



Asociación de Médicos
de la Actividad Privada

Personería gremial N° 1721

**LOS MÉDICOS EN LUCHA
POR TRABAJO Y
SALARIOS DIGNOS**



La opinión de la **AMAP**

Artículos seleccionados 2017/2018



**ASOCIACIÓN DE MÉDICOS
DE LA ACTIVIDAD PRIVADA**
Personería Gremial 1721



1 OBJETIVOS
GREMIALES



Los ocho puntos claves en la lucha sindical de la AMAP, gestión 2018-2021



La nueva gestión de las autoridades del sindicato, se propone profundizar el trabajo en temas que son trascendentales para los médicos del sector privado

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

*No hay salud sin médicos,
no hay buena salud sin médicos con salarios dignos,
no hay buena salud con médicos disconformes*

1. La realidad de los médicos residentes

En 2014, un grupo de médicos residentes se acercó a una reunión de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP) en la provincia de Córdoba. Con mucha preocupación nos expusieron las condiciones de trabajo en la que ejercían en esta etapa clave de formación profesional que representa el sistema de residencia. Expusieron las condiciones laborales que les ofrecían las clínicas y sanatorios cordobeses: jornadas de entre 110 y 120 horas semanales, hasta tres guardias por semana, asignación de tareas que no les correspondía asumir y salarios muy bajos. El residente no puede ser sometido a regímenes laborales que violen la Ley de Contrato de Trabajo y la Ley de Jornada Laboral, que entre otras cosas plantea jornadas laborales de un máximo de 48 horas semanales. Además del sometimiento a abusos de autoridad, maltrato y la falta de contemplación de los derechos básicos. En ese momento empezamos a hablar de *trabajo esclavo*, un concepto que lamentablemente pudimos hacer extensivo a otras situaciones similares



como las que se viven en Santa Fe y Corrientes, y que con el tiempo comprobamos que era una cuestión generalizada. Desde aquella reunión a hoy, nos hemos manifestado reiteradamente sobre la problemática de los jóvenes colegas, que deben ser considerados trabajadores y gozar de todos los derechos laborales. Por otra parte, iniciamos la tarea de velar para que sean incluidos en nuestros convenios colectivos de trabajo tal como logramos en los firmados con la Obra Social Bancaria y la Obra Social del Personal Docente (Ospfad).

En este contexto, la AMAP elaboró un proyecto de ley para regular el trabajo de los médicos residentes en el ámbito de la medicina privada. Esta iniciativa que cuenta con veinte artículos contempla diferentes aspectos. Lo más destacado es que establece que el trabajo de los residentes debe ser contemplado por las empresas de salud como una relación de dependencia laboral durante todo el período que dure esta instancia de formación. Seguiremos insistiendo con esta propuesta ante la Cámara de Diputados, ya que su promulgación implicaría un importante logro para los jóvenes colegas.

La situación de los residentes es muy preocupante, son los profesionales más perjudicados y maltratados por el sistema. Asimismo, la medicina implica una enorme entrega y esfuerzo, y los colegas recién recibidos pueden desalentarse ante una realidad tan dura. De por sí nuestra tarea puede ser muy dolorosa, pero también muy satisfactoria cuando se le puede resolver un problema de salud a un paciente. Es importante no ahuyentar a los médicos que empiezan a ejercer presentándoles un escenario desalentador; lo que tenemos que hacer es contribuir para fortalecer su vocación y convencerlos de que optaron por una profesión muy noble, que otorga un gran bienestar a pesar de que algunas circunstancias sean desfavorables.

Hemos sido pioneros en la defensa de las condiciones de trabajo de los residentes y en esta nueva gestión redoblabaremos nuestro compromiso en este sentido.

2. El trabajo no registrado

En la actualidad, se está modificando el tradicional paradigma de la profesión liberal médica. Hoy, el colega necesita de una relación de dependencia para tener asegurado el sueldo, las vacaciones, las licencias por enfermedad, la ART y todas las condiciones que hacen que el trabajo sea digno, registrado y seguro.

Muchas veces los empresarios de la salud tratan de convencer al médico, y en muchos casos lo logran, de que si es monotributista y factura, ganará más dinero. Esto en muchos casos genera una sensación de confusión que puede llevar a pensar que es más conveniente esta modalidad. Pero lo cierto es que en uno de los estudios que hicimos en la AMAP para tratar este tema verificamos cuál es exactamente la realidad: en primer lugar, ningún trabajador registrado gana menos que un monotributista, al contrario, recibe más dinero a lo largo del año si se computan en la cuenta las vacaciones pagas y el aguinaldo, que es un décimo tercer sueldo.

Además, el médico como cualquier persona se puede enfermar y cada día que deja de trabajar no lo cobra, lo mismo pasa con la enfermedad de un familiar directo. Una relación de dependencia garantiza el pago de los salarios en estas circunstancias.

La relación de dependencia no solo implica estabilidad laboral, sino que abarca una multiplicidad de factores como el derecho a la actualización profesional. En muchos casos los convenios colectivos de trabajo contemplan la capacitación dentro de la propia estructura



del empleo, la medicina es una profesión en la que es necesaria la educación continua; no hay posibilidad de dejar de leer, estudiar o de indagar en torno a nuevas terapéuticas. En los convenios colectivos que firmó la AMAP uno de los artículos más importantes incorpora la facultad de que el profesional se capacite en el marco de su jornada laboral, es decir, se la reconoce sin ningún impacto negativo en el sueldo y sin computar ausencia en el trabajo para que puedan asistir a cierto número de congresos, jornadas o cursos vinculados a su especialidad.

Los médicos deben contar con relación de dependencia para, entre otros beneficios, disponer de la cobertura de una ART, que cubre su salario y brinda servicios en caso de un accidente o enfermedad laboral. Sin embargo, muchos médicos todavía hoy creen que ejercen en el siglo pasado, piensan que pueden ejercer la carrera de forma liberal y la realidad ha cambiado rotundamente.

El médico hoy necesita más ayuda, más protección que antes cuando era un trabajador independiente y se desempeñaba individualmente. Por este motivo, es importante que conozcan la función de las organizaciones y que sepan que existen sindicatos como la AMAP, que en definitiva lo que hacen es velar por la defensa del médico y trabajar en conjunto para que estas situaciones de injusticia no se perpetúen.

El trabajo no registrado les quita todos los derechos como trabajadores a nuestros colegas y, además, representa una importante pérdida económica al sistema previsional y de obras sociales de alrededor de mil millones de dólares anuales. La lucha es ardua sobre todo en la provincia de Buenos Aires y el interior del país donde la mayoría de los médicos de planta que trabajan en consultorios externos, las guardias, o en otras áreas, no están en relación de dependencia y por tal motivo no poseen ningún derecho laboral. En algunas provincias más del 95% de los médicos trabaja en negro. Para nosotros es imprescindible lograr que cada vez más médicos se incorporen a los convenios colectivos de trabajo, porque es la manera de asegurar su trabajo.

El trabajo registrado es trabajo seguro y decente, y en esta etapa este seguirá siendo uno de los ejes centrales de nuestra acción sindical.

3. Reconocimiento de la AMAP y su lucha por los derechos laborales

Seguiremos insistiendo para que se comprenda la lucha por los derechos de los trabajadores, y para que todos los sectores que participamos del sistema privado de salud juntos logremos soluciones consensuadas para la registración de los colegas. Esta pelea implica también conseguir que el médico se perciba como trabajador. Hace tiempo que la medicina dejó de ser una profesión liberal, y hoy los médicos somos un trabajador más, con particularidades propias de nuestra profesión pero con los mismos derechos y obligaciones que todo trabajador tiene. En este sentido, hemos logrado importantes avances, y hoy esta conciencia se encuentra más fortalecida, sin embargo falta mucho camino para recorrer. Lo cierto es que hace años no se sabía que los médicos contaban con un sindicato que los protegía, fue una tarea muy *pesada* pero hoy la AMAP es reconocida por el colectivo de los médicos, las autoridades, los empresarios y otras entidades del sector. Ese reconocimiento potencia la capacidad de negociación gremial, y es un factor que fortalece a la institución.

Para el médico es muy conveniente estar afiliado a la AMAP, y no hay que tenerle miedo a formar parte de un sindicato. Es clave crear conciencia colectiva y participar. El que está afiliado es parte activamente de la vida de la organización, esto no quiere decir que tenga más derechos que los



demás porque nosotros defendemos a todos. Sin embargo, el estar afiliado significa tener sentido de pertenencia de clase y no tener prejuicios de integrar la corporación médica para defender los derechos de todos los trabajadores médicos. Cuanta más cantidad de afiliados haya, más fuerza tiene nuestra entidad, y más respeto lograremos de las patronales.

Los empresarios se resistieron a aceptar que la AMAP era la representación gremial de los médicos, que ahora debían consensuar con nuestro sindicato, que debían discutir en paritarias, firmar convenios que deben respetar, aceptar las tutelas sindicales de nuestros dirigentes. No fue fácil que entendieran nuestra presencia y nuestro accionar. Con el tiempo, logramos ese reconocimiento aunque aún queda pendiente en algunos lugares que se acate lo que dicen nuestros acuerdos.

Proseguiremos nuestra tarea para conseguir el reconocimiento de nuestro sindicato.

4. Condiciones de trabajo adecuadas y salarios dignos

El trabajo de los médicos en el sector privado de la salud presenta altos índices de precarización laboral. El hecho de que un porcentaje tan elevado trabaje en negro genera condiciones laborales inapropiadas. Por otra parte, no se respetan los términos de la Ley de Contrato de Trabajo y las jornadas son muy prolongadas, además, los colegas no gozan de beneficios como vacaciones, licencias, cobertura social, entre otros puntos. A esto se suma, la sobrecarga de trabajo, el estrés laboral, las presiones que sufren de la patronal para realizar la tarea a contrareloj o para cumplir horarios extensos. De esta forma, el profesional se aleja de la posibilidad de tomar decisiones sanitarias, queda descolocado frente al paciente y termina siendo un eslabón más de una cadena productiva que solo busca el lucro.

