



Los cambios tecnológicos y los médicos que ejercieron durante los últimos cincuenta años del siglo XX en la Provincia de Buenos Aires (Argentina)

Marta Leonor Schufer

Centro de Estudios de Población (CENEP) –
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires
martaschufer@fibertel.com.ar

Resumen:

La profesión y la práctica médicas han cambiado drásticamente en los últimos cincuenta años del siglo XX. El impacto de los cambios tanto tecnológicos como ideológicos, políticos, sociales y económicos dio forma a una nueva manera de ejercer la profesión.

El objetivo de este artículo es mostrar cómo vivieron los cambios tecnológicos los médicos, actualmente retirados, que ejercieron su profesión en la Provincia de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XX.

Una investigación cuali-cuantitativa presenta datos que reflejan 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.

Palabras clave: profesión médica, cambios en la práctica médica, avances tecnológicos.



Abstract:

Technological changes and practicing physicians during the last fifty years of the 20th century in Buenos Aires Province (Argentina)

Medical profession and medical practice have changed drastically in the last fifty years of the 20th century. The impact of those changes, technological, ideological, political, social and economic, shaped a new way to practice medicine.

The aim of this article is to show how the physicians who worked in the Province of Buenos Aires in the second half of the XX century and are nowadays retired experienced technological changes.

This will be a quali-quantitative piece of research presenting data that show the changes taking place in medicine and the medical profession throughout a century in which the former changed from the use of cataplasms into cloning.

Key words: medical profession, changes in medical practice, technological advances.

Fecha de recepción: enero de 2010

Versión final: marzo de 2010



Introducción

“El rutilante escenario científico-técnico de la segunda posguerra dio lugar a la incontenible euforia ante las inauditas posibilidades abiertas al médico, desde los antibióticos y su victoria sobre las enfermedades infecciosas, debido a los progresos de una exitosa industria farmacéutica; hasta los nuevos procedimientos terapéuticos, como la respiración asistida, la diálisis renal, más tarde los trasplantes de riñón, que se extenderían enseguida al corazón y después a otros órganos; desde el manejo del medio interno, que ampliaba el campo de la cirugía y de la clínica; hasta el auge del psicoanálisis, que abría al conocimiento las incógnitas del *inconsciente*” (García Díaz, 2008, p. 114).

Con estas palabras describe el eminente sanitarista argentino Carlos García Díaz (1906-2006) algunos de los cambios acaecidos en la profesión y en la práctica médicas, de los que fuera lúcido testigo en su dilatada trayectoria.

Los cambios en la profesión médica ^{1 2}

Los cambios en la profesión y en la práctica médicas aparecen ligados a múltiples factores:

* 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. 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.

El desarrollo, la difusión y el uso de las tecnologías médicas han sido descriptos 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;

¹ Un análisis pormenorizado de las teorías que explican los cambios en la profesión médica puede encontrarse en Schufer, M. L. (2003 a).

² El devenir de la profesión en nuestro país, desde la Colonia hasta nuestros días, en una apretada síntesis puede consultarse en Schufer, M. L. (2003 b)



- 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 describe (President's Biomedical Research Panel, 1976, citado por Banta, Kesselman Burns & Behney, 1988).

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. Sin embargo, 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 creciente.

A partir de la mitad del siglo pasado, en los países más desarrollados se consolidaron estructuras públicas, progresivamente más poderosas, responsables del análisis de medicamentos –inicialmente-, materiales y equipamientos que las industrias planeaban introducir en el mercado (Dutilh Novaes, 2006; Abraham, 1997), aunque la presión que éstas ejercen sobre quienes deben controlarlas es cada vez mayor (Angel, 2006).



* 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 personas (Schufer, Prece, Necchi & Adamo, 1987) ha llevado a Illich (1984) 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 periodos, 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 que, en 1939 y con una escasa visión de futuro, sostenía que "el día del especialista ha pasado" (Miller, 1939), la tendencia a una especialización cada vez mayor lleva a Fryer (1991) y a García Díaz (1990) a hablar de la existencia de una "plétora de especialistas". Según Rosen (1972, citado por Fryer, 1991) 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 suscitados.

* 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 (Starr, 1982; McKinlay & Arches, 1986; Fryer, 1991). En nuestro país este fenómeno ha hecho correr ríos de tinta y Schufer (2000) muestra las distintas posiciones que se sostuvieron a lo largo del tiempo. Ya en 1923, Capizzano, un médico de Córdoba, 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...".

* 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 Ferreira (1992) "una ilusión de igualdad", ya que las condiciones del ejercicio profesional no son similares entre hombres y mujeres.

Según Young (1981, p. 153-154, citado por Llovett, 1997),

"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 Leite (1986, p. 27-28) 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?".

Schufer (1984), en un estudio de 1982, 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 económicos (Coria, 1986) 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.

Estos datos se vieron corroborados en la investigación que aquí se presenta, en la que la cuestión de género apareció muy claramente, tanto en las entrevistas como en las encuestas. El concepto de género tiene una intencionalidad explicativa, ya que sin él es imposible dar cuenta de las diferencias que se observan entre hombres y mujeres y analizar las relaciones prescritas, jerárquicas y cargadas de valor, entre lo masculino y lo femenino, en sus dimensiones culturales y sociales (Schufer, 2004; 2006).

* La inclusión de grandes capitales financieros e industriales en el negocio de la medicina. 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 seguros (Relman, 1980, citado por Starr, 1982, p. 429).

Marcia Angel, ex-editora en jefe de *The New England Journal of Medicine*, describe acabadamente cómo funciona la industria farmacéutica desde las últimas décadas de siglo pasado, lo que la convirtió "...en una máquina comercial de ventas de drogas de dudosos beneficios, y utiliza su riqueza y poder para cooptar todas las instituciones que se le crucen en el camino..." (2006, p. 21).



* 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 generales (Roemer, 1995).

Según Lain Entralgo (1981) 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 posteriores 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, actuaron 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..." (OIT, 1927).

