

Revista de Políticas Sociales

Desafíos para los profesionales

Ginés González García

Embajador argentino
en la República de Chile
Ex Ministro de Salud de
la Nación Argentina

En muchos aspectos los desafíos para la profesión médica son similares a los de otras profesiones vinculadas a las políticas sociales. Más allá de algunas particularidades, los problemas referidos a la planificación, la capacitación específica, la inadecuación de los incentivos, el reconocimiento o la insuficiente consideración de las percepciones de los profesionales a la hora de formular reformas en las políticas públicas, son cuestiones comunes a las diferentes profesiones vinculadas al “trabajo con los otros”. Por lo tanto, si bien este artículo está referido principalmente a los desafíos de la profesión médica, sus reflexiones en buena medida también son válidas para otros campos de la política social.

En particular, los médicos son una pequeña parte de la población que está capacitada, entrenada y autorizada para atender personas, prescribir medicamentos, intervenir quirúrgicamente y aun determinar quién está en condiciones de trabajar o no, quién es imputable o no ante la ley, y hasta quién está vivo o quién muerto. La sociedad delega en ellos semejantes atribuciones porque se basa en una formación acreditada mediante un largo período educativo que genera competencias para garantizar confianza pública.

La medicina involucra más ciencia y más técnica que nunca antes en su historia. La humanidad jamás había logrado tanta cantidad y calidad de vida –o de conocimientos– como en estos años. Sin embargo, un mundo que es cada día más rico en recursos científicos se ha convertido en mucho más desigual en su distribución y acceso. Los promedios nos hablan de una productividad mayor que en cualquier momento de nuestra historia, pero encubren que nunca antes hubo tantas diferencias entre ricos y pobres. Jamás la especie humana tuvo una expectativa de vida como la actual. Pero tampoco hubo hasta ahora tanta diferencia en cantidad y calidad de vida entre los seres humanos. Ricos y pobres es

sinónimo de sanos y enfermos, o hasta de vivos y muertos, tanto entre los distintos países como dentro de ellos.

Esto supone la necesidad de hacer frente a un mundo cambiante, transformando el criterio de la formación como especialización por el de formación como capacitación permanente e interdisciplinaria. Debe enseñarse no sólo conocimientos abstractos, sino también saber hacer, sabe actuar. El sector de la salud siempre fue conocimiento intensivo y lo es cada día más, a un ritmo fantástico. Pero también fue siempre –y debe serlo cada día más– moralmente intensivo.

Estamos una década dentro del siglo XXI. No podemos seguir con modelos de formación del siglo XIX, que informan científicamente pero deforman profesionalmente. El Estado debe conducir una política que planifique, forme, cuide y haga que los profesionales sean útiles para la sociedad que los educa, e incluso para ellos mismos. Debemos tener una política de talentos humanos, y eso requiere planificar en forma concertada, porque lo que no hagamos hoy lo sufriremos dentro de 20 años. Pero planificar significa también incurrir en errores. Es tanta la velocidad de cambio de la sociedad y del conocimiento, que aun las planificaciones más ajustadas no llegan a incorporar nuevas variables que suelen aparecer súbitamente y con una fuerza inédita sobre la demanda y la necesidad de profesionales. Aun con esta salvedad, quien no planifica expone la salud de los argentinos a un grave daño.

En los últimos años hubo cambios en el perfil epidemiológico de la población argentina, y también hubo cambios culturales, en las relaciones laborales y en el conocimiento médico. Cambiaron las enfermedades prevalentes, la estructura socioeconómica del país, los conocimientos disponibles y la forma de trabajar. Son transformaciones inmensas que



se han operado en una magnitud impensada. Si son tantos los factores exógenos que afectan la profesión de la medicina, no se puede seguir siendo endógeno en la búsqueda de las soluciones. Es necesario –aunque obviamente no suficiente– eliminar las inmensas rigideces que existen en el sistema de formación en salud. Se dice con frecuencia que la universidad tiene que estar al servicio de un proyecto de sociedad, pero no siempre se explicita que eso significa tanto una reformulación de los programas de estudio y de los sistemas de enseñanza, como de la idea que tienen estudiantes y graduados acerca de cuál es su propio papel en esta historia que nos toca vivir. Si bien hay notorias excepciones, muchos estudiantes o jóvenes profesionales reclaman que el Estado asuma el compromiso de reformar de raíz el sistema de salud, pero no están dispuestos a modificar su propia concepción biologicista e individualista de la profesión médica. Tampoco es raro descubrir que muchos funcionarios actúan como si los médicos tuvieran la obligación moral de cambiar de actitud y asumir mayores compromisos, en el marco de un sistema obsoleto e irracional por donde se lo mire. Por último, no faltan los visionarios que –desde organizaciones no gubernamentales o espacios académicos falsamente asépticos– desean que unos y otros se adapten sin chistar a modelos ideales armados desde un escritorio. Todos tenemos que cambiar nuestro punto de vista sobre este tipo de problemas y buscar juntos nuevas soluciones, comprometiéndonos con ellas en la acción.