En algunas clínicas no se proveen espacios adecuados para el descanso, la comida es de mala calidad y no se provee la ropa de trabajo que corresponde. Y a eso se suman hechos de violencia, que aunque se dan con más virulencia en el sector público, están presentes, también, en el área privada. Para cerrar este círculo *no virtuoso*, se suman salarios bajos que no responden en nada al nivel de responsabilidad y al trabajo calificado que se realiza. En algunas provincias, los médicos ganan por hora menos de 100 pesos. Sobre todo en el interior del país y la provincia de Buenos Aires, la tarea que nos espera es enorme pero no descansaremos hasta lograr que la labor de los médicos sea reconocida y se brinde un escenario seguro de trabajo.

El trabajo del médico es de por sí una tarea en la que deben enfrentarse riesgos, de hecho el contacto con la muerte y el dolor son constantes, con todo lo que implica emocionalmente ejercer una actividad que se desliza en una frontera tan compleja. Sin embargo, existen algunos riesgos que el médico no debe asumir. No se trata de pagar un plus por tarea peligrosa, o de limitar la actividad asistencial. Acá la cuestión es brindarle al profesional la seguridad laboral suficiente para que no ponga en riesgo su vida, ni la de sus pacientes.

Cada vez más el médico se expone a situaciones que ponen en jaque su seguridad: violencia hacia el equipo de salud (a diario se registran casos de maltrato físico y verbal); escenarios de trabajo inseguros (son varias las situaciones en que colegas han sufrido heridas por derrumbes, como por ejemplo durante un operativo sanitario); malas condiciones laborales (falta de insumos o espacios físicos inapropiados para trabajar); jornadas extensas (residentes que llegan a cumplir más de 80 horas semanales); pluriempleo (algunos llegan a tener hasta cinco empleos diferentes); exposición a tóxicos (ya murió una colega por inhalación de ácido cianhídrico en ejercicio de su profesión);



y estrés laboral que puede incluso generar profundos cuadros de depresión, adicciones u otros trastornos mentales. Estudios realizados en todo el mundo, incluso en nuestro país, determinan que el 50% de los médicos por lo menos presentan síntomas de síndrome de *burn out*, ya sea cansancio emocional, desapego por el paciente e insatisfacción por la no realización profesional. A esto se adiciona otro hecho que desde el sindicato se ha analizado largamente: las consecuencias sobre la vida familiar y personal de las circunstancias en que se practica hoy la medicina.

Esta breve descripción no pretende ser desalentadora, ni busca victimizar el trabajo médico. Por el contrario, procura poner el foco sobre las responsabilidades de autoridades sanitarias y empresarios de la salud. Si bien es cierto que hay una cuota de estrés laboral y de riesgo profesional inherente a la medicina, hay otros factores evitables o al menos que podrían disminuir notablemente su incidencia. Si no se asume que deben brindarse normas de protección, escenarios seguros de trabajo y condiciones laborales dignas, el médico será un trabajador con un alto riesgo de enfermar, ser lastimado, y hasta morir en el ejercicio de su trabajo.

Desde el gremio concientizamos a los colegas para que hagan su aporte individual en el cuidado de su salud, y para que sepan cómo y a dónde hacer los reclamos por sus condiciones de trabajo, sin embargo hay un vasto terreno que escapa a nuestras posibilidades. Empresarios y autoridades deben entender que de ellos depende que la medicina pueda continuar ejerciéndose en plenitud, y que sean ellos los que deben garantizar una práctica segura para así brindar salud a la población. El médico hará lo suyo, que es fundamental, pero no puede hacerlo en soledad y en un estado de indefensión que pone en peligro su propia integridad física.

En el tiempo que viene, seguiremos trabajando por las condiciones laborales de nuestros colegas ya que la sindicalización es clave para hacer valer los derechos de los médicos y poner en marcha sus exigencias.

5. La grosería de la telemedicina y la deshumanización de la medicina

Desde hace un tiempo se vienen desarrollando nuevas modalidades de atención que son perniciosas para la buena práctica médica, como la cuestión de la atención médica telefónica o vía internet, que se han transformado en algo recurrente en los sistemas de salud. Nosotros hemos manifestado la inconveniencia de este modo de trabajo, que insistimos alejan al médico del paciente y termina deshumanizando la medicina. Esta práctica la hemos definido como una *grosería* de las empresas médicas. En general, estas modalidades poco tienen que ver con la salud y sí mucho más con las ventajas económicas que pueden obtener los empresarios, que suelen referirse a sus afiliados como clientes y no como pacientes. Cuando manifestamos nuestro punto de vista a los gerentes y dueños de las empresas de salud, se comprometieron a reunirse con nuestros dirigentes para trabajar en el tema y desarticular estas iniciativas que atentan contra la relación médico-paciente.

Nadie pone en duda los avances que las nuevas tecnologías han aportado para mejorar la salud de la población, ni todo lo que se les debe. Sin embargo si se une el concepto de productividad al de nuevas tecnologías en salud, se corren ciertos riesgos cuando se pretende aplicarlas a la relación con el paciente. Sin olvidar que algunas han significado menos fuentes de trabajo.

Si se invirtiera más en atención primaria y menos en algunas técnicas o aparatología, los costos -que tanto preocupan a los empresarios- bajarían. Pero en este momento muchas prepagas eligen invertir en *call centers* en los cuales los médicos responden consultas telefónicamente. Hoy



se abre un debate sobre los alcances que debe tener la telemedicina porque, por un lado, se le reclama la humanización de la atención y por otro, se crean metodologías de asistencia a distancia.

Hay que tener bien en claro, que los empresarios no recurren a estas nuevas formas de la medicina para favorecer al paciente ni mejorar la atención, sino para ganar más plata. Se podría entender el uso de la telemedicina para asistir a alguien que está en un lugar muy alejado sin posibilidad de concurrir a la consulta, pero en una ciudad como Buenos Aires solo tiene que ver con reducir costos. El objetivo debe ser mejorar o hacer más rápido los diagnósticos, pero no apartar al médico de la gente. Se debe ver y tocar al paciente para saber qué tiene, y no solo qué tiene sino también qué siente.

El Dr. Diego Bernardini introduce un excelente término muy apropiado para aquellos que entienden la enorme potencia de la relación con el paciente, él lo aplica principalmente a quienes se dedican a la medicina familiar, pero es extensible a todos. Bernardini habla del *emocionómetro*, que es una tecnología que los médicos deberíamos traer con nosotros siempre: la capacidad de entender al prójimo como una entidad única, formada por cuerpo y alma. Un paciente no es solo quien presenta un problema físico. El médico no debe convertirse en un robot o únicamente en un intermediario. Debemos resistirnos a esto. El médico debe ser también emoción.

Renovamos nuestro compromiso en el fortalecimiento de la relación médico-paciente y en la denuncia de toda práctica de la telemedicina que atente contra ella.

6. Las incumbencias médicas

No olvidamos la lucha por nuestras incumbencias, ya que muchas otras profesiones no médicas han avanzado sobre las que corresponderían en exclusividad a la disciplina médica. De todos modos, continuaremos buscando que el trabajo médico y su responsabilidad sigan valorándose. No se trata de la superioridad de ninguna profesión sobre otra, sino de las especificidades de cada una de ellas. Si no se respetan se irá en contra del sistema de salud y de las necesidades de la población. Cada uno debe cumplir su tarea, no es posible que una obstétrica medique o realice alguna intervención quirúrgica aunque sea mínima. Pero esto es lo que contempla la ley en la provincia de Buenos Aires; la AMAP se ha opuesto, y como respuesta ha recibido el enojo de diferentes sectores. Esta asociación considera de suma importancia llamar a la reflexión y toma de conciencia por parte de las autoridades y sectores con poder en el control del ejercicio profesional y la protección de la salud de la comunidad, sobre el enorme riesgo que genera la modificación de incumbencias en favor de profesionales cuyo título de grado no los habilita a realizar los actos médicos que por estas nuevas normas se permiten efectuar.

En pleno siglo XXI con el permanente avance en el conocimiento y las ciencias médicas, resulta sorprendente que se implementen nuevas normas legales que consientan realizar determinados actos médicos a otros profesionales, tradicionalmente definidos como colaboradores de la medicina (Ley Nacional 17132 del Ejercicio de la Medicina, entre otras normas). El médico cuenta con una formación universitaria integral, que lo ha capacitado para evaluar a la persona en conjunto y por ello, le ha asignado determinadas incumbencias propias del título de médico que no pueden ser delegadas a profesionales con una formación más acotada.

En esta gestión, reforzaremos la defensa de las incumbencias médicas, en defensa del trabajo médico, la salud de los pacientes y el funcionamiento del sistema sanitario.



7. Modelo sindical argentino

Los dirigentes de la AMAP sentimos orgullo de ser sindicalistas. El modelo sindical argentino ha sido ejemplo para todo el mundo por su fortaleza, su capacidad de negociación y su fuerza de movilización. Podrán existir representantes que comentan delitos o sean corruptos, como los hay en otros sectores, pero el conjunto de los sindicalistas pelean por los derechos de sus trabajadores. En la actualidad, para justificar medidas que recortan derechos laborales se recurre a la estrategia de criminalizar o desprestigiar al sindicalismo en su conjunto. Se realiza una generalización y se intenta que la sociedad dude de la honestidad y el compromiso de toda la dirigencia, se olvidan que gracias al trabajo de los sindicalistas hoy se goza de una serie de derechos que han hecho mejor la vida de las personas, como vacaciones, licencias por maternidad, negociación de salarios, cobertura de salud, entre numerosos beneficios. En estos tiempos parece necesario recalcar que el sindicalismo es la única herramienta para el logro de mejoras laborales.

Nuestra meta más importante cuando creamos la AMAP fue constituirnos en un sindicato y no en un gremio. Los gremios son grupos de personas que se juntan para tratar de mejorar su situación. Un gremio, también, es una cámara empresaria que se agrupa para definir sus políticas. En cambio, un sindicato es el que representa al trabajador exclusivamente para mejorarle las condiciones de trabajo, salario, entre otras cuestiones, ante su empleador y ante el Ministerio de Trabajo. A veces ambos términos se utilizan como sinónimos pero ideológicamente son diferentes. Y la AMAP es un sindicato sin lugar a dudas.

Seguiremos defendiendo el sistema sindical argentino y luchando como un sindicato de médicos en pos de derechos laborales.