* 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" (González García & Tobar, 1997, p. 78).

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 mayor a los servicios asistenciales 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: la elevación de los niveles educativos de la población y la circulación creciente de información médica a través de los medios de comunicación –y últimamente de Internet- 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" (Llovett, 1997, p. 7-8).

El objetivo de este artículo es mostrar cómo vivieron los cambios tecnológicos los médicos, actualmente retirados, que ejercieron su profesión en la Provincia de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XX.

La investigación

Diseño: se realizó utilizando dos tipos de metodologías: cualitativa y cuantitativa, buscando integrar los resultados de ambas.

Población objeto: médicos retirados que hubieran ejercido en la Provincia de Buenos Aires. 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.

Estudio cualitativo

Instrumento de medición: entrevista semiestructurada

Muestra: se entrevistaron diez médicos retirados que 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).

Estudio cuantitativo

Instrumento de medición: encuesta autoadministrada, que fue enviada por correo con respuesta postal paga.



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.

Muestra: de los 1.020 cuestionarios enviados se obtuvieron 265 respuestas válidas. La tasa de respuesta obtenida en esta investigación ha resultado muy alta³. En Francia, Herzlich et al. (1993), 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.

Características y representatividad de la muestra: el 84.9% (225) de los médicos que respondieron la encuesta eran hombres y el 15.1% (40) mujeres y estos datos no difieren de los parámetros poblacionales, como puede observarse en la tabla siguiente.

Tabla 1
Distribución por Sexo en la Población y en la Muestra

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.

³ 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).



Tabla 2
Distribución por Distrito en la Población y en la Muestra

Base 20.10.97	Distribución por distritos				
	Distrito	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.

Tabla 3
Distribución por Edad y Sexo en la Población y en la Muestra

Base 01.01.97	Distribución por edad y sexo												
	Edad	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 distribución (Stevens, 1992).

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.

Medidas estadísticas: Dado el nivel de medición de las variables se utilizó la prueba no paramétrica para muestras no relacionadas Chi cuadrado (χ^2). El nivel de significación adoptado fue $p = 0,05$.

Resultados

Los relatos obtenidos durante la fase cualitativa del estudio 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)⁴.

“... 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 tres meses, cuatro, 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

⁴ En los testimonios figura el nombre del profesional (no el real) y el año de nacimiento. Las entrevistas fueron realizadas por la autora entre junio y octubre de 1997.



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, tal como lo han hecho médicos sanitaristas y científicos sociales

"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

"... 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, encastrábamos 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, cortar 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 multiparas, 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)

Las famosas operaciones de amígdalas les permiten reflexionar acerca de las "modas" y "errores" en la Medicina

"... 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 cariada 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).

A los médicos encuestados se les pidió que señalaran ¿Qué avances o cambios tecnológicos tuvieron mayor impacto en su práctica profesional? Presentándoles una lista que se elaboró a partir de los relatos de los médicos entrevistados, de entrevistas a informantes claves y de la revisión del cuestionario realizada por destacados profesionales médicos de distintas especialidades.

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%.

Tres variables fueron consideradas importantes para evaluar cómo percibieron estos profesionales los avances tecnológicos que impactaron su práctica. Tanto el género⁵ como la especialidad y el año de egreso están asociados con algunas de las respuestas dadas⁶.

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 4

Impacto de los cambios o avances tecnológicos según sexo

	Masculino	Femenino	P*
En los medicamentos			
. antibióticos	86,9	76,9	0,000
. corticoides	69,8	46,2	0,004
. hipotensores	39,6	15,4	0,003
. inmunizaciones	51,9	69,2	0,050
Total	212	39	
En los métodos de diagnóstico			
. diagnóstico por imágenes (Eco, TAC, Res.MN)	89,2	80,6	0,011
. estudios metabólicos	30,2	50,0	0,050
Total	212	36	
En los métodos de tratamiento			
. terapia intensiva	67,5	52,8	0,050
. terapias respiratorias	32,5	52,8	0,035
Total	203	36	

⁵ "Sexo" es una palabra que se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres [...]. 'Género', sin embargo, es una cuestión cultural: se refiere a la clasificación social en 'masculino' o 'femenino'" (Oakley, 1972, p. 16).

⁶ Se muestran solamente los resultados en los que la prueba de asociación utilizada (χ^2) es significativa.

En las técnicas quirúrgicas			
. adelantos en anestesiología	71,4	51,4	0,012
. técnicas endoscópicas	61,8	45,7	0,047
Total	199	35	

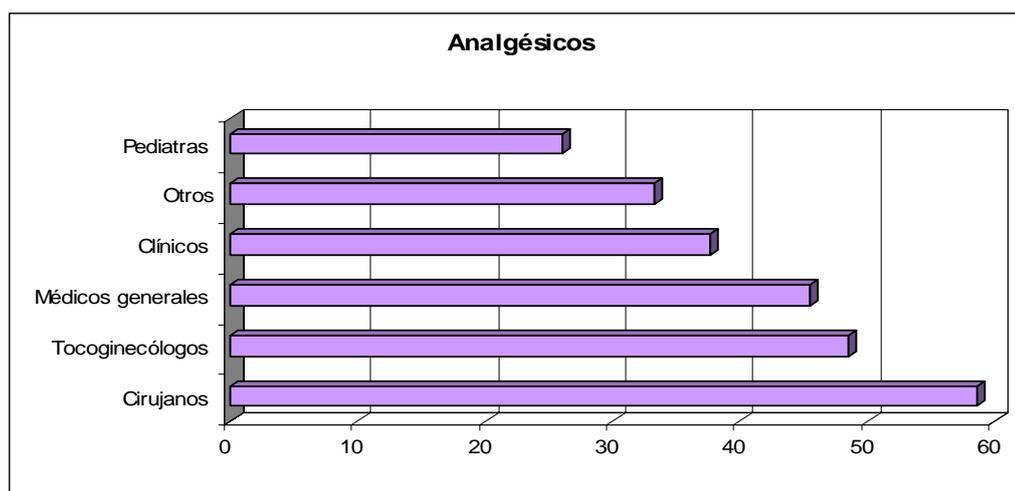
* χ^2

Las diferencias entre los distintos especialistas⁷ son muy marcadas y es necesario tomar cada uno de los avances por separado.