La expectativa de vida se ha duplicado en el siglo pasado. El conocimiento y las mejoras políticas, sociales y económicas han tenido un especial protagonismo en este espectacular avance de la

humanidad. Pero todavía no estamos transmitiendo como sistema la importancia de estos cambios, ni siquiera parece que adaptemos nuestros esquemas de formación a los cambios epidemiológicos, y mucho menos pensamos los sistemas de formación e incentivos en función de los cambios culturales y laborales que se han operado. Teniendo en cuenta que el sistema de salud es un sistema de servicios, esta inadecuación es determinante de buena parte de sus defectos.

La necesidad de reformas, o la reforma de las necesidades

Gran parte del siglo pasado fue testigo de reformas en los sistemas de salud de casi todo el mundo. Los sistemas educativos para los trabajadores de la salud, especialmente médicos y enfermeros, también formaron parte de fenomenales reformas. Impulsado por ideas sociales, democracias crecientes y energías solidarias tras las dos guerras mundiales, se instaló con fuerza y extensión casi universal en el mundo occidental un Estado de Bienestar ampliado y progresivo que desarrolló inmensos sistemas de salud. En esto la Argentina fue pionera en toda América.

Las reformas operadas a raíz de las crisis de financiación, por insuficiente satisfacción de los usuarios o por resultados sanitarios inadecuados –o las tres cuestiones combinadas en distintas magnitudes– fueron resultado de esquemas políticos más recientes. Pero desde principios del siglo XX la reforma fue un estado casi permanente en los sistemas de salud. “Reforma” fue la palabra más utilizada en los sistemas de salud de todo



el mundo. Algunos enfatizaron en la estructura de los servicios, otros en la financiación o en la forma de pago, actuando mayoritariamente en intervenciones y medidas sobre la oferta y la demanda de atención médica. En tiempos más recientes comenzaron generaciones de reformas de los servicios de salud cuyo eje estaba centrado en la gente. La estrategia era, en nuestra opinión, muy buena. Pero esta generación de reformas “pensadas para la gente” adoleció de un defecto: fueron concebidas para quienes están fuera de los servicios de salud, no para los de adentro. Si bien es elogiable que se hayan orientado las reformas a los usuarios, no es razonable que se ignorara a la enorme cantidad de personas que prestaban esos servicios: sus motivaciones, sus actitudes, sus conocimientos, sus expectativas. Se desdeñó a la mitad de esa mágica y antigua relación médico-paciente. Algo similar ocurrió en otras áreas de las políticas sociales, aquí y en toda América.

El creciente volumen de conocimientos que exige la formación médica de grado supone procesos de aprendizaje largos y flexibles en su contenido, ya que los conocimientos suelen cambiar varias veces en los propios años de formación de cada profesional. Pero además, implica conocer cambios de la sociedad en donde el trabajo, la familia, las relaciones sociales o la migración de profesionales son de una jerarquía indiscutida en la relación con la sociedad a la cual quieren servir. A todo esto deben adicionarse las competencias socioemocionales. Las llamadas competencias “blandas” son las que mejoran la innovación, la creatividad, la productividad, el funcionamiento y la satisfacción de los que están trabajando en los servicios de salud y de los que reciben los mismos. Autogestión, capacidad para resolver problemas, para trabajar

en equipo, para incorporar innovación y creatividad, son parte del decálogo de la enseñanza moderna.

¿Faltan o sobran médicos?