8. Unión del gremio médico

La herramienta principal que tiene el profesional ante la realidad que hemos descripto en los puntos anteriores, es agremiarse. Sumarse a los sindicatos médicos como la AMAP que lucha por sus derechos laborales y sus condiciones de trabajo, es la clave para lograr más conquistas. La unión del gremio médico; es fundamental para conseguir revertir la grave situación que hoy atraviesa nuestra profesión, esto implica dejar de lado cualquier diferencia para focalizarse en la lucha conjunta en la defensa integral del médico. Deben buscarse los intereses comunes que seguramente potenciarán a las diferentes instituciones del sector y beneficiarán a sus afiliados, que en definitiva son el objetivo principal. La AMAP ha hecho alianzas con otros sindicatos médicos para potenciar su lucha, seguiremos ese camino porque sin duda solo la sindicalización permitirá torcer el rumbo. La unidad, a través de las entidades representativas médico-gremiales, en el reclamo de los legítimos derechos de los médicos logrará que la medicina vuelva a ser un trabajo digno.

Trabajamos en un área crítica. Por otra parte, la salud es un derecho humano y tenemos la mayor responsabilidad en su cuidado para eso es imprescindible que nos desempeñemos en condiciones adecuadas y con la tranquilidad de que vamos a poder vivir de nuestra profesión. Es indispensable comprender que somos sujetos de derecho como cualquier otro ciudadano. Esos son principios comunes a todos, independientemente del sector en el que trabajemos. Por eso la unidad del gremio médico debe ser posible y la AMAP trabaja intensamente para cumplir este objetivo.

En este ciclo, seguiremos bregando por la unidad del gremio médico para fortalecer la lucha por nuestros derechos.



2 POSTURAS Y PENSAMIENTOS



Redes sociales y el problema de la privacidad de los pacientes



La publicación de fotos de los pacientes durante prácticas médicas va en contra del derecho a la intimidad. Por otra parte, compromete la reputación del médico y su imagen social

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

[19/10/2018]

“Podrían sancionar a una médica residente que se sacó una *selfie* durante su primera cesárea” (1) y “Suspendieron a un equipo médico por sacarse *selfies* en una operación” (2) son solo dos ejemplos de titulares de noticias publicadas en este último año en medios de comunicación y que visibilizan un nuevo comportamiento de algunos médicos: se sacan fotos en el quirófano y luego las suben a sus redes sociales. Sin duda, esto nos lleva a reflexionar sobre el uso de las nuevas tecnologías en áreas tan sensibles como lo es la salud.

Como sindicato nos manifestamos absolutamente en contra de este tipo de accionar por parte de algunos colegas. Sabemos que los tiempos han cambiado, sin embargo, estos episodios denotan una falta de respeto hacia la profesión, hacia los pacientes y hacia lo que nosotros consideramos un lugar sagrado: el quirófano. Con esto no estamos diciendo que un profesional no se pueda sacar fotos con el equipo quirúrgico, pero sí que debe hacerlo en un momento apropiado y sin vulnerar la privacidad de los pacientes. Por ejemplo, una buena práctica sería tomar una fotografía antes de comenzar una operación, y siempre resguardando la intimidad del enfermo.

El honor del médico

El hecho de publicar este tipo de material y de imágenes implica una pérdida de la intimidad de un acto que debe mantenerse en el ámbito privado y que, además, habilita a que pacientes y familiares reaccionen negativamente, se quejen y protesten con razón. Es lógico que estos hechos sean considerados irracionales, poco respetuosos y producto de una soberbia que desmerece la actividad profesional.



El derecho a la intimidad en la era digital puede definirse como el derecho a controlar la información propia, incluso luego de que fuese compartida, y a no ser molestado. La publicación de fotos de los pacientes durante prácticas médicas va en contra de este derecho. Pero hay algo que quiero recalcar, más allá de esto que es prioritario, está la imagen del médico a la que estas actitudes también cuestionan.

La responsabilidad del médico como usuario de redes sociales está relacionada con una serie de valores que forman parte de los cimientos de su prestigio profesional. Son valores que implican determinados comportamientos ejemplares que son los que la sociedad espera de nosotros. Aquellas actitudes -como violar la privacidad del paciente por medio de posteos inapropiados- que no respondan o no se ajusten a los valores de la medicina contribuyen a deslegitimar y socavar la reputación de los médicos y la confianza de la sociedad en nuestra profesión.

El Juramento Hipocrático

“Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas”, si traspolamos esta frase del Juramento Hipocrático a esta época de la imagen, la exhibición y las redes sociales, publicar fotografías de los pacientes en un momento tan personal como una cirugía, sin duda, viola el juramento bajo el cual se nos otorga el título de médicos.

En mi caso particular, puedo decir que después de haber operado a más de mil personas, en mi condición de cirujano, no saqué nunca una foto. Y es cierto que puedo añorar contar con un registro de mi paso por el quirófano, sin embargo si hubiera tomado esas fotos siempre hubiera preservado la identidad de la personas que asistí y de más está decir que jamás las hubiera hecho públicas.

Aunque estamos atravesados por una necesidad de exposición constante, debemos entender que hay situaciones que deben permanecer en el fuero íntimo y que no es necesario que sean visibilizadas a través de las redes sociales. En medicina hay que dejar de lado la lógica de la era digital que impone inmediatez y exposición, y hay que ajustarse a nuestro Juramento Hipocrático. Ese es nuestro primer deber, que las redes sociales no nos aparten de él.

(1) Diario *Clarín*, publicada el 10 de octubre de 2018.

(2) Diario *Perfil*, publicada el 31 de julio de 2018.



La precaria situación laboral de los médicos de ambulancias



El trabajo médico en ambulancias

[03/10/2018]

Los profesionales están expuestos a situaciones de peligro y de altísima vulnerabilidad, ya que las leyes vigentes no se cumplen y cada empresa pone sus propias reglas

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

Los médicos que trabajan en las ambulancias del sector privado están sometidos a un régimen laboral muy precario. Independientemente de las cuestiones salariales de cada empresa, los profesionales están expuestos a situaciones de peligro y de altísima vulnerabilidad, ya que las leyes vigentes no se cumplen y cada empresa pone sus propias reglas. Para la AMAP, la situación de trabajo de los médicos de ambulancias es un tema primordial. En ningún momento, ni en la República Argentina ni en la Capital Federal, existió una normativa clara y definida que contemplara todos los aspectos vinculados al funcionamiento de las empresas de emergencia con excepción del SAME, que con el correr del tiempo generó una normativa propia.



Una legislación deficiente

En una oportunidad, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires dictó una norma que mencionaba algunas pautas pero que tampoco hacía referencia a la gestión integral, que quedaba liberada a la decisión de los dueños de las ambulancias; hasta el propio SAME, quedaba librado a su propia suerte. Lo que sí contemplaba esta norma era una referencia a los tipos de unidades móviles pero no pormenorizaba sobre cómo debían estar equipadas, solo estipulaba que debían tener un tamaño determinado y una puerta lateral. Tampoco hacía mención sobre el personal con que debía contar cada unidad para trasladarse, y para la AMAP este punto es una cuestión básica porque nos ocupamos del trabajo de los médicos.

La legislación no lo especificaba porque estaba básicamente pensada para el SAME, cuyo plantel estaba integrado por los médicos provenientes de las guardias de los hospitales públicos de la CABA. Hoy en día ocurre a la inversa, el SAME cuenta con una dotación propia y desde ahí se envía a los médicos a los distintos efectores. Y esto fue un avance muy importante porque los profesionales que trabajan en los auxilios en el ámbito del GCBA cuentan con especialidades en emergencia o afines.

A nivel nacional, había una resolución ministerial de 2015 que tampoco expresa demasiado ya que únicamente señala que la ambulancia debe ser de un determinado tamaño, tener una silla de ruedas y contar con un personal mínimo de un auxiliar y un chofer. ¿Esto se cumple? No, en ningún lado. En realidad, se necesitan tres personas en cada unidad móvil; y esto es lo que la AMAP sostiene como entidad sindical: cada ambulancia debería contar con una dotación de tres personas: un médico, un enfermero y un chofer capacitado, excepto las unidades que únicamente sean de traslado. Esto no sucede, salvo alguna empresa o algunos servicios de prepagas. En el resto de los lugares, solo van dos personas: el médico y el chofer. En estos casos, de ser necesario, el médico no tiene quien lo ayude en su tarea asistencial.

Falta de control

Así se pone de manifiesto que estas irregularidades devienen de una falta de control por parte de los organismos responsables de las provincias o, en este caso, de la ciudad. En una oportunidad la AMAP presentó en la Legislatura porteña un anteproyecto de Ley de Ambulancias pero evidentemente no les interesó lo suficiente a los legisladores porque no lo trataron. Esa iniciativa la habíamos trabajado junto con el titular del SAME, el Dr. Alberto Crescenti. Allí, se contemplaban todos los problemas y falencias con las que cuenta el sector de emergencia y ambulancias. Disponía de más de cuarenta artículos, muy diferente a los siete u ocho puntos que abarcan los proyectos que habitualmente consideran en la Nación o en la Ciudad sobre el tema.

Insisto en que como sindicato y como médicos vamos a defender un criterio sanitario, profesional y laboral absolutamente razonable: que cada ambulancia disponga de un médico, un auxiliar y un chofer. Después si no se reglamenta o no se cumple es un tema que escapa a nuestro ámbito porque es responsabilidad del Estado.

Otro detalle, es que en la actualidad muchas mujeres médicas trabajan en este sector y ya sea por una cuestión de fuerza o porque están embarazadas, no están en condiciones de levantar a un enfermo o a una camilla. No es su tarea, ni tampoco es la función de los médicos hombres



pero para ellos puede ser más sencillo por una cuestión de fuerza física. En esos casos, las médicas que trabajan en las unidades móviles deberían llamar a los Bomberos o a la Policía para que las ayuden a realizar el traslado de un paciente.

