mundo Médico*, 1939, IV (43), 12-13.
362. ROMERO, L.A. *La feliz experiencia. 1820-1824 (Colección Memorial de la Patria)*, Buenos Aires: Ediciones La Bastilla, 1976.
363. ROSA, C.V. El delegado por Mendoza expuso el problema hospitalario muy análogo al de la Capital Federal, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (104), 865-869.
364. ROSSI BELGRANO, C. Un cincuentenario, *Orientación médica*, 1967, 16 (762), 345-349.

365. ROSSI BELGRANO, C. Una larga historia, *Orientación médica*, 1969, 18 (880), 1300-1306.
366. RUGGIE, M. The paradox of liberal intervention: health policy and the American Welfare State, *American Journal of Sociology*, 1992, 97 (4), 919-944.
367. SAUTU, R. (compiladora) *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*, Buenos Aires: Editorial de Belgrano, 1999.
368. SANTAS, A.A. Seminario: Políticas de Salud. La experiencia argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (1-2), 46-59.
369. SANTAS, A.A. Capacitación profesional y su relación con la calidad médica, *Medicina y Sociedad*, 1982, 5 (5-6), 196-201.
370. SATURON. El arancel hospitalario es la mejor solución al problema sanitario, *Mundo Hospitalario*, 1942, (32), 21-23.
371. SCATTINI, C. Algunas reflexiones sobre los médicos y la medicina, *Prensa Médica Argentina*, 1986, 73 (7), 308-316.
372. SCENNA, N. Génesis del gremialismo médico platense, *Quirón*, 1981, 12 (1-2), 241-243.
373. SCHAPIRA, M.V. La odontología en Argentina: consideraciones sobre el proceso de profesionalización en los años '30, *Cuadernos Médico Sociales*, 1999, (76), 57-70.
374. SCHEPERS, R. The Belgian medical profession, the order of physicians and the sickness funds (1900-1940), *Sociology of Health & Illness*, 1993, 15 (3), 375-392.
375. SCHRAIBER, L.B. Profesión médica: Representación, trabajo y cambio, *Educación médica y Salud*, 1991, 25 (1), 59-71.
376. SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*, Sao Paulo: Editora Hucitec, 1993.
377. SCHRAIBER, L.B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional, *Cadernos de Saúde Pública*, 1995a, 11 (1), 57-64.
378. SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas de relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica, *Revista de Saúde Pública*, 1995b, 29 (1), 63-74.
379. SCHRAIBER, L.B. Desafíos históricos en Salud: lo individual y lo colectivo en los modelos de trabajo y asistencia, *Cuadernos Médico Sociales*, 1995c, (72), 47-60.
380. SCHUFER, M.L. Estructura ocupacional argentina. Situación de los profesionales en general y de los médicos en particular, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Publicación N° 19, Buenos Aires, 1973a.
381. SCHUFER, M.L. Sobre el contexto ocupacional del médico, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Publicación N° 20, Buenos Aires, 1973b.
382. SCHUFER, M.L. El modelo del rol profesional del médico, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Publicación N° 21, Buenos Aires, 1973c.
383. SCHUFER, M.L. Escala de actitudes hacia la socialización de la Medicina, *Revista Interamericana de Psicología*, 1976, 10 (3-4), pág. 3-8.
384. SCHUFER, M.L. Escala de actitudes hacia la Socialización de la Medicina II, *Revista Interamericana de Psicología*, 1977a, 11 (1), 18-22.