La política de formación y gestión del talento humano es difícil en cualquier sector de la vida moderna. Los cambios tecnológicos, sociales y económicos hacen crecer o decrecer las necesidades en tipo, calidad y cantidad de las profesiones y ramas de cada actividad. En el caso de los sistemas de salud, el número de médicos relacionado con la cantidad de habitantes es quizás el más antiguo indicador utilizado para medir su suficiencia. Sin embargo, si bien nuestro país cuenta con una de las tasas de médicos por habitante más favorables del mundo, no carece de graves inconvenientes en otras dimensiones con las que se debe evaluar su suficiencia. Contar con muchos profesionales en general no nos dice nada respecto a si están cubiertas las necesidades de neonatólogos, traumatólogos, anestelistas o terapistas intensivos. Pese a que año a año se incrementa fuertemente la cantidad de médicos, hay déficit en varias especialidades y en algunas regiones de la Argentina.

El comportamiento y los valores de las generaciones más jóvenes son muy diferentes a los de sus predecesoras. La demanda de nuevos conocimientos y actitudes va mucho más rápido que las capacidades para enseñarlos. Los valores materiales siguen existiendo, pero en muchos aspectos han asumido mayor importancia otros, “post materiales”: la autorrealización, la participación, el sentido de lo que se hace o el tiempo

de ocio. El pasado sirve cada día menos para proyectar el futuro. Cada generación ve y debe ver al mundo como algo nuevo.

Cambió el conocimiento de una manera imponente, fundamentalmente en el campo de la formación del talento humano en salud. Los últimos 25 años equivalen al crecimiento de los dos o tres siglos previos. Pero además, desde hace mucho tiempo la Argentina es uno de los países que más médicos tiene y más médicos forma en relación a su población. Desde hace 30 años la cantidad de graduados en medicina crece tres veces más que la población, pero paradójicamente hoy tenemos dificultades con la disponibilidad de profesionales, por varias razones. Mucho se discute cuántos es necesario formar cada año y poco qué tipo de médicos necesitamos. La opinión generalizada es que existe un exceso histórico en la oferta de profesionales disponibles. Sin embargo, recientemente se verifica una creciente dificultad para cubrir necesidades en ciertas especialidades o lugares críticos, tales como centros de atención primaria periféricos o rurales. La oferta es generosa, pero el número de médicos es un genérico que poco dice sobre cada especialidad necesaria. Un médico generalista no puede ser anestesiólogo o psiquiatra o neonatólogo. Es decir que la hiper-especialización fragmenta la oferta, y las necesidades deben ser consideradas para cada especialidad. No son intercambiables para su labor profesional un traumatólogo con un neurocirujano o un terapeuta intensivo. El genérico “médico” poco dice sobre cada especialidad, y la recalificación lleva al menos un lustro en cada uno de los miles y miles de casos. Las necesidades también deben considerarse por área geográfica y no exclusivamente según el número total de médicos del país.

Hay factores que modifican los estándares internacionales de necesidad de médicos. Algunos dependen de la oferta de los mismos y otros son sensibles a las características de la demanda de la población. La oferta incluye cantidad, calidad y tipo de especialidades médicas, su disponibilidad horaria, su productividad, su forma organizacional y el número de otros profesionales que comparten el trabajo de la salud, como por ejemplo los enfermeros. Por ejemplo: en el Reino Unido existen cinco enfermeras por cada médico; en la Argentina hay más médicos que enfermeras. Muchos médicos y demás trabajadores de la salud desempeñan pluriempleos en distintos lugares, donde las prioridades, la relación con el paciente y hasta el rol profesional son diferentes según la hora del día,

generando pérdidas de tiempo y de rendimiento profesional de manera significativa. Además, hay un serio déficit de formación, de currícula y, sobre todo, de inserción laboral, que afectan negativamente la motivación y provocan la búsqueda de un tipo de organización que rompa con las inercias de sistemas obsoletos de recursos humanos en salud. Lo que hoy puede decirse de esos sistemas es que han aumentado la fragmentación, el multiempleo, la pérdida de mística y la feminización. Este último aspecto es favorable, porque hace medio siglo la relación de estudiantes de medicina era de una mujer cada veinte varones, y hoy se reciben dos mujeres por cada varón. Pero también eso produce cambios culturales.

La utilización de los tiempos fuera del trabajo y los motivos por los que se elige la carrera de medicina son diferentes. Los jóvenes estudiantes prefieren hoy en mayor medida una vida típica de profesionales liberales, con mayor control sobre su tiempo libre, y valoran otras dimensiones de la inserción laboral o la capacitación, así como la idea de algún tipo de motivación específica en el equipo de trabajo. Mientras, los incentivos que el sistema brinda están cada vez más lejos de estas preferencias, porque por ejemplo se suelen pagar mucho más las guardias que mantienen un régimen irracional. Hoy se suele destacar la fragmentación del sistema de salud, en su organización o en su financiamiento. Sin embargo, lo peor que tiene el sistema es que quien está fragmentado son las personas que trabajan en él. Esta situación obstaculiza cualquier cambio organizacional. Por eso la política de talento humano debe ser considerada una prioridad absoluta del sistema de salud.