Hay un ejemplo muy representativo: Medicus disponía de un sistema de ambulancias que contaba con una dotación de tres personas en cada unidad, pero poco a poco fue retirando, por una cuestión económica, a los enfermeros para dejar únicamente a médicos y choferes. A estos últimos los capacitarán en recuperación cardiopulmonar con la intención de que acompañen y asistan al médico. Con ese criterio, podrían llegar a capacitar a los médicos y médicas para que puedan levantar camillas, mandándolos a practicar a un gimnasio.

Estas son las razones por las cuales en la AMAP tomamos la decisión de salir a hablar de este tema y de establecer cuál es, para nosotros, la dotación ideal o razonable necesaria para beneficio de los pacientes y para respetar las incumbencias del médico.

Servicios tercerizados

Es muy común que algunas empresas intermedien algunos servicios a través de terceros; es decir, se termina planteando un esquema de triangulación donde nunca queda en claro quién se hace responsable de las eventualidades que pueden tener los trabajadores de ambulancias. Esto es controvertido porque en realidad casi todas las empresas de medicina prepaga -excepto Swiss Medical que posee su propio sistema de ambulancias Eco- contratan otras empresas. Sin embargo, frente al afiliado la responsabilidad es de la prepaga.

Por eso decimos que deberíamos tener una reglamentación que vaya más allá de quién presta el servicio porque todas las empresas deberían cumplir con la dotación de tres personas y con que las unidades estén equipadas con todos los elementos necesarios, sobre todo en la actualidad que a las ambulancias se les exige el tratamiento prehospitalario en el lugar del accidente o en un domicilio previamente a trasladar al paciente. Antes los médicos iban, recibían al paciente, lo evaluaban y si había que desplazarlo lo cargaban en la unidad móvil para llevarlo hasta el sanatorio u hospital. Actualmente, se obliga a los médicos a realizar la atención primaria en el lugar donde se encuentre el paciente y una vez que se lo estabiliza, recién se lo traslada. Cada vez es más compleja la tarea arriba de la ambulancia, ya dejó de ser únicamente un medio para transportar a un enfermo; hoy están equipadas con muchísimos aparatos, casi como una terapia intensiva móvil que favorece, por supuesto, los tiempos de la atención de los pacientes.



Opinión de la AMAP frente a la transformación de ministerios en secretarías



**NO a la reforma
de MINISTERIOS**

[03/09/2018]

La Asociación de Médicos de la Actividad Privada hizo conocer su estupor ante los cambios realizados por el Gobierno Nacional en la estructura de ministerios

Estas modificaciones implican la desaparición como ministerios, por un lado, del área íntimamente relacionada con la fuerza productiva generadora de la riqueza nacional, la cartera de Trabajo; y por otro lado, del sector que debe ocuparse de mantener esa fuerza laboral sana para una mayor productividad, el Ministerio de Salud. La transformación de estas carteras en secretarías implica una rebaja en sus categorías que los iguala, por ejemplo, al sector Turismo.

Si la Ley de Ministerios es la herramienta que utiliza el presidente de la Nación para indicar y priorizar sus ideas en materia social, pareciera que el trabajo y la salud han salido de la “órbita de prioridades del Gobierno”.



Creemos que es un error menospreciar estos dos pilares de la sociedad, y rebajarlos a la misma categoría de 1946 cuando eran primero Departamentos de Trabajo y de Higiene y, luego, Secretaría de Trabajo y Secretaría de Salud.

Entendemos que si hoy como ministerio, el área sanitaria tiene “problemas logísticos” para la compra de vacunas contra la meningitis mucho peor será el futuro con un presupuesto menor en esa disminución de categoría.

Bajo la premisa de que no es el desarrollo el que proveerá la salud a la población sino que es la salud de la población la que permitirá el desarrollo de la Nación, solicitamos al Sr. Presidente que cambie esta postura que pone en peligro la salud de los habitantes y el crecimiento del país.



Posición institucional ante la aparición de casos de falsos médicos



En conferencia de prensa, el 1 de agosto, la AMAP fijó su postura frente a estos últimos casos de falsos médicos, y su relación con la falta de control y la precarización del trabajo

[31/08/2018]

La Creemos necesario ahondar las investigaciones y la búsqueda de soluciones al grave problema que representa la contratación de algunos médicos extranjeros, no autorizados, que no han hecho la reválida de su título en la Argentina. Se trata de médicos no autorizados que llegan a trabajar en nuestro país y que no tienen matrícula profesional habilitante. En otros casos, es más grave aún la contratación de personas que no poseen título de médico o que no han finalizado sus estudios con el único fin de cubrir espacios y lugares de trabajo, pagando menos honorarios para generar mayores ganancias a las empresas.

Hemos denunciado estas situaciones que se dan especialmente en las empresas de ambulancias, y en algunos casos en clínicas y sanatorios pequeños, fundamentalmente del interior y gran Buenos Aires.

No nos queremos quedar en la anécdota de este grave hecho y nos preguntamos cuales son las razones porque esto sucede. Llegamos a la conclusión de que la evidente falta de contralor por parte de los diferentes Ministerios de Salud, responsables del cumplimiento de las leyes de ejercicio profesional, no es la única causa. También, atribuimos esta realidad a las facilidades que tienen algunas empresas prestadoras de servicios de salud para incumplir las leyes laborales como la Ley de Contrato de Trabajo y la Ley de Jornada Laboral, que posibilita estas graves anomalías.

Un ejemplo de lo anterior es la falta de registración de los médicos en los distintos lugares de trabajo. Decimos que el 40% de los trabajadores médicos de la Capital Federal no están registrados, no cuentan con un trabajo decente, como lo ha denominado la Organización Internacional del Trabajo. En el resto del país, muchas provincias ostentan porcentajes del 90% al 95% de colegas no registrados.

La registración permitiría un mayor control de la situación y habilitación de los profesionales contratados, y evitaría una evasión de 1000 millones de dólares al sistema previsional y de obras sociales.



No hay salud sin médicos

Se deben revertir las condiciones de trabajo y los salarios indignos a las que son sometidos los médicos para lograr que no tengan necesidades de ser pluriempleados, para permitirles un descanso adecuado, facilitarles capacitación continua, evitar la deserción laboral y la pérdida vocacional. Esto a su vez haría que los inescrupulosos que contratan no médicos para la atención de los pacientes generando un enorme riesgo para la salud de la población, no puedan hacerlo.

No es posible una salud sin médicos, ni con médicos disconformes, cansados, no actualizados, que se sientan menoscabados, maltratados, y cuyos ingresos no les permitan vivir dignamente de una profesión que abrazaron con tanto cariño y sacrificio. Hoy, algunos han perdido hasta su vocación de servicio al no poder vivir de su trabajo. Esto se refleja en el trabajo esclavo al que se someten a los residentes para que logren obtener su título de especialista.

Todo esto habla de una crisis en el sistema de salud en su conjunto, de todos sus diferentes subsistemas, público, privado, de obras sociales, PAMI, ART, etcétera.

La Argentina merece un debate mucho más profundo para resolver sus problemas de salud y no solo debates y leyes que parecieran favorecer a algunos sectores económicos, particulares, en general o casi siempre sin pensar ni en el ejecutor de esas políticas, el médico, ni en los receptores, los pacientes. Se ha logrado, en algunos casos, la desaparición de este vínculo curativo, que es la relación médico-paciente. En su lugar, se ha implementado un tipo de atención telefónica (que algunas empresas denominan *telemedicina*), que lo que ha conseguido es distanciarlos más con el único fin de obtener mayores ganancias.

Nos negamos a que el término que nomina a una de las profesiones más humanitarias y éticas de todas, sea sinónimo de *trucho* y no podemos permitir que se pierda la fe en la tarea que los médicos llevan adelante con esfuerzo, sacrificio, sin las mejores condiciones y con bajos salarios.

Esperamos que las autoridades y responsables de los controles cumplan con su tarea.



Situación de las especialidades médicas en las residencias

Cada vez hay menos médicos interesados en áreas importantísimas de la asistencia de la salud. La evolución del Sistema de Residencias explica el por qué se ha arribado a esta realidad

[10/07/2018]



Por el Dr. Luis Japas, secretario Adjunto de la AMAP

Un tema recurrente y a la vez preocupante son las especialidades médicas en las residencias: cada vez hay menos médicos interesados en áreas importantísimas en la asistencia de la salud. Algunas de ellas terminan siendo, de algún modo, *menos seductoras* para los profesionales de lo que sucedía en otros tiempos.

Un relevamiento realizado en la provincia de Mendoza arrojó los siguientes resultados: en mayo de 2017 rindieron 450 postulantes para cubrir 366 plazas en los hospitales públicos de esa provincia. Este año hubo, nuevamente, menos interesados en Clínica y Pediatría; y aunque hubiesen aprobado todos los que se presentaron, solo se hubiera llegado a cubrir el 60% de los cargos. Esto refleja, claramente, que hay una merma significativa en la cantidad de médicos recién recibidos interesados en formarse en estas especialidades médicas.



La historia de las residencias médicas

Hace mucho tiempo que nosotros venimos, de diversas formas, anunciando que esto sucede y que tiene que ver con los cambios evolutivos que ha venido sufriendo la medicina en nuestro país. Esto habría que observarlo como una película y no como un acto o una escena. Por eso, a partir de la premisa del Dr. Garín: “Pensar es trabajar”, me tomé el trabajo de sentarme a idear y reconstruir esta *película*, en la cual establecí distintas etapas dentro de la historia de las residencias médicas en la Argentina.

Sabemos que comenzaron en 1960 con la reglamentación del Sistema de Residencias Médicas, a partir de la decisión del Poder Ejecutivo y del Ministerio de Salud de la Nación, y podemos tomar como punto de partida ese año en la conformación de un método para capacitar y formar a los médicos recién recibidos.

En este punto hago una pequeña distinción entre lo que es capacitarse y lo que es formarse: un médico se capacita cuando le explican y aprende una determinada técnica para llevar a cabo una práctica (punción de vías centrales, operaciones, etc.), pero se forma únicamente cuando le muestran cómo debe plantarse frente a un paciente y a sus familiares, de qué manera explicar y comunicar, cómo contener al enfermo en circunstancias difíciles, entre otras muchas situaciones diversas.