Con respecto a los *analgésicos* son los cirujanos quienes reconocen en mayor proporción la influencia sobre su práctica.

Gráfico 1

Avances en los medicamentos – analgésicos- según especialidad



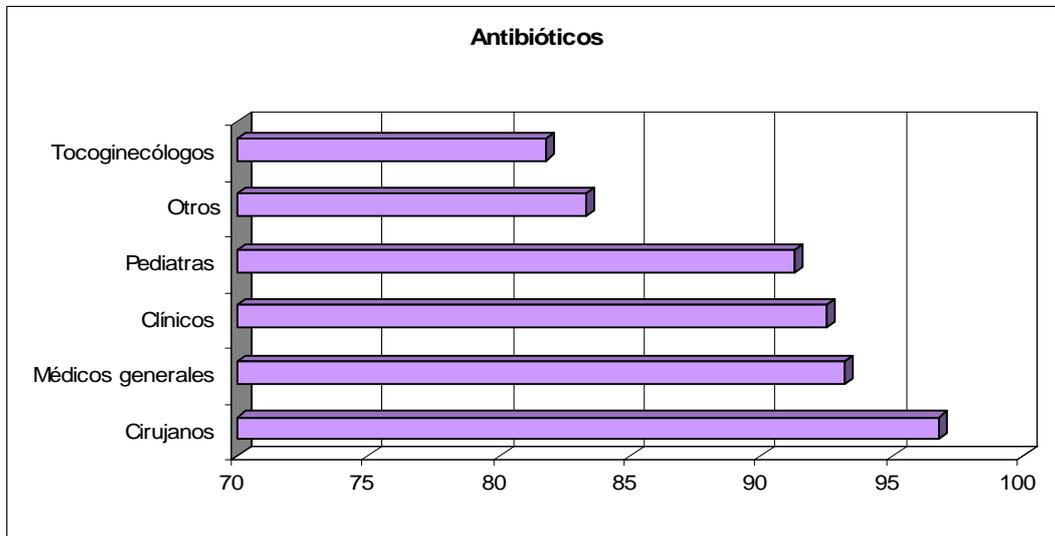
$\chi^2 = 15,70$, $p = 0,007$

Los cirujanos, los médicos generales, los clínicos y los pediatras señalan la influencia de los *antibióticos* en mayor proporción que los otros profesionales.

⁷ 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.

Gráfico 2

Avances en los medicamentos – antibióticos- según especialidad

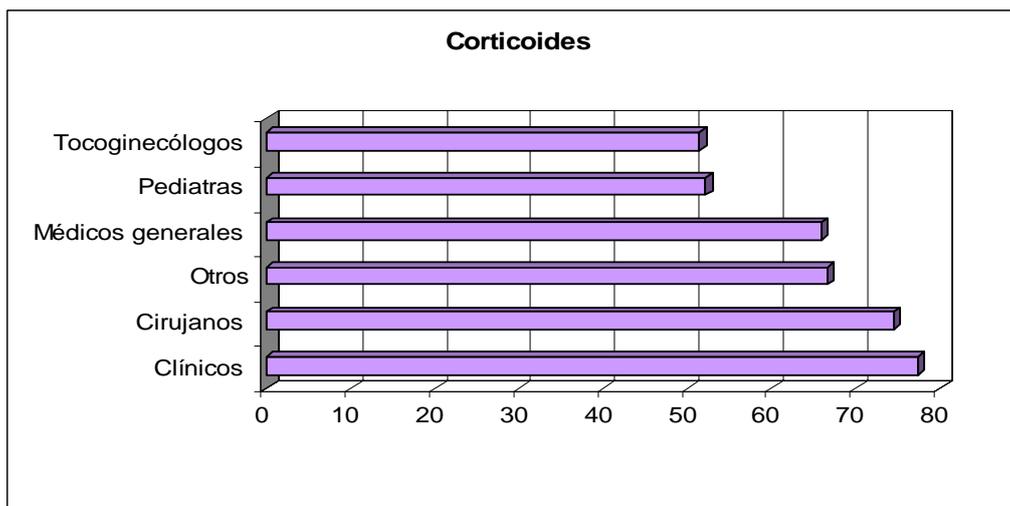


$$\chi^2 = 16,84, p = 0,005$$

Los *corticoides* son señalados por los clínicos y los cirujanos en mayor proporción que los demás especialistas.

Gráfico 3

Avances en los medicamentos – corticoides- según especialidad

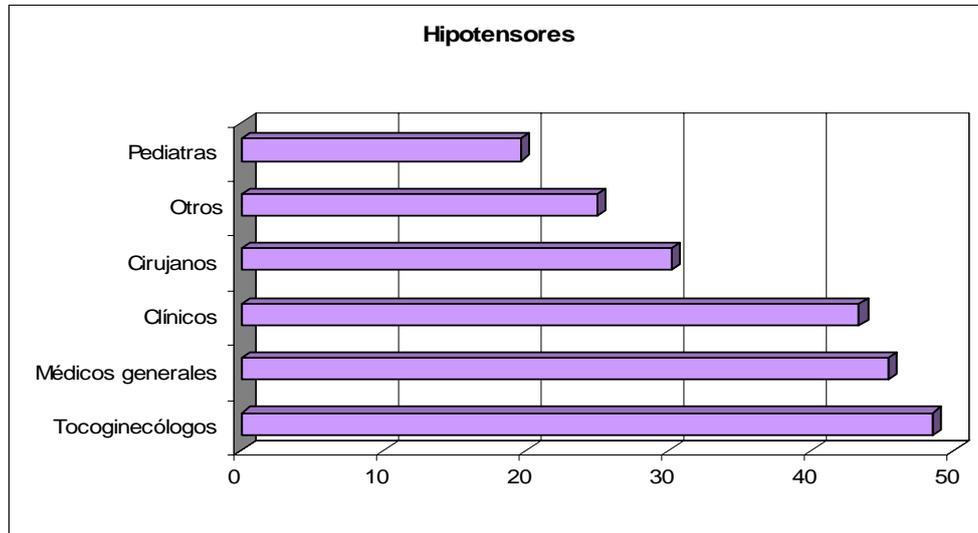


$$\chi^2 = 12,74, p = 0,025$$

Los *hipotensores* son mencionados por los tocoginecólogos, los médicos generales y los clínicos, en ese orden.