La organización del sistema de salud es también una variable importante para la consideración de las necesidades. Un sistema con provisión única de servicios tiene mayor capacidad para aprovechar racionalmente el talento humano. La segmentación de nuestro sistema de salud genera mayor necesidad de recursos. Si cada subsistema es independiente y prácticamente no existe el trabajo en red y en niveles de atención escalonados, el resultado es que en cada establecimiento deben estar disponibles profesionales de gran cantidad de especialidades. La existencia de varios subsistemas tiene como consecuencia, además de la improductividad, el déficit en la atención de la salud de la población.

Universidad y salud

Asimismo, ha crecido la demanda de servicios. A las necesidades generadas por el cambio demográfico y epidemiológico –cada vez hay más personas que viven más años con una o varias patologías, ampliando proporcionalmente la demanda de servicios durante sus años de vida–, se suman la “medicalización”, en el sentido que la demanda a los servicios es cada vez más frecuente. Los comportamientos de médicos y pacientes son ejes principales del proceso de atención médica. La utilización por parte de los ciudadanos de los servicios de salud se ha incrementado en los últimos años también como consecuencia de mejoras socioeconómicas, mayor accesibilidad al sistema público gratuito y provisión masiva no sólo de servicios, sino de bienes como los medicamentos.

En resumen, hay factores insuficientemente estudiados que están actuando fuertemente sobre la oferta de médicos, y otros que inciden sobre la demanda de servicios por parte de la población. Ellos están produciendo un enorme desajuste entre oferta, demanda y necesidades. Las políticas públicas son eficientes y equitativas cuanto más logran impedir que existan grandes diferencias entre oferta, demanda y necesidades. Por eso la adecuación de la oferta de servicios profesionales a la demanda de la población y a las necesidades de la misma es una de las metas más importantes de la política de salud. Cuando difieren, las necesidades quedan insatisfechas, o los recursos se desperdician, o ambas cosas. (Musgrove, 1985)

Ajustar la oferta profesional a lo que la gente requiere (demanda), o a lo que los médicos perciben (necesidad), son –aunque no los únicos– poderosos instrumentos para mejorar sustancialmente el sistema, mejorando los resultados de salud colectiva y la satisfacción de quienes trabajan y de quienes utilizan los servicios. En fin, no abogamos por una alegre reducción de la cantidad de ingresantes a las carreras de medicina. Lo que sí defendemos con convicción es la necesidad de planificar y concertar las prioridades de formación y de especialización del talento humano en función de las necesidades de la población.

Al igual que en otros campos de la política social, quienes trabajan en el sistema de salud son los únicos capaces de lidiar día a día con la complejidad y asegurar su adaptabilidad. Por eso se requieren procesos educativos de calidad que faciliten su desarrollo, pero también calidad en la gestión del trabajo de los profesionales, para que apliquen la teoría apropiada, afronten los cambios operados en el mundo, respondan a una evaluación permanente, atiendan las perspectivas de los usuarios del sistema y dispongan de información adecuada y estén dispuestos a compartirla.

Hoy dos tercios de las personas que trabajan en el sector salud provienen del sistema universitario. Por eso la política de recursos humanos es clave para cualquier política sanitaria, para la cual resulta indispensable la planificación de mediano y largo plazo. Todos los países planifican en recursos humanos, tanto los que tienen gobiernos socialistas como los más liberales. No hacerlo resulta un indudable perjuicio para cualquier país, y también lo es a largo plazo para los propios estudiantes.

Además, si bien han promovido avances de indudable relevancia para mejorar la salud de la población, lo cierto es que las innovaciones técnicas y científicas también incrementaron exponencialmente los costos, y así provocaron mayor inequidad en un aspecto que resulta inaceptable para los principios democráticos: la sociedad democrática de nuestro tiempo no puede aceptar que las personas simplemente se enfermen o mueran por ser pobres. Sin embargo, en buena medida la universidad no sólo se quedó apartada de la innovación científica y tecnológica, sino también del conocimiento acerca de la manera de orientar las políticas sanitarias hacia principios tales como la equidad o la universalidad en el acceso.