A partir de la década de 1990, con la globalización y las teorías neoliberales que invadieron al mundo, las ideas mercantilistas también influyeron sobre este sistema. En sus inicios, básicamente, las residencias se llevaban a cabo en los hospitales públicos y solo muy pocos lugares privados ofrecían una formación de nivel, pero después este sistema formativo se extendió a muchos centros privados de salud -podríamos decir que la formación *se privatizó*- y con ella surgió, por motivos espurios, la proletarianización del *Residente*.

Fraude laboral legalizado

El sector privado utilizó la fuerza del trabajo del médico joven -y no su capacitación- y priorizó sus propios fines de lucro económico; al mismo tiempo, lo precarizó bajo una forma de contrato a la que llamaron *beca*, por la cual se le otorgó al profesional una mínima remuneración mensual para que hiciera el trabajo que, en realidad, debía ir asociado a su formación. Esto es lo que en alguna oportunidad denunciarnos como fraude laboral legalizado.

Las etapas del Sistema de Residencias

Algunos cambios, que no fueron nítidos ni precisos pero que se fueron desarrollando simultáneamente, originaron una primera etapa de transmutación de la residencia médica, y provocaron una disminución en la cantidad de interesados en estudiar Medicina y en hacer residencias, porque empezaba a ser menos rentable. Paralelamente, y a consecuencia de esto, surgió una presencia cada vez más importante de mujeres en la elección de la carrera y en el ejercicio de la profesión, con los cambios que esto implicó, así como la presencia más marcada de extranjeros que se acercaron y acercan aún hoy a nuestro país a perfeccionarse para, luego, en su enorme mayoría emigrar. Es decir, feminización y extranjerización son dos fenómenos que acompañaron los cambios.



Combinada con la primera, surge una segunda etapa de transmutación vinculada al fomento -y consecuente incremento- de la subespecialización. Antes cuando se estudiaba Medicina, el alumno decía: “yo quiero ser médico y después veré que hago”; hoy al momento de ingresar a la facultad dice: “yo quiero ser cirujano cardiovascular” o “voy a ser nefrólogo”. Es decir que ha cambiado el perfil del estudiante que entra a la universidad, mentalizado para hacer una subespecialidad.

Sumado a todas las etapas anteriores, comienza un período de deshumanización o tecnificación de la medicina, donde el foco está puesto a menudo y casi exclusivamente en la capacitación técnica, y se deja de lado -como lo mencionamos más arriba- la educación del médico y su formación.

La sindicalización

Como consecuencia de todos los cambios que se han sucedido en el sistema de residencias médicas, desde hace al menos diez años se inició la etapa de sindicalización como una forma de dar soluciones a esta problemática.

La realidad es que van surgiendo nuevos problemas que se suman a los ya existentes y a lo que se apunta -no solo en la medicina sino en muchas otras áreas del país- es a tapar agujeros: con un incentivo más de dinero se pretende lograr que los jóvenes elijan una determinada especialidad, pero no se focaliza en la profundidad del problema. Ante esta descripción bastante crítica y pesimista de cómo fue deteriorándose la residencia médica en nuestro país, la sindicalización del sector médico privado es una respuesta -de los propios médicos- a esta problemática.

Una frase del Dr. Carlos Gianantonio, destacado pediatra argentino, advertía que los médicos estábamos demasiado inmersos en el cuidado de la salud de los pacientes, tanto que pasábamos a ser espectadores y no actores de los cambios.

Creo que con la organización sindical hemos dejado de ser espectadores para convertirnos en actores de nuestro propio destino; ya que desde el sindicato AMAP hemos realizado acciones concretas frente a este tema, por ejemplo denunciarnos el fraude laboral legalizado, presentamos un proyecto de ley en el Congreso para que el médico residente sea considerado un trabajador registrado dentro de la figura *trabajo a tiempo determinado* durante el lapso que dure su capacitación y formación, y hemos firmado convenios colectivos de trabajo con obras sociales, como Osplad o Bancarios, donde se considera al residente y se le reconocen los mismos derechos que le corresponden a cualquier trabajador. De alguna manera, buscamos desde nuestra posición modificar la situación en beneficio de los profesionales.

Problemas laborales y formativos

Las estadísticas asustan más si tenemos en cuenta que no es algo que sucede únicamente en este último año sino que se viene repitiendo hace tiempo. Como señalamos, cada vez hay menos interesados para las vacantes y solo se llega a cubrir un 65% de los cargos a nivel nacional. Los médicos residentes buscan algún tipo de rentabilidad que les permita empezar a vivir de la



profesión, no debemos olvidarnos que además de los seis o siete años de carrera, de un internado rotatorio, de entre tres y seis años de una residencia básica o posbásica, son muchos los años, como se dice vulgarmente, de *correr la coneja* para después empezar a trabajar por el *bonito* del prepago o la obra social.

Poco a poco se va deteriorando la calidad de trabajo que en algún momento sedujo a muchos estudiantes y que hoy por hoy más que atraerlos los ahuyenta. Esta situación genera un problema laboral y formativo, pero claramente a futuro va a tener un impacto directo en la salud de toda la población, ya que no es difícil imaginar que si esta tendencia continúa y se profundiza, es probable que ciertas especialidades se reduzcan considerablemente o desaparezcan como tales.



Nuevas modalidades de atención a distancia. No es medicina, es negocio



Osde impuso una nueva forma de atención telefónica que tiende a maximizar sus ganancias, precarizar el trabajo profesional y romper la relación médico-paciente

[19/04/2018]

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

Es importante aclarar que ni la AMAP como entidad sindical ni los médicos de forma individual nos oponemos a los avances tecnológicos de la medicina ni a los adelantos comunicacionales de la salud. Sabemos que son fundamentales para intentar llegar a lugares donde habitualmente no se puede acceder o para facilitar la atención de personas que están en situación de desprotección sanitaria.

Sin embargo, queremos aclarar que no compartimos lo que sucede hoy con algunas empresas de salud, como Osde y otras, que propician modalidades de telemedicina alejadas de un objetivo saludable con el único fin incrementar el beneficio económico.

Una aberración sanitaria

En el sindicato contamos con afiliados que trabajan en Osde y que habitualmente realizaban atención domiciliaria. Inicialmente, esta prepaga les abonaba por cada consulta \$490 y los profesionales utilizaban sus propios vehículos para trasladarse. Luego, la empresa decidió (con el propósito de reducir costos) proveer vehículos para transportar a los colegas y con ese pretexto redujeron el pago a \$350 por cada visita.

Recientemente, Osde convocó a los médicos que se desempeñan en el área de atención domiciliaria para comunicarles una nueva modalidad de trabajo: la telemedicina. Esto significa que los profesionales pasan a ser *telefonistas* encargados de recibir los llamados de los pacientes y de ofrecerles una solución vía telefónica o por videoconferencia. Es el paciente quien debe manifestar si está de acuerdo o no con esta metodología de consulta médica, y lo cierto es que a pesar de que ellos no disponen de conocimientos para efectuar esta evaluación, entre un 60-70% acepta este método de atención.



Para la AMAP esto es una aberración sanitaria, incluso en el Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (Comra) están prohibidas las consultas médicas en esas condiciones. La situación sería distinta si habláramos de realizar interconsultas entre profesionales pero no es este el caso. En su artículo 115 esta normativa dice que no es ético “el ejercicio de la Medicina mediante consultas realizadas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o Internet”.

Algunos trabajos de investigación mencionan los beneficios de la telemedicina y se refieren a la presencia de coordinadores médicos con trayectoria, conocimientos y capacidad de toma de decisiones que orienten las necesidades del paciente y realicen una evaluación de su situación. En nuestro país, este tipo de personal capacitado está ausente en la mayoría de los servicios de atención médica telefónica o por videoconferencia en donde, por el contrario, sientan a trabajar a médicos jóvenes, mal pagos, con poca experiencia y que ya desde su formación han visto cómo tras sus urgencias laborales queda enterrada su vocación bajo las ambiciones de mayor rentabilidad del empresariado de la salud.

A raíz de esta nueva modalidad de atención médica que deben cumplir los profesionales, se han modificado las condiciones laborales: cambios en el horario de trabajo, imposición de guardias *on line* de 12 horas, y exigencia de atender no menos de cuatro consultas telefónicas por hora. Todo por un valor de \$450 la hora y sin relación de dependencia. Acá está la clave de la ganancia maximizada de Osde: es decir con lo que antes le pagaban al médico por una atención profesional personal y adecuada, ahora le abonan cuatro teleconsultas.

Parece una broma, sin embargo, es una realidad que nos acontece. Entre los argumentos, la empresa señala que se podrán hacer todas las consultas desde la comodidad de la casa. Podríamos agregar irónicamente que podrán hacerlo sentados frente al televisor, tomando mate o en pijama. Como si este primer argumento no fuera de por sí desopilante, suman uno aún más insólito: esta nueva forma de atención también favorece al paciente porque le evita el sentimiento de culpa que siente por pedirle al médico que se acerque a su domicilio. Que la empresa sostenga este tipo de premisas es lastimoso, es una vergüenza.

Las gestiones de la AMAP

Desde la AMAP nos hemos puesto en contacto con representantes de las cámaras empresarias, quienes manifestaron su disconformidad con estas resoluciones y se comprometieron a convocar una reunión entre las empresas que las integran y la Asociación Civil de la Telemedicina de la República Argentina (ACTRA) creada en octubre del año pasado, y a la que pertenecen empresas en su mayoría agrupadas en la Confederación de Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (Confeclisa).

Indudablemente, estamos en presencia de una situación que se repite en otros lugares. Osde no es el único prestador que implementa esta metodología de atención médica, también lo hacen Omint, Medicus y Swiss Medical. No existe ninguna reglamentación oficial que permita que esto se pueda viabilizar sin la observancia de las autoridades de contralor. Por eso, la AMAP va a realizar la denuncia ante el Ministerio de Salud y también frente al Ministerio de Trabajo porque estos profesionales del área de atención domiciliaria que deberían estar en relación de dependencia ahora trabajan 12 horas delante de una computadora. Además, haremos



presentaciones a la Policía del Trabajo; las sociedades científicas; la Asociación Médica Argentina; la Facultad de Medicina; y en todos los ámbitos donde creemos que se registra preocupación por esta grave situación.