Gráfico 4

Avances en los medicamentos – hipotensores- según especialidad

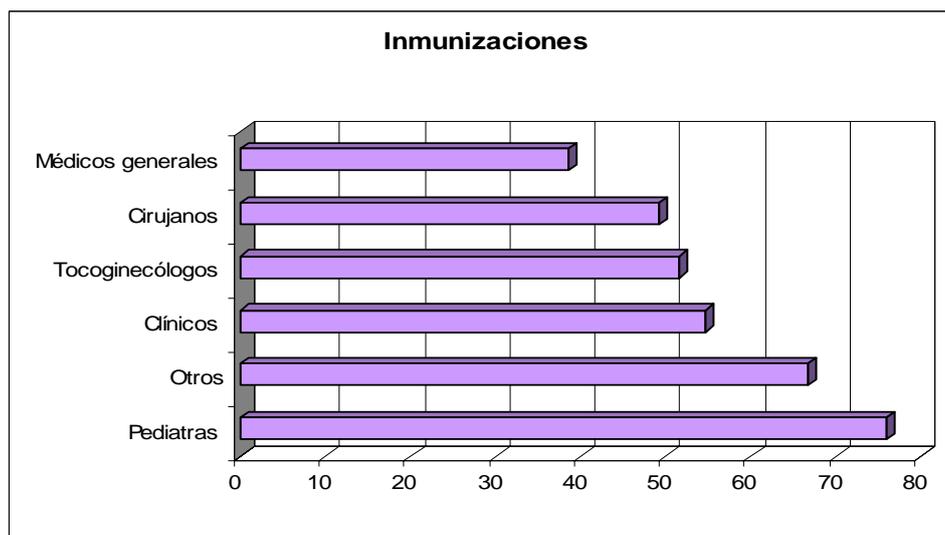


$$\chi^2 = 12,63, p = 0,027$$

Las *inmunizaciones*, como es lógico, fueron importantes para los pediatras al igual que las *soluciones hidroelectrolíticas*.

Gráfico 5

Avances en los medicamentos – inmunizaciones- según especialidad

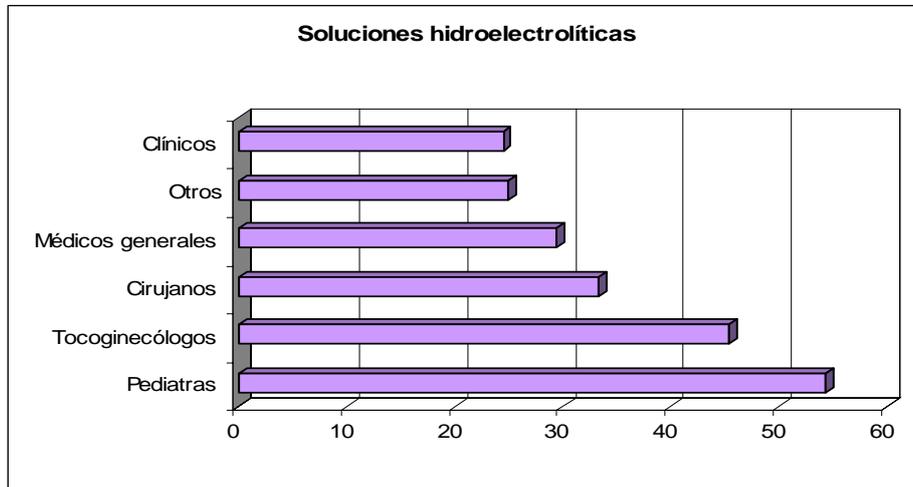


$$\chi^2 = 13,93, p = 0,016$$



Gráfico 6

Avances en los medicamentos – soluciones hidroelectrolíticas - según especialidad

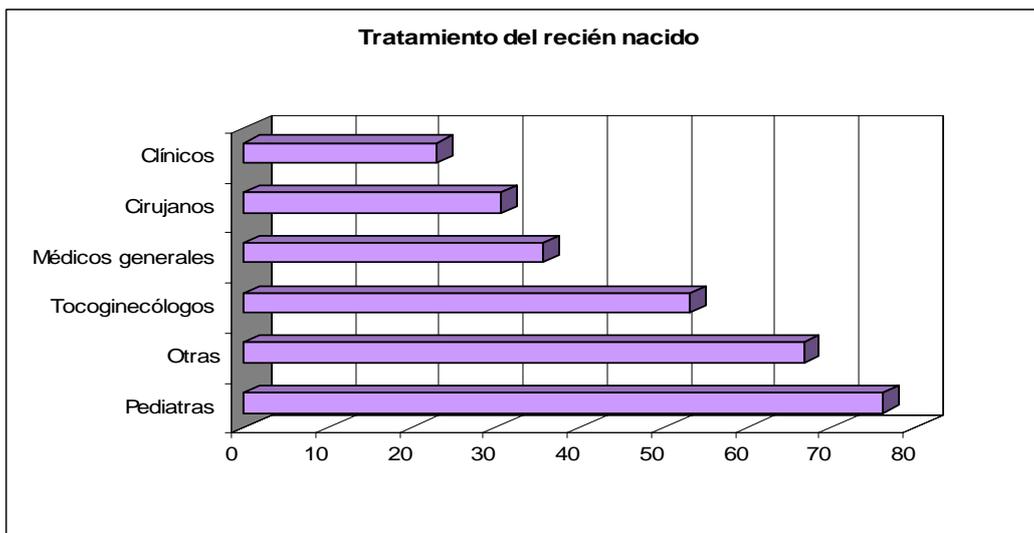


$\chi^2 = 13,67, p = 0,016$

Los pediatras también señalan como avances de alto impacto para su práctica profesional el *tratamiento* y la *cirugía del recién nacido* así como el *análisis bacteriológico*.