385. SCHUFER, M.L. Algunos aspectos de sociología médica (Reseña bibliográfica), Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Publicación N° 63, Buenos Aires, 1977b.
386. SCHUFER, M.L. Escala de Actitudes hacia la Socialización de la Medicina, *Interdisciplinaria*, 1981a, 2 (2), 155-182.
387. SCHUFER, M.L. Una muestra de médicos argentinos y su actitud hacia la socialización de la Medicina, *Medicina y Sociedad*, 1981b, 4 (4), 161-164.
388. SCHUFER, M.L. Algunos aspectos sociológicos de la relación médico-paciente, *Medicina y Sociedad*, 1983a, 6 (4), 166-169.
389. SCHUFER, M.L. Satisfacciones e Insatisfacciones en la relación médico-paciente, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1983b, 29, 277-282.
390. SCHUFER, M.L. Influencia de la situación profesional sobre la actitud hacia la Socialización de la Medicina, *Revista Española de Psicología General y Aplicada*, 1983c, 38 (3), 575-582.
391. SCHUFER, M.L. Preferencias y realidad en la elección del prestador de atención médica, *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (6), 192-196.
392. SCHUFER, M.L. *Descripción de los profesionales médicos de la Ciudad de La Plata*, Informe a la Agremiación Médica de La Plata (mimeo), 1984, 292 páginas.
393. SCHUFER, M.L. Características diferenciales entre hombres y mujeres en el desempeño del rol del médico, Trabajo presentado en las *VIª Jornadas Multidisciplinarias: Mujer y Salud*, Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, 1984.
394. SCHUFER, M.L. Expectativas del rol del enfermo, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1985, 31, 291-297.
395. SCHUFER, M.L. Factores determinantes de la elección de la especialidad en Medicina, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 1986, 64, 2º semestre, 413-421.
396. SCHUFER, M.L. Dependencia-independencia en el rol del enfermo. *M.F. Revista Internacional de Medicina Familiar*, 1989, (11-12), 65-69.
397. SCHUFER, M.L. Aportes de la Sociología a la Medicina: Una perspectiva histórica, *Medicina y Sociedad*, 1993, 16 (1-2), 13-18.
398. SCHUFER, M.L., FIGUEROA, N.B.L. de Características psicosociales de quienes eligen Medicina General /Familiar en la Argentina, *MF (Revista Internacional de Medicina Familiar)*, 1988, (5), 35-38.
399. SCHUFER, M.L., FIGUEROA, N.B.L. de La elección de la especialidad: ¿un desafío personal?, *Revista Argentina de Cirugía*, 1991a, 61 (3-4), 103-107.
400. SCHUFER, M.L., FIGUEROA, N.B.L. de Las residencias de Medicina General/Familiar y su inserción en el sistema de salud: opinan los residentes, *Medicina y Sociedad*, 1991b, 14 (1), 30-34.
401. SCHUFER, M.L., FIGUEROA, N.B.L. de Práctica profesional y autoimagen de dos especialidades médicas, *Revista Argentina de Cirugía*, 1992, 68 (6), 201-205.
402. SCHUFER, M.L., PRECE, G., NECCHI, S. , ADAMO, M.T. Medicalización y autocuidado, *Medicina y Sociedad*, 1987, 10 (4) (número especial: Sociología de la salud), 101-109.
403. SCHUTZ, A. *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
404. SEVLEVER, D. Número adecuado y distribución racional de médicos en el país, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 1957, 71 (11-12), 525-530.

405. SILVESTRE, C. Las leyes y los médicos, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (90), 43-44.
406. SOROL, R. Reflexiones, *El Día Médico*, 1940, XII (4), 63.
407. SOUILLA, B., CUSMINSKY, M. La atención médica, las obras sociales y los hospitales públicos, *Medicina y Sociedad*, 1999, 22 (3-4), 127-147.
408. STARR, P. *Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books, 1982.
409. STEVENS, J. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Inc, New Jersey, 1992.
410. STOECKLE, J.D. Reflections on Modern Doctoring, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 76-91.
411. STRAUSS, A.L. *Qualitative Analysis for Social Scientists*, New York: Cambridge University Press, 1989.
412. STRAUSS, A.L., CORBIN, J. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park: Sage Publications, 1991.
413. STUCCHI, E. Vocación- cooperativismo-ética, *Mundo Médico*, 1937, II (20), 21/33/35-36.
414. SURGEON. Médicos y honorarios, *La Semana Médica*, 1938, I, 1072-1074.
415. SURGEON. Médicos y honorarios, *La Semana Médica*, 1938, I, 1452-1453.
416. SURGEON, Médicos especialistas, *La Semana Médica*, 1938, I, 1497-1499.
417. SURGEON. Bermúdez interroga al doctor X sobre médicos, *La Semana Médica*, 1939, II, 114-116.
418. SURGEON. El arte de curar, *La Semana Médica*, 1939, II, 1281-1282.
419. SUTURON. El arancel hospitalario es la mejor solución del problema sanitario, *Mundo Hospitalario*, 1941, (32), 21-23.
420. SUTURON. La plétora de médicos y los estrategos de café, *La Semana Médica*, 1941, II, 659-660.
421. TAFANI, R. Los riesgos de la desregulación sin apertura, *Medicina y Sociedad*, 1997, 20 (1), 31-34.
422. TANTURRI, C.A. Mantengamos la medicina libre, *Mundo Hospitalario*, 1944, VIII (59), 4-6
423. TAQUINI, A. La formación el médico, *Ciencia e Investigación*, 1953, 9, 406-410.
424. TAQUINI, A.C. Avances tecnológicos. Su relación con la calidad médica, *Medicina y Sociedad*, 1982, 5 (5-6), 191-195.
425. TAYLOR, S.J., BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Buenos Aires: Paidós, 1986.
426. TERRIS, M. Recorte presupuestario y privatización. La amenaza a la salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1992, (62), 49-58.
427. TERRIZZANO, V. La readaptación profesional, *La Semana Médica*, 1955, 106 (19), 635-637.
428. TESORIERI, J. ¿Por qué el médico pierde valor?, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (95), 53-54.
429. TESTA, M. Cientificismo y dependencia. Su influencia en la enseñanza y práctica de la medicina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1984, (29-30), 5-23.
430. TESTA, M. Atención ¿primaria o primitiva? de salud, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985, (34), 3-13.