No es medicina, es solo negocio

Esta modalidad no es medicina. Es un negocio ya que la telemedicina debería ser una solución a los problemas de las personas que no tienen acceso a la salud y no una metodología de atención en lugares donde hay un sanatorio o un hospital en las cercanías. Si realmente creyéramos que esta forma de entender la atención sanitaria es medicina, deberíamos reformular los planes de estudio de la carrera médica. Bastaría con cursar solo dos años en la Facultad de Medicina para rendir Anatomía y Clínica y alguna otra materia para luego seguir la cursada en la Facultad de Ingeniería y rendir temas sobre nuevas tecnologías informáticas; un cuarto año podría realizarse en la Facultad de Ciencias Exactas para profundizar sobre los algoritmos de comunicación. El quinto año debería concretarse en Económicas para aprender financiación de la salud. El plan de estudios se completaría con materias vinculadas al marketing, atención al público, y capacitaciones sobre el manejo de conmutadores y/o videocámaras, entre otros *novedosos* tópicos. Quizás parezca una exageración, pero es una manera muy gráfica de entender como pretenden cambiar el rol del médico y su fin último: la relación con su paciente.

Durante muchos años las prepagas planteaban que había que sostener la relación médico-paciente porque era lo más importante en la atención médica. Sin embargo, hoy vemos que ese era un discurso hipócrita. Y a pesar de que la ACTRA sostiene que esta nueva forma de recepción de pacientes no reemplaza la atención médica personal, todo va camino a hacer de esto un negocio ya que cuatro de cada tres consultas se resuelven por vía telefónica.

¿Quién gana? Las empresas de salud, que reducen costos y multiplican ingresos económicos.

¿Quién pierde? El médico al que se le pagan por cuatro consultas, lo mismo que se le abonaba por una, y que además ve despreciada su labor asistencial, por eso decimos con firmeza que esto es una alerta roja para que todos los médicos hagan valer su trabajo. También, pierde el paciente que ya no recibe una atención médica adecuada y no cuenta con la presencia contenedora del profesional. Por supuesto, la principal perjudicada es la relación entre ambos: el médico y paciente se distancian al ritmo de la ambición económica de un grupo de empresas a quien el Estado no pone límites.



La medicina, una ciencia humanística



La deshumanización de la medicina se explica por diferentes causas que van desde las vinculadas al médico y al paciente hasta cuestiones económicas y financieras

[06/04/2018]

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

En este tiempo estamos atravesando una etapa crítica de deshumanización de la medicina que se debe a múltiples causas, que podrían subdividirse en: del médico, de los pacientes, del sistema, de la tecnología, de la economía, de los financiadores de la salud, a las que se suma un Estado ausente.

Del médico. Pérdida del compromiso con la profesión, falencias en la formación, condiciones precarizadas de contratación laboral, baja remuneración, pérdida de la veta solidaria imprescindible de la profesión, *burn out*, maltrato y mercantilización de la actividad médica. Esta enumeración incompleta puede englobarse en un concepto clave: el negocio de la medicina, por el cual el sistema de salud se concibe como un sistema vinculado al comercio.



En este proceso, el médico se transformó, también, en un *negocio* para sus empleadores en el sector privado. De esta forma, el profesional se aleja de la posibilidad de tomar decisiones sanitarias, queda descolocado frente al paciente y concluye como un eslabón más de una cadena productiva que solo busca el lucro. La herramienta principal que tiene el profesional ante esta realidad, por momentos desoladora, es agremiarse. Sumarse a los sindicatos médicos como la AMAP que lucha por sus derechos laborales y sus condiciones de trabajo. La unión del gremio médico es fundamental para lograr revertir esta grave situación.

Del paciente. Pérdida del respeto a la profesión médica, producto de la disminución del prestigio médico; situación social que lleva a un estado de agresividad; maltrato al profesional; agresiones personales; irrupción de *Dr. Google* con los problemas que trae aparejado su uso; sistemas de atención telefónica, que proponen una asistencia a distancia con el fin de abaratar costos. Todos estos factores debilitan la relación médico-paciente y contribuyen especialmente a la deshumanización de la medicina. La violencia de parte del paciente y sus familias hacia el equipo de salud, cara visible de un modelo en crisis, son el triste corolario de un vínculo resquebrajado. Pacientes y médicos son víctimas de factores muchas veces ajenos a ellos.

Del sistema. Los distintos subsistemas de salud tanto el público, el privado, el de las obras sociales como el de las ARTs, se han desprestigiado; algunos se han pauperizados, otros se han desfinanciado, y hoy ya no son competitivos. En general, han perdido rentabilidad y conviven en un sistema de servicios de salud anarquizado en el cual los pacientes de estos subsistemas no encuentran respuesta a sus requerimientos. La interconexión entre los diferentes subsistemas no tuvo el desarrollo que debería haber tenido, y hoy su retroalimentación resulta insuficiente, lo que genera que parte de la población no acceda a la atención oportuna de su salud o lo haga de manera deficiente. Los costos del sistema no pueden sostenerse en las mismas condiciones de antes cuando los valores no eran tan elevados. Pacientes y profesionales de la salud se encuentran atrapados en esta realidad en la cual son escasas las posibilidades de intervenir.

De la tecnología. El exponencial crecimiento de las nuevas tecnologías, genera la imposibilidad de mantener la actualización de las más modernas y de punta porque son muy costosas, difíciles de financiar y sin posibilidades de recuperar las inversiones en tiempos razonables. Todo esto obliga a retacear prestaciones para ser financieramente estables. La falta de regulación en la incorporación y uso de las nuevas tecnologías médicas suma complejidad a esta problemática. Es el Estado quien debe autorizar y regular la inclusión de los equipamientos, insumos y tecnología de última generación para un uso racional y apropiado.

De la economía. El tema económico es fundamental en este proceso de deshumanización dado que años atrás la medicina solo se ocupaba, aun en el sector privado, de la salud de la población. En la actualidad, el sistema sanitario cambió el eje de sus objetivos y muchas veces se preocupa más por su economía que por la salud. Los recursos en salud son siempre finitos. El equipamiento y los insumos han aumentado marcadamente, especialmente los importados que ya no están al alcance de todos los prestadores del sistema, solo las grandes empresas van a poder seguir comprándolos y actualizándose. A veces se trata de gastos evitables, absolutamente innecesarios, pero los recursos económicos se van rápidamente en estudios y se descuida un aspecto clave que el médico aprendió en su formación: escuchar, tocar, ver y examinar. Con la judicialización de la medicina, en algunas oportunidades, los médicos no son quienes eligen los



tratamientos sino que son los jueces. En muchas ocasiones, el juez dicta un amparo y finalmente determina que se practique el tratamiento que solicitó el paciente. En general el tratamiento, la medicación, la intervención o los estudios que la Justicia dictaminó que se realicen son los más costosos, y resulta que se trata de la decisión de un juez, y no de la de un médico. Otro de los factores que aumenta notablemente los costos son los excesivos gastos en hotelería, cuando en realidad se deben garantizar condiciones de confort sin duda, pero sobre todo se deben priorizar las condiciones adecuadas de internación para evitar las infecciones hospitalarias. No es necesario que una habitación de internación se parezca a un hotel cinco estrellas y por eso los costos de la prestación se encarezcan tanto.

De los financiadores de la salud. Cuando el sector financiero del país tomó dimensión del dinero que movía el sector salud, decidió incursionar en el rubro transformando un sector solidario en un sector económico-comercial con un objetivo totalmente diferente: ganar dinero. Así surgieron clínicas, sanatorios privados, empresas de diagnóstico, de ambulancias, de emergencias y traslados, y de esta forma el negocio ocupó casi todos los espacios del sector salud. Los financiadores en salud realizan una inversión en búsqueda de ganancia, las prioridades sanitarias se ven desplazadas con los enormes riesgos que esto implica. Desde la AMAP no estamos en contra de los financiadores en sí mismos, sino de la falta de regulación del Estado para que esta financiación reduzca la inequidad en salud (que desde la incursión de las grandes empresas financieras creció notablemente). Los gobiernos deben garantizar el acceso a la salud igualitario y asegurar que las prestaciones sean las mismas para todos sin distinciones. Hay un objetivo que cada vez se aleja más a medida que la salud forma parte de la dinámica financiera: buenos estándares de calidad sanitaria para todos.

De un Estado ausente. El sector de las obras sociales ante el abandono por parte del Estado de las políticas de salud, terminó creando efectores propios o debió realizar contratos con el sector privado para dar una mejor respuesta a sus representados. Este retiro real del Estado de sus responsabilidades sanitarias se observa, también, en el deterioro de los hospitales públicos de todo el país, en el lanzamiento de planes incumplibles, en la puesta en marcha de proyectos para la utilización de los residentes como mano de obra barata (como “Quiero ser residente” de la provincia de Buenos Aires). Todo esto habla de la ignorancia de la finalidad formativa del sistema de residencias, que queda desvirtuado totalmente cuando el trabajo de los jóvenes colegas se asemeja a mano de obra esclava. Generalmente, todos estos planes se presentan en función de la realidad de la CABA e ignoran al resto del país en donde las condiciones del sector son aún más precarias y que no mejorarían con estas medidas. En síntesis, el Estado no se hace cargo de su responsabilidad de velar por los derechos de los médicos. Tampoco, asume su función de contralor de las regulaciones vigentes sobre el ejercicio de la medicina en el ámbito privado.

La salud sin rumbo

Lamentablemente, desde nuestra organización sindical vemos con enorme preocupación el camino que va tomando el sector salud. Se proponen planes para atención telefónica en lugares donde hay una institución médica cada diez cuadras, solo para ganar más dinero mientras se ponen en riesgo la vida de los pacientes. Esta iniciativa sería útil en los sitios donde la accesibilidad a la atención médica es muy dificultosa.



Se crean programas para que los médicos se radiquen en ciudades del interior, especialmente apuntan a residentes en etapa de formación. La propuesta inhabilita las posibilidades reales de capacitación con el fin espurio de contar con médicos que cubran los cargos vacantes sin importar si están o no habilitados como especialistas. Si hoy faltan médicos instructores de residentes en los centros de formación de la CABA, ni imaginar la dimensión de este problema en los centros del interior del país.