Gráfico 7

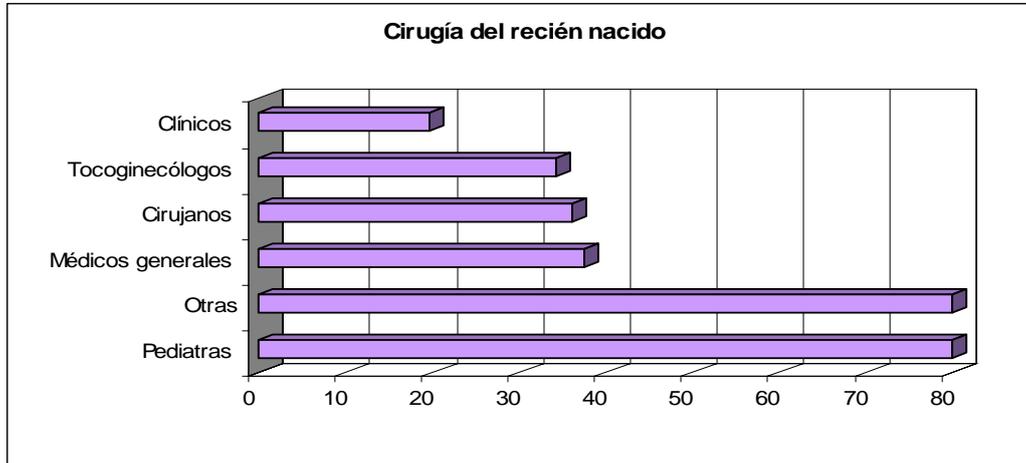
Avances en los métodos de tratamiento – tratamiento del recién nacido - según especialidad



$\chi^2 = 38,69, p = 0,000$

Gráfico 8

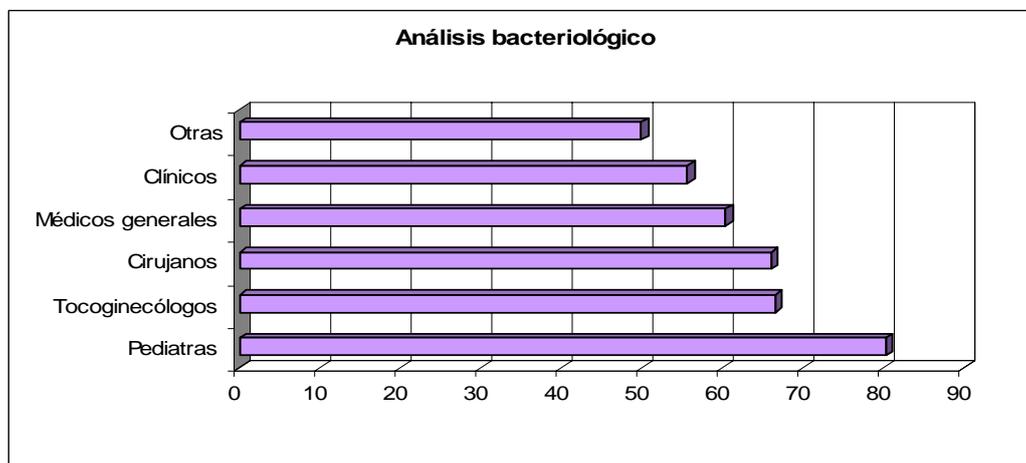
Avances en las técnicas quirúrgicas – cirugía del recién nacido - según especialidad



$$\chi^2 = 43,01, p = 0,000$$

Gráfico 9

Avances en los métodos de diagnóstico – análisis bacteriológico - según especialidad



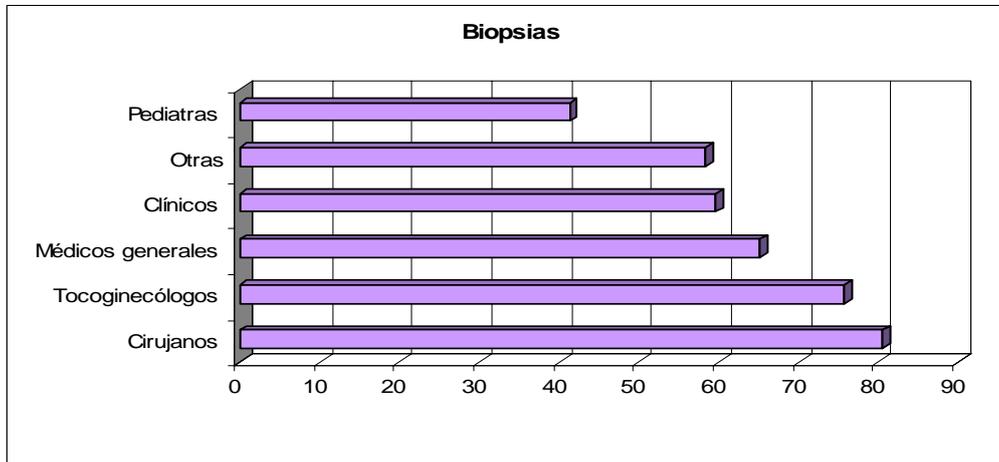
$$\chi^2 = 13,06, p = 0,022$$

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*.