431. TESTA, M. *Pensar en salud*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
432. TETTAMANTI, L. El proyecto de racionalización, *El Día Médico*, 1940, XII (40), 914.
433. TETTAMANTI, L. Informa de la gestión hecha por el Comité Permanente, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1940, IX (106), 926, 931-932.
434. TETTAMANTI, L. El Estado, al remunerar a los médicos, sólo comenzará a retribuir el enorme sacrificio que han hecho siempre por el bien de la salud pública, *Revista del Colegio de Médicos*, 1940, IX (93), 49-50.
435. TETTAMANTI, L. Proyecto de racionalización, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1941, I (2), 40 y 50.
436. TETTAMANTI, L. Nuestras últimas gestiones, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1944, IV (38), 12-16.
437. TETTAMANTI, L. Los médicos de los Hospitales Nacionales y de Beneficencia, apoyan al Estatuto en un acto público, bajo el patrocinio de la Confederación Médica de la República Argentina, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1945, V (45), 9-16.
438. THOMPSON, A.A. Estado, sindicatos y salud. Notas sobre las obras sociales en Argentina, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985, (33), 35-53.
439. TOMBAZZI, V. La profesión médica organizada y la seguridad social argentina, *Medicina y Sociedad*, 1981, 4 (5), 196-211.
440. TRAD FRAGER, C.D. Salud en crisis. Los médicos y la Universidad, *Medicina y Sociedad*, 1991, 14 (3), 38-43.
441. TRAMONTIN, J. El ejercicio profesional de la medicina frente a la realidad actual, *Revista de la Federación Médica de la República Argentina*, 1944, IV (33), 32-33.
442. TRONCOSO, M.C., Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el sistema de salud y la práctica médica, *Cuadernos Médico Sociales*, 1985, (32), 33-47.
443. UGALDE, A. La sociología de la salud en las sociedades post-industriales: el caso de los Estados Unidos, *Medicina y Sociedad*, 1987, 10 (1-2), 22-32.
444. VACCAREZZA, O.A. La cirugía argentina en los últimos cincuenta años y algunos más, *Quirón*, 1979, 10 (3), 45-61.
445. VAN DE VEN, W.P. Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras, *Cuadernos Médico Sociales*, 1998, (74), 61-78.
446. VARSI, T. Todo conspira contra el gremio médico!, *Mundo Médico*, 1939, IV (45), 18-20.
447. VASILACHIS de GIALDINO, I. *Métodos cualitativos I - Los problemas teórico-epistemológicos*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1992.
448. VERA OCAMPO, L., QUAGLIA, C. Salud Pública y recursos físicos, *Medicina y Sociedad*, 1984, 7 (3), 71-79.
449. VERONELLI, J.C. *Medicina, gobierno y sociedad*, Buenos Aires: El Coloquio, 1975.
450. VIERA, M. Oficialización de la medicina, *Revista del Círculo Médico del Oeste*, 1941, XI (119), 3-4.
451. VIVANTE, A., PIS DIEZ, G. Diacronía y sincronía: su importancia en la historia de la medicina, *Quirón*, 1981, 121 (1-2), 417-421.

452. WEISS, M., FIZPATRICK, R. Challenges to medicine: the case of prescribing, *Sociology of Health & Illness*, 1997, 19 (3), 297-327.
453. WEBER, M. *Economía y Sociedad*, México: Fondo de Cultura Económica, 1944.
454. WOLINSKY, F.D. The Professional Dominance Perspective Revisited, *The Milbank Quarterly*, 1988, 66, Supplement 2, 33-47.
455. ZALDUENDO, E.A., ALMADA, M.A., SANJURJO, M.E. Informe preliminar sobre Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica en la República Argentina, Buenos Aires: Instituto Di Tella, 1962.
456. ZAVALETA, D. Sobre nuestra profesión según mi experiencia, *La Prensa Médica Argentina*, 1986, 73 (4), 139-143.