Otra iniciativa muy cuestionable es la que pretende poner en marcha sistemas de emergencias en todo el país -comenzando por la provincia de Buenos Aires-, servicio absolutamente necesario, pero sin contar con el personal médico adecuado o formado en emergencias, ni con los centros hospitalarios en condiciones de recibir esas demandas. Todo esto compromete aún más al sistema. Tampoco ayuda al sector sanitario, la disminución del gasto en salud pública en el PBI nacional, lo que habla del desinterés en este sistema.

Todos estos temas contribuyen a que la medicina en su conjunto se aleje de los principios que rigieron para ella desde el comienzo de la humanidad, principalmente la solidaridad, el amor por el semejante, la vocación de servicio al prójimo. Todos estos valores, se fueron reemplazando por el mercantilismo, por el negocio y por los intereses personales sobre los colectivos.

Desde quienes tienen la responsabilidad de conducir el sistema de salud, no se percibe vocación de cambio, ni conocimiento, ni capacidad de gestión, ni decisión política para solucionar este ¿importante? tema como es la salud de la población.

La medicina implica sin duda el paradigma del hombre al lado del hombre, del hacer el bien sin mirar a quien y hoy, lamentablemente, esta ciencia humanística por definición se aleja cada vez más de su esencia.



¿Quién es responsable del error médico? Un análisis desde el gremialismo



Algunos estudios señalan a los médicos como únicos culpables del error médico, cuando en realidad hay un sistema que es responsable por las condiciones de atención y las laborales

[26/03/2018]

Por el Dr. Antonio Di Nanno,
secretario del Interior de la AMAP

Es habitual que se haga referencia a la cuestión del error médico desde un enfoque legal o económico, ya que está ligado al análisis del funcionamiento de los sistemas de salud. Por otra parte, se suele utilizar este tema para establecer algunas previsiones presupuestarias debido a que la posibilidad de un error de esta índole implica un determinado movimiento de dinero en una institución de salud. Pero pocas veces se propone una mirada desde el médico, que es el involucrado directo y la víctima de un sistema donde, una vez más, se coloca al profesional en el tapete.

En el contexto social de hoy, es necesario enfatizar que cuando el error surge nunca es por mala intención, es un hecho que sucede por una eventualidad pero nunca hay un interés en cometerlo. El médico jamás tiene la finalidad de dañar a su paciente; por el contrario, estudia y luego se esfuerza para salvar vidas.

Relevamientos incompletos

A partir de un relevamiento oficial que se realizó en nuestro país se determinó que el 12% de los pacientes sufre algún tipo de complicación. Esta cifra surge porque durante 2007 y 2008, la Argentina participó, junto a otros países de América Latina, del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (Ibeas) sobre la seguridad en la atención en los hospitales, que se realizó con la colaboración de 11.379 pacientes de 58 hospitales. Los resultados se conocieron recién en 2010, pero no tuvieron una masiva difusión.

Hace unos años el diario *La Opinión* publicó una nota sobre un importante paro médico en Israel y curiosamente decía que durante esos días de inactividad habían fallecido menos personas.



Esto es improbable, pero sí existe la iatrogenia (un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico involuntario). El intervencionismo puede causar daños reparables o irreparables, que pueden tener un costo económico o de vida o de discapacidades, y probablemente sea válido ese porcentaje. El estudio, además, determinó que en el 3,4% de los casos los pacientes murieron y en el 33,8%, quedaron afectados con una discapacidad de moderada a grave. Las causas principales son las infecciones intrahospitalarias (37,3%) y los procedimientos médicos (25,7%). Un 46% de los errores en la atención era evitable: un 47% durante los cuidados y un 53% durante la administración de los remedios.

Sobre estos datos sobreviene el análisis de la Dra. María Cristina Ferrari, directora del posgrado de Alta Gestión de Calidad de los Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina (UCA), quien sostiene que la gestión de calidad a nivel nacional debe ser una política de Estado y que las instituciones públicas y privadas deben estar obligadas a acreditarse a través del cumplimiento de ciertos estándares posibles. Ambas cuestiones son indiscutibles porque es una necesidad decir que no hay que ser eficientes y que no hay que tener una gestión de calidad.

Sin embargo, deberíamos analizar estas cifras y determinar cómo influye la calidad de atención médica en estos resultados. Habría que evaluar cuáles son los parámetros que se tienen en cuenta para definir qué es la calidad de atención, sobre todo en un país como la Argentina donde hay tanta desigualdad, que claramente puede verse reflejada en un indicador social tan sensible como es la salud de la población.

Calidad y desigualdad, una relación quebrada

El grave problema que tenemos en nuestro país es que no se puede medir la calidad de atención donde hay tanta desigualdad. Durante la gestión del ministro de Salud, Ginés González García, el Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica pasó a ser el Programa Nacional de Calidad de Atención Médica y se creó el concepto de *habilitación categorizante* para poder calificar y clasificar a las instituciones de todo el país, ya que no cuenta con los mismos recursos una entidad ubicada en Buenos Aires que una de Formosa. Se debe garantizar una fuerte inversión en la atención primaria de la salud para poder equilibrar de alguna manera la injusticia sanitaria tan grande que existe.

Los números son aterradores. Es cierto que las infecciones hospitalarias afectan a casi la tercera parte de la población de cualquier institución sanitaria, y seguramente sea mucho más grave en los hospitales públicos que en algunas instituciones privadas que cuentan con otro tipo de recursos.

El negocio de la salud

También, se sabe que detrás de esto se ha creado una industria del juicio que pone de manifiesto que hay un negocio que genera mucho dinero. Es algo habitual ver en la puerta de los hospitales personas que reparten tarjetas de abogados o de estudios jurídicos o que se las dejan a los pacientes cuando nadie los observa, como si fueran volantes de una obra de teatro que entregan por la calle. Es triste pero es la realidad.



Condiciones laborales, ¿qué induce al error?

Lo cierto es que no se plantea en absoluto en qué condiciones trabajan los médicos. ¿Qué induce al error? Porque el error no es solamente consecuencia directa de la praxis médica sino también del contexto laboral de los profesionales de la salud. Como lo hemos mencionado muchas veces, un médico de ambulancia que trabaja tres días seguidos de guardia o el que hace dos días corridos de guardia en una institución sanatorial, seguramente no se encuentre en condiciones óptimas. Esto, al igual que la falta de insumos necesarios para trabajar, puede inducir al error.

Los médicos aunque nos falte algún insumo, no vamos a dejar de hacer nuestro trabajo. Pensando en el paciente, hacemos todo lo que se puede a pesar de las condiciones adversas, pero esto no se ve reflejado en el tipo de análisis que comentamos en párrafos anteriores.

La mayoría de estos estudios tiene un enfoque economicista y buscan culpar, si se puede, al sistema estatal (principalmente) y al médico. Los demás factores que influyen en cómo se inserta el profesional en el sistema, de qué forma trabaja, cuál es el reconocimiento por su tarea, no están contemplados.

Somos testigos de disparates como las publicidades de la empresa de ambulancias Vittal que ofrece un servicio de pediatría a domicilio cuando sabemos que esa entidad dispone de un solo pediatra, por lo que queda claro que lo que se dice en los avisos de propaganda es mentira. ¿Quién controla que se le mienta a la población descaradamente con este tipo de cosas? ¿Quién es responsable? Las acciones de marketing son muy fuertes, y esa es una de las tantas razones por la cual los médicos somos el lugar de impacto de la reacción negativa de la población: nos atacan porque somos la cara visible de la institución.

Los médicos como variable de ajuste

Sin embargo, somos los médicos quienes paramos la pelota, tapamos los agujeros de las instituciones frente a la falta de insumos y de las necesidades básicas para poder trabajar porque creemos como médicos que tenemos la obligación de hacerlo. A mi entender este es el principal causal del error médico: las condiciones en las que trabaja.

Si un profesional atiende cinco pacientes por hora, u opera en un quirófano y en otro paralelamente, ¿cómo no se va a equivocar? No se trata de dinero porque con los sueldos que se pagan y los valores miserables de los nomencladores, uno se juega la vida por nada. Lo primero que se deja de reconocer es el valor intelectual del acto médico aunque debería medirse únicamente en estos términos. Y lo que se debería evaluar, también, es la calidad de atención de las instituciones que tienen que acreditarse.

En los hospitales y clínicas de Francia, son ellos mismos los que solicitan la acreditación y ninguno se arriesga sino está seguro de obtenerla, porque eso es lo que les da prestigio. Pero en la Argentina no estamos en ese estado de cosas y por eso no funciona el sistema de salud, y terminamos, sin duda, siendo los médicos la variable de ajuste de las inequidades de las organizaciones.



El sistema médico privado al límite del riesgo de quebrar



En este artículo el titular de la AMAP reflexiona sobre las principales problemáticas del médico y como su situación repercute en el subsector privado de la salud

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

[19/03/2018]

Lo ocurrido con la experiodista y legisladora porteña Débora Pérez Volpin volvió a ubicar en el centro del debate la labor del médico de la actividad privada, y resulta cuanto menos llamativo que suelen pasarse por alto las condiciones laborales en las que el médico desempeña su tarea en la actualidad.

En la mayoría de los casos, los médicos que trabajan en el ámbito privado no cuentan con cobertura de seguridad social, y entre otras cosas, tampoco disponen de ningún tipo de licencia para capacitarse. Y esto es así porque muchas clínicas, sanatorios y obras sociales contratan a los médicos como monotributistas, es decir, bajo condiciones laborales que son como mínimo irregulares y con salarios bajos que no responden a la responsabilidad de su tarea. Esto conlleva a que muchas veces los médicos se vean forzados a tener varios empleos y cumplir guardias agotadoras para sobrevivir, así se perjudica su salud y se eleva el riesgo de cometer errores.

Por otra parte, los colegas ejercen su profesión sin seguro de accidente laboral; ante cualquier problema son despedidos sin indemnización o dejan de percibir sus honorarios hasta que puedan reincorporarse. Tampoco cuentan con seguro de desempleo, vacaciones ni aguinaldo.