Gráfico 10

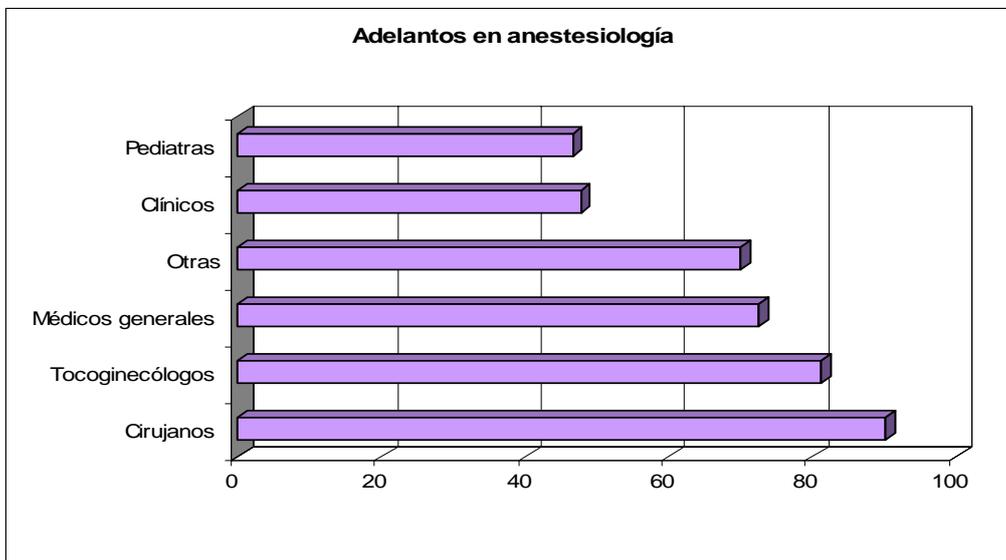
Avances en los métodos de diagnóstico – biopsias - según especialidad



$\chi^2 = 21,88, p= 0,000$

Gráfico 11

Avances en las técnicas quirúrgicas – adelantos en anestesiología - según especialidad

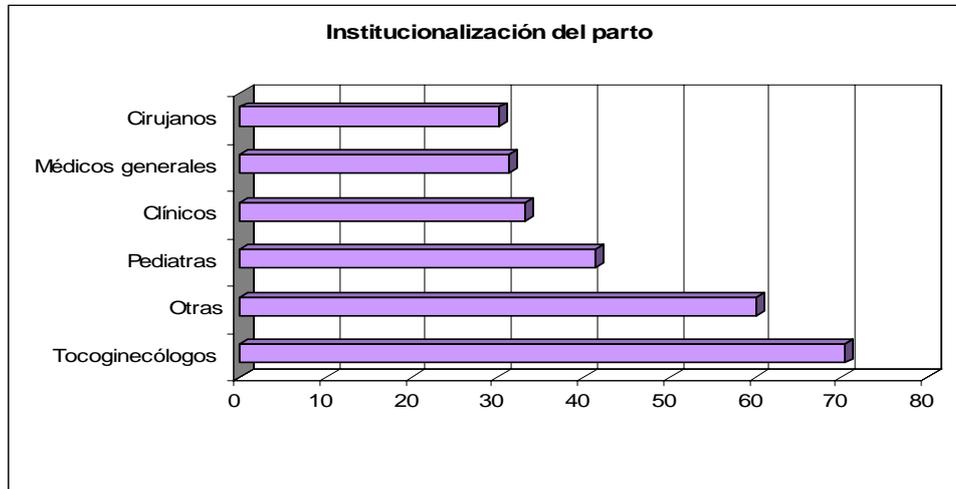


$\chi^2 = 39,31, p= 0,000$



Gráfico 12

Avances en otros aspectos – institucionalización del parto - según especialidad

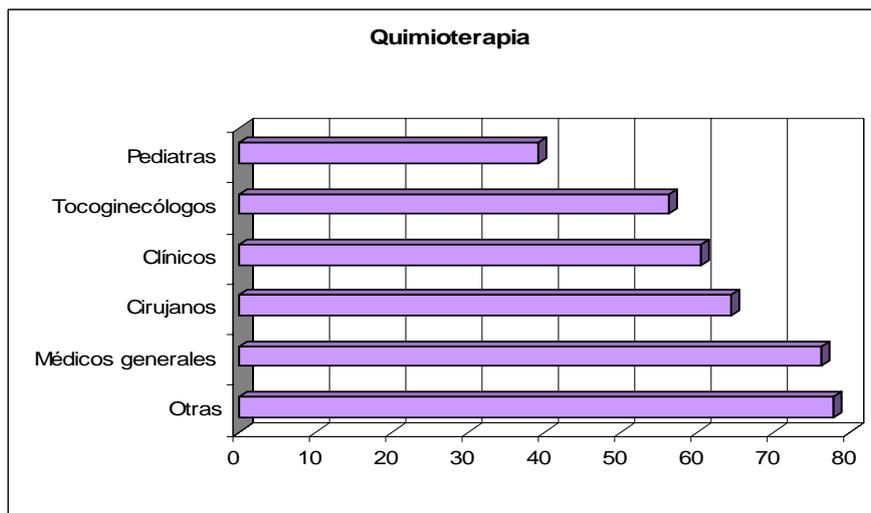


$\chi^2 = 19,50, p= 0,001$

Los especialistas incluidos en la categoría "otras", 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*.