El conocimiento médico crece tan rápido que es necesario establecer sistemas flexibles de formación continua, algo para lo cual la universidad no parece estar preparada, porque tiende a ser muy resistente a los cambios, no sólo de formas de enseñanza, sino incluso de contenidos. Es tan acelerado el proceso de generación de nuevos conocimientos que se han dejado de imprimir libros de medicina porque se desactualizan antes de llegar a las librerías. Algo similar ocurre en otras disciplinas universitarias. Es necesario por tanto adaptar la universidad a estos

tiempos. Esto es difícil de aceptar para una institución milenaria que siempre había sido la cuna de las innovaciones y de los cambios sociales. Educar es un camino duradero para desarrollar las capacidades de las personas, disminuir las inequidades e impulsar la integración social; son tres dimensiones fundamentales para que todos podamos tener una vida larga y saludable. La universidad no sólo forma profesionales: a través de ellos contribuye a mejorar la sociedad. Las instituciones de formación no sólo capacitan técnicamente a los estudiantes, sino también los hacen útiles a la comunidad.

En la actualidad, la desigualdad socioeconómica que aún persiste en nuestro país se ve crecientemente reflejada en los resultados de la formación universitaria: no sólo los hogares de mayores ingresos están sobre-representados en las aulas, sino además una amplia mayoría de los profesionales son especialistas al servicio de los sectores de mayores ingresos y su actividad está concentrada en los barrios más ricos de las grandes ciudades. A veces incluso la universidad nacional, solventada con recursos que tributan todos los argentinos, promueve la formación de profesionales que no procuran revertir la exclusión social, sino que con su desempeño tienden a incrementarla. No es esta la Argentina que queremos. Los médicos deben volver a ser protagonistas de sus comunidades. Deben aportar sus conocimientos y su empeño para mejorar la vida de cada uno de los argentinos. Hay miles de ejemplos y experiencias exitosas que demuestran que esto es posible.

Este es un proyecto que debe iniciarse mientras se estudia. Es allí donde deben revisarse los objetivos y los métodos de enseñanza para que la justicia social vuelva a ser un proyecto de construcción colectiva. Eso también se aprende en la universidad. No sólo deben imaginar mejores maneras de unir sus sueños de estudiantes con el ejercicio de su profesión. Queremos mucho más: que compartan sus conocimientos con la comunidad a la que pertenecen, que aporten a miles de familias nuevas formas de salir de la pobreza. Esperamos todavía mucho más: que lideren las transformaciones que son necesarias para hacer de la Argentina un país más justo y más digno para todos.

Nuevos desafíos para los estudiantes

Siempre me asombró la trayectoria que recorren muchos médicos jóvenes al formarse: mientras están estudiando tienen enormes expectativas acerca de la posibilidad de aplicar sus conocimientos para que otras personas tengan una vida saludable. Pero en el momento de completar su formación, muchos se inclinan por especialidades de altísima complejidad que sólo pueden ejercerse en ciertos hospitales o clínicas de las grandes ciudades, aun sabiendo que las principales necesidades de profesionales de la salud con una formación de excelencia están mayoritariamente en otro lado. Las razones por las que muchos hacen esto son una incógnita. La explicación más fácil es porque así obtienen mayores ingresos, o más prestigio profesional. Los datos de un estudio que publicamos hace un año demuestran que no es así. (González García, 2012)

Es cierto que no toda la responsabilidad les cabe a los estudiantes. Guillermo Jaim Etcheverry (2009) –quien fue rector de la Universidad de Buenos Aires y decano de su Facultad de Medicina– señala por ejemplo las culpas que le caben al propio sistema educativo: “la universidad se está convirtiendo en un servicio más en la era de los servicios y se aleja velozmente de aquella ideal comunidad de estudiosos reunidos en busca de la verdad”. En parte eso se debería, en su opinión, al desprestigio de la figura del docente, que es quien debería representar el valor social del conocimiento. Su descrédito frena la formación en el estudiante de un núcleo de convicciones que deberían ser el distintivo de la profesión médica. Por su parte, Alberto Agrest (2008) adjudica las mayores responsabilidades al sistema de salud, que “es una industria que produce recursos para combatir enfermedades, pero sobre todo riesgos, y los vende como seguros de salud. Los médicos hemos pasado a ser concesionarios de esa industria. La promoción del consumo se ha hecho directamente sobre la población, con lo cual los médicos están más pendientes de lo que los usuarios piden (...) que de lo que necesitan”.