Gráfico 13

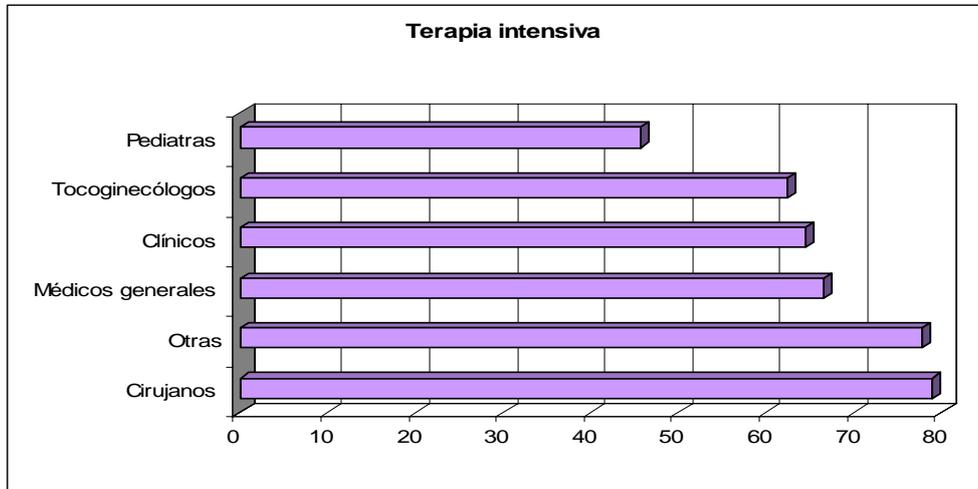
Avances en los métodos de tratamiento – quimioterapia - según especialidad



$\chi^2 = 112,88, p= 0,024$

Gráfico 14

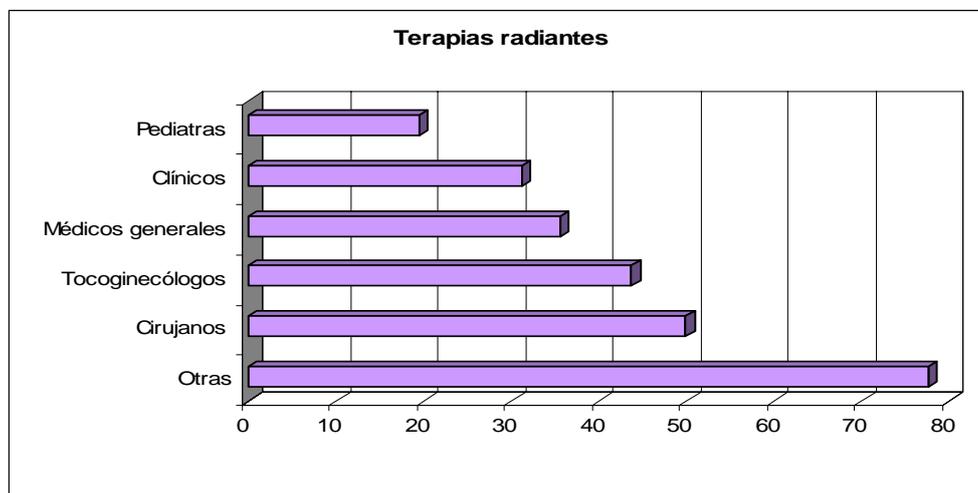
Avances en los métodos de tratamiento – terapia intensiva - según especialidad



$$\chi^2 = 14,37, p = 0,013$$

Gráfico 15

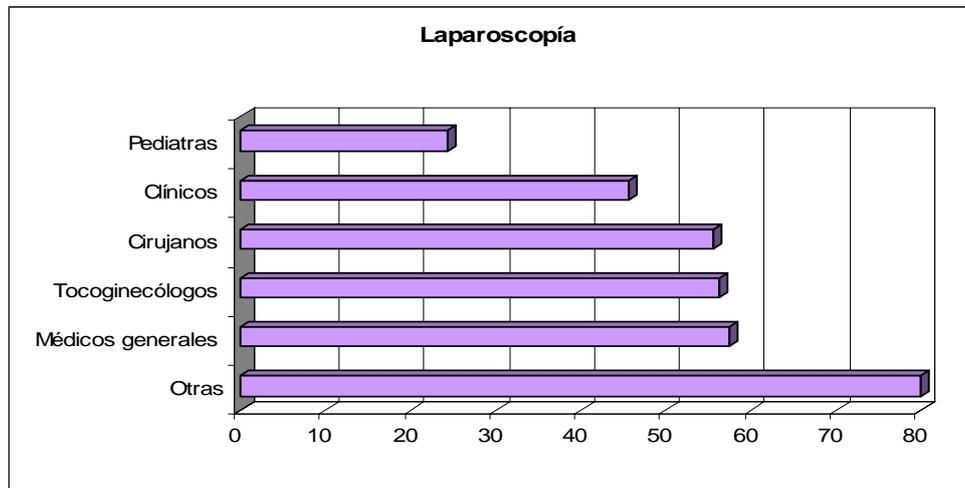
Avances en los métodos de tratamiento – terapias radiantes - según especialidad



$$\chi^2 = 12,75, p = 0,026$$

Gráfico 16

Avances en los métodos de tratamiento – laparoscopia - según especialidad



$$\chi^2 = 13,43, p = 0,019$$

Con respecto a las distintas generaciones de profesionales, categorizadas según el año de egreso de la facultad⁸, se observa que el 100% de quienes egresaron hasta 1949 reconoce la importancia de los *antibióticos* en su práctica ($\chi^2 = 17,50$, $p = 0,001$) y las tres cuartas partes, la del *análisis bacteriológico* ($\chi^2 = 10,14$, $p = 0,038$).

El 85.7% de los que egresaron hasta 1944 reconoce el impacto de la *quimioterapia* sobre su práctica profesional ($\chi^2 = 19,94$, $p = 0,000$).

Y entre quienes lo hicieron entre 1945 y 1949, el 87.3% señala la importancia de los *corticoides* ($\chi^2 = 22,99$, $p = 0,000$), el 61.1% de las *terapias radiantes* ($\chi^2 = 20,74$, $p = 0,000$) y el 57.7% de la *microcirugía* ($\chi^2 = 12,06$, $p = 0,016$).

Las *biopsias* ($\chi^2 = 8,52$, $p = 0,000$), los *adelantos en anestesiología* ($\chi^2 = 10,15$, $p = 0,038$) y la *neurocirugía* ($\chi^2 = 14,32$, $p = 0,006$) 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

⁸ 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.



Segunda Guerra impacta tan fuertemente en las dos primeras -hasta 1944 y 1945-1949- que el 100% de ellas reconoce su impacto.

Al preguntárseles qué mejoras habían introducido en su consultorio en los años posteriores a la instalación, un 66.7% dijo que había adquirido aparatos, pero hay una clara diferencia entre quienes egresaron hasta 1944 y los demás: los primeros han comprado aparatos en una proporción significativamente mayor: 91.4% versus el 62.2% ($\chi^2 = 11,38$, $p = 0,001$).

Esta mayor necesidad se debió a la aparición de nueva aparatología, que no existía en el momento de la instalación de su consultorio. En las generaciones más jóvenes los menores porcentajes se deben a que muchos de los aparatos fueron adquiridos como parte de la primera instalación, aunque este ítem también constituye para ellos la inversión más frecuente.

Discusión y conclusiones

Nunca en la historia la profesión médica ha sufrido tantos cambios como en los últimos cincuenta años: 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 no sólo para quedarse sino para acrecentarse. El desafío actual es lograr una mayor igualdad entre hombres y mujeres que permita, en lo posible, alcanzar una realización profesional y personal más plena.

El innegable progreso de la medicina, con sus avances tecnológicos, aparece impactando la práctica cotidiana de los profesionales que ejercieron durante la segunda mitad del siglo XX: 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 jalones que cada uno de los profesionales vivió e incorporó a su práctica.

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.

Los relatos de los entrevistados y el análisis de las encuestas realizadas reflejan 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.



Bibliografía

- Abraham, J. (1997). The science and politics of medicines regulations. *Sociology of Health and Illness*, Monographs Series: The Sociology of Medical Science and Technology, 153-182.
- Angel, M. (2006) *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Banta, H. D., Kesselman Burns, A. & Behney, C. J. (1988). Implicaciones políticas de la difusión y control de la Tecnología Médica. *Cuadernos Médico Sociales*, (43), 37-49.
- Capizzano, N. (1923). Aspecto general del ejercicio de la profesión de médico en la Argentina. *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 23, 1532-1540.
- Coria, C. (1986). *El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Dutilh Novaes, H. M. (2006). Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Número Especial), 133-40.
- Ferreira, A. (1992). Las médicas: desarrollo profesional y género. En B. Kohen (Ed.), *De mujeres y profesiones* (pp. 121-136). Buenos Aires: Letra Buena.
- Fryer, G. E. (1991). The United States medical profession: an abnormal form of the division of labour. *Sociology of Health & Illness*, 13 (2), 213-230.
- García Díaz, C. J. (1990). Plétora de especialistas. *Medicina y Sociedad*, 13 (5-6), 15-16.
- García Díaz, C. J. (2008). *Memorias que marcaron mi vida (1910-2006)*. Buenos Aires: Medicina y Sociedad Editorial.
- González García, G. & Tobar, F. (1997). *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD.
- Herzlich, C., Bungener, M., Paicheler, G., Roussin, P. & Zuber, M.C. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France: Carrières et pratiques des médecins français 1939-1980*. Paris: Éditions INSERM.
- Illich, I. (1984 [1976]). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Planeta.



- Lain Entralgo, P. (1981). *La medicina actual*. Madrid: Dossat.
- Llovet, J. J. (1997). *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, mimeo.
- Machado, M. H. & Boaventura Leite, I. (1986). La médica y el mercado de trabajo. *Cuadernos Médico Sociales*, 35, 25-34.
- McKinlay, J. B. & Arches, J. (1986). Hacia la proletarización de los médicos. *Cuadernos Médico Sociales*, 35, 35-61.
- Miller, C. M. (1939). The doctor of tomorrow. *Bulletin of the Stuart Circle Hospital*, 10 (1), 3-4.
- Oakley, A. (1972). *Sex, gender and society*. New York: Harper Colophon Books.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1927). Recomendación N° 29 sobre el seguro de enfermedad. Obtenido el 12 de noviembre de 2009 de www.ilo.org/ilolex/spanish/reccdisp1.htm.
- Relman, A. S. (1980). The New Medical-Industry Complex. *The New England Journal of Medicine*, 303, 963-970, citado por Starr, P. (1982) *Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books.
- Roemer, Milton I. (1995) Los Servicios de salud en perspectiva internacional, en J. A. Mera (Ed.) *Los servicios de salud en Argentina. I. Sistemas y políticas de salud* (pp. 289-305). Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias".
- Rosen, G. (1972). *The Specialization of Medicine*. New York: Arno Press.
- Schufer, M. L. (1984, octubre). *Características diferenciales entre hombres y mujeres en el desempeño del rol del médico*. Trabajo presentado en las VI° Jornadas Multidisciplinarias: Mujer y Salud, Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires.
- Schufer, M. L. (2000). Cantidad y distribución de los médicos en la Argentina. Una revisión histórica, *Medicina y Sociedad*, 23 (2), 97-108.
- Schufer, M. L. (2003a). La Medicina como profesión. *Revista de la Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*, 13 (50), 13-19.



Schufer, M. L. (2003b). Una breve historia de la profesión médica en la Argentina. *Médicos y Medicinas en la Historia*, 7, 12-23.

Schufer, M. L. (2004). Mujeres y varones médicos: similitudes y diferencias en sus prácticas y opiniones profesionales, *Vº Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población* [CD ROM], Buenos Aires: Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Schufer, M. L. (2006). El Género y la práctica médica en los últimos cincuenta años del siglo XX. *VIIIº Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género* [CD-ROM], Villa Giardino, Córdoba, Argentina.

Schufer, M. L., Prece, G., Necchi, S. & Adamo, M. T. (1987). Medicalización y autocuidado, *Medicina y Sociedad*, 10 (4) (número especial: Sociología de la salud), 101-109.

Starr, P. (1982). *Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

Stevens, J. (1992). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

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

Nota:

Este artículo forma parte de la Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Director de Tesis: Prof. Dr. Federico Pégola. Investigación realizada con un subsidio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).