Pero también es razonable asumir que otra buena parte del problema está en las expectativas de los propios estudiantes y de los jóvenes médicos. Esto ha sido señalado por dos de las más grandes figuras que tuvo la medicina en la Argentina: Ramón Carrillo y René Favaloro. En opinión de Favaloro (1981), ser universitario lleva implícita “una

responsabilidad de trascendencia”: se debe emplear la formación recibida para “entremezclarse con la sociedad que le toca compartir, analizando y estudiando sus problemas trascendentes, utilizando su formación superior en el mejoramiento de la misma”. Poco antes de quitarse la vida (2000), afirmó que en los países en desarrollo había que formar profesionales que entiendan que el universitario tiene que “participar y aportar para que disminuyan las injusticias sociales”.

Por su parte, Ramón Carrillo (1949), primer ministro de Salud Pública de la Nación, sostenía que el joven universitario “pasa por un estado de ánimo particularísimo: se siente fuerte y débil a un mismo tiempo; cree que lo puede todo y, simultáneamente, que no puede nada. (...) Su estado emotivo es, fundamentalmente, creador. En esa edad es cuando el hombre resulta quizás el ser más libre, porque no tiene prejuicios. Es la época ideal, la única en que uno puede comprender ciertas cosas que luego ni comprenderá ni asimilará jamás. Poco después serán ya alumnos adelantados de la Facultad de Medicina y, desde ese instante, sufrirán un proceso de embrutecimiento insospechado”. Cuando era ministro de Salud lo invitaron a exponer ante ingresantes a esa Facultad, y ahí les dijo: “me agrada hablarles ahora que van a iniciar su camino, para prevenirles, para aleccionarles. Dentro de seis años, estarán tan torpes para los vuelos abstractos del espíritu, que será imposible hablar con ustedes. Salvo que partan de una base cierta, cuando se reciban de médicos sólo sabrán cómo se diagnostica una enfermedad, o cómo indicar un tratamiento, pero habrán perdido la noción del mundo y también la noción del hombre. Aunque parezca paradójico, sólo sabrán cosas profesionales. Habrán dejado a un lado las emociones, por inútiles; habrán olvidado las grandes ideas filosóficas y todo lo que hay de poesía, de belleza y de espíritu; todo, en fin, lo que hace grande al ser humano”.

Producir conocimiento, conservarlo, distribuirlo y aplicarlo en bien de la sociedad es la actividad esencial de la especie humana. Los cambios en la formación universitaria demoran más de diez años en hacerse notar. Los talentos humanos que están produciéndose para el sector no están bien. Pero no resolveremos eso demonizando o desconociendo a las generaciones más jóvenes.

El sistema de salud y el sistema educativo están obligados a colaborar entre sí para profundizar sus estudios y propuestas, a fin de integrarlos y convocarlos a motorizar como agentes del cambio, una transformación inédita y progresista en pos de mayor equidad en salud. Cada generación ve al mundo como algo nuevo. Comprender las necesidades y aspiraciones de nuestros jóvenes y hacer los cambios necesarios para compatibilizarlas con los críticos requerimientos del sistema de salud, no sólo los involucrará en su propio bienestar futuro, sino también permitirá mantener viva y unida a toda la sociedad.



Bibliografía

Agrest, Alberto (2008): *Ser médico ayer, hoy y mañana*. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad. Buenos Aires, Libros del Zorzal.

Carrillo, Ramón (1949): *Palabras pronunciadas el 1º de agosto de 1949, en la inauguración de los Cursos de ingreso a la Facultad de Ciencias Médicas, organizados por el Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina*.

Favaloro, René (1981): Conferencia dictada en la Universidad Católica de Córdoba el viernes 18 de septiembre de 1981, con motivo de cumplirse el vigésimoquinto aniversario de su fundación.

Favaloro, René (2000): *Conferencia de Clausura del XIX Congreso Nacional de Cardiología organizado por la Federación Argentina de Cardiología en la Ciudad de Mendoza*.

González García, Ginés, Claudia Madies y Mariano Fontela (2012): *Médicos: la salud de una profesión*. Buenos Aires, iRojo.

Jaim Etcheverry, Guillermo y otros (2009): *¿Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica de la medicina*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.

Musgrove, Philip (1985): “Reflexiones sobre la Demanda por Salud en América Latina”, en *Latin American Journal of Economics*-formerly, Cuadernos de Economía, volumen 22, issue 66, páginas 293-306