Los males comienzan en los primeros escalones de la carrera médica: las condiciones laborales durante las residencias en el sector privado suelen ser pésimas. Por lo general, la población desconoce que abundan los casos en los que a los residentes se les exige que trabajen jornadas diarias de 14 horas a las que se suman guardias de 24 y hasta 48 horas. De modo tal, que los jóvenes profesionales pueden llegar a trabajar cerca de 120 horas semanales cuando la legislación vigente establece un límite de 48.

Un informe de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada sostiene que el 48,1% de los médicos en el sector privado trabaja más de 48 horas por semana, en tanto el 37,2% acumula



entre 24 y 48 horas semanales. Es decir que más del 70 % de los médicos trabajan por encima de lo permitido por la ley. Se debe remarcar que este cálculo no toma en cuenta que una gran cantidad de ellos, también, ejerce en hospitales públicos.

A esta altura, surge inevitablemente la pregunta de si tales excesos no tienen incidencia en la labor del profesional. Ahora bien, el problema se agudiza cuando los médicos reconocen que aceptan trabajar por encima de lo que correspondería por ley y aún en perjuicio de su propia salud. La razón es clara: lo que perciben como ingreso salarial promedio no les alcanza para vivir dignamente, lo que los lleva a realizar un esfuerzo casi desmedido.

Sin dudas aquí se abre otra discusión profunda acerca de la necesidad de redefinir y mejorar sustancialmente las condiciones laborales del trabajador de la salud. En primer lugar, se debe resolver el grave problema del trabajo en negro y, en segundo lugar, profundizar la búsqueda de un justo equilibrio entre las horas de trabajo y un salario digno, algo que en este momento dista mucho de ser una realidad.

Está claro que el sistema médico transita por una delicada problemática y, en este contexto, el Estado no se hace cargo de su responsabilidad de velar por los derechos de los médicos. Tampoco, asume su función de contralor de las regulaciones vigentes sobre el ejercicio de la medicina en el ámbito privado.

Desde la Asociación de Médicos de la Actividad Privada, se monitorean permanentemente las condiciones laborales de los médicos como trabajadores de la salud, pues las exigencias a las que son sometidos y el posible impacto en su salud personal, sin duda, ponen en riesgo uno de los capitales más importantes que tenemos como país: la salud de toda la sociedad.



El papel que debe cumplir el Ministerio de Trabajo



[09/10/2017]

La actual gestión parece no entender que los sindicatos pequeños, como los de los médicos y profesionales, necesitan del acompañamiento de esta cartera

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

La actual gestión del Ministerio de Trabajo parece no entender que los sindicatos pequeños, como es el caso del de los médicos y profesionales de la salud, necesitan del acompañamiento de esa cartera para que contribuya a que las negociaciones gremiales deriven en beneficios para los trabajadores. Al cabo de más de veinte meses de gestión, el ministro Jorge Triaca y sus colaboradores han ignorado sucesivos pedidos de audiencia.

Acudimos al Ministerio de Trabajo exclusivamente a discutir paritarias o algunas situaciones específicas de conflicto con los representantes de las empresas o cámaras de salud. Sin embargo, la intención de la AMAP va más allá: consideramos que hace falta que las autoridades laborales tengan pleno conocimiento de la situación del sector de la medicina privada y contribuyan a revertir las inequidades laborales y la desprotección que soportan los profesionales de la salud.

Médicos desprotegidos

Resulta paradójico que en la mayoría de los casos, los médicos que trabajan en el ámbito privado solo accedan a cobertura sanitaria si la pagan de su bolsillo, ya que no están cubiertos por



la seguridad social. Tampoco cuentan con ningún tipo de licencia para capacitarse y las mujeres no tienen licencia por maternidad ni lactancia. Gran parte de la comunidad médica padece esta realidad, ya que muchas clínicas, sanatorios y obras sociales tienen a un alto porcentaje de su personal no registrado.

Se trata de profesionales monotributistas: carecen de vacaciones y de licencias por enfermedad, entre otros beneficios que establece la Ley de Contrato de Trabajo. Y cuando el médico intenta hacer algún reclamo, los empresarios o dirigentes lisa y llanamente, lo ignoran.

Nadie puede desarrollarse como persona y como profesional si no cuenta con un mínimo de seguridad sobre su propia vida, si es humillado con una remuneración denigrante y es sumido en la incertidumbre del desempleo. Qué decir entonces de los médicos, que cada día tienen la enorme responsabilidad de mantener la salud de sus pacientes y trabajan en la delgada línea entre la vida y la muerte.

Pero, lamentablemente, vemos que a las autoridades del área de Trabajo les interesa, sobre todo, que no se genere inflación: el salario parece ser nuevamente una variable de ajuste. A su vez, su atención se enfoca en las discusiones con la CGT y las entidades grandes de base, que en realidad no requieren de la intervención del ministerio para que sus reclamos se cristalicen.

Los residentes, un grupo vulnerable

Por otra parte, consideramos que las autoridades deberían interesarse por la situación de los médicos residentes en el sector privado, un sector de trabajadores que en la enorme mayoría de los casos está sometido a jornadas de trabajo muy extensas, con escaso lapso de descanso diario, con una absoluta disparidad en las retribuciones tanto en sus montos como en la forma de contratación. Abundan los casos en los que a los residentes se les exige una jornada de 14 horas diarias y guardias de 24 horas, de modo tal que pueden llegar a trabajar cerca de 120 horas semanales cuando la Ley de Contrato de Trabajo fija un límite de 48 horas. Esto significa que trabajan casi el triple que cualquier trabajador de otra actividad. Una situación intolerable desde todo punto de vista.

El Ministerio de Trabajo debe apoyar a todos

El Ministerio de Trabajo está para mediar a favor del más débil en la relación laboral, que sin duda es el trabajador. El ministro Triaca ha dicho que “hay que entender al que despide”. Es muy extraño pensar que un ministro de Trabajo o un sindicalista puedan estar de acuerdo con los despidos. Más que entender hay que establecer mecanismos para colaborar con los empresarios para que generen puestos de trabajo, y no para que estos desaparezcan.

El trabajo dignifica al hombre, entonces hay que defender a los trabajadores y luchar por sus fuentes laborales. Hay una clara definición que rige a la Constitución Nacional: el principio de igualdad ante la ley y la igualdad de derechos para todos. Ya sea que se trate de un trabajador afiliado a un sindicato *chico*, *mediano* o *grande*. El Ministerio de Trabajo debe apoyar a todos.



Los ataques al sindicalismo, con aires de reforma laboral



Luchamos por los derechos laborales del médico

Un discurso antisindical se enlaza con intentos de flexibilizar el trabajo, mientras que no se valora la fuerza laboral.

[09/10/2017]

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

Vemos por estos días que en los medios de comunicación se ha vuelto a señalar casos de presunta corrupción de determinados sindicalistas. Al mismo tiempo, ha trascendido la intención del Gobierno de poner en marcha una reforma laboral, iniciativa que huele parecido a aquella *flexibilización* que se intentó en 2000, y que implicó la profundización de medidas que habían comenzado a aplicarse en la década de 1990. El Gobierno desmiente esto pero es evidente que propone la continuidad de las mismas ideas, que se alimentan en pensamientos feudales de algunos empresarios.

El discurso antisindical

Ahora, una vez más se quiere instalar en la sociedad la idea de que los sindicalistas “van nada más que por el poder y la plata de las obras sociales”. ¿Por qué será que no se habla del papel de los sindicatos en favor de los trabajadores? Se generaliza y se responsabiliza al sindicalismo por los sindicalistas corruptos.

El relato antisindical se ha renovado al calor de los deseos del Gobierno y los empresarios de aumentar la competitividad de la industria y las exportaciones argentinas. En este discurso se incluye, por supuesto, la necesidad de crear más empleos y no se valoriza, el papel protagónico de la fuerza laboral, es decir, los trabajadores.



La fuerza laboral no es lo mismo que recurso humano

Está claro que la fuerza laboral es imprescindible, pero en la realidad no les interesa demasiado a los empresarios. Hoy no hablan de *fuerza laboral*, se la denomina como *recursos humanos*, igualándola a otros recursos de sus empresas y hoy ni siquiera eso, ya lo denominan como *capital humano*, como si fuera parte del capital empresario, dinero, fábricas, casas, máquinas, personas, etc. A partir de esta concepción, les cuesta mucho reconocer a los derechos de los trabajadores y a los sindicatos, cuya misión es defenderlos de poderosos intereses. Detrás de escena, se presiona a favor de una reforma laboral. También, en esta supuesta reforma, se aduce que hay que modernizar los convenios colectivos de trabajo, para mejorar la competencia de la economía, reformar el sistema de capacitación y reponer las pasantías.

Debemos recordar que el sector de la salud cuenta con un sistema de concurrencias no pago en los hospitales y otro de residencias que utilizada a los jóvenes colegas como mano de obra barata cuando no esclava. En sanatorios y hospitales de comunidad privados los convenios colectivos de trabajo vigentes que cumplen con normas de modernidad y que le dan muchísima importancia a temas como la capacitación continua de los médicos y condiciones de trabajo, son resistidos. ¿Por quién? Por los que hoy piden mayor flexibilización, los empresarios.

El trabajo de la AMAP

Los médicos, que ejercemos una profesión que hasta hace no muchos años era liberal, estamos sufriendo la flexibilización laboral desde siempre. Ya hace demasiado tiempo que la Asociación de Médicos de la Actividad Privada ha denunciado que clínicas, sanatorios, hospitales de comunidad y obras sociales evaden en conjunto cerca de quince mil millones de pesos al año, gracias a las condiciones de extrema precariedad laboral de su plantel de médicos.

Esta evasión responde a que más del 40% de médicos en la Capital Federal y entre el 95% y el 98% de los que residen en las provincias del país trabajan como monotributistas, de modo que sus empleadores no pagan los aportes previsionales ni de la seguridad social, ni les dan licencias por enfermedad, ni aguinaldo, ni ART.

A los médicos de empresas de medicina privada se les niegan los derechos básicos que tienen los trabajadores. Una mención especial merece la situación de los médicos residentes, jóvenes profesionales que buscan capacitarse en una especialidad mientras son sometidos a agotadoras jornadas de trabajo. Para que quede claro: los médicos del sector privado carecen de vacaciones pagas, se las arreglan como pueden en caso de enfermedad y sus aportes previsionales por el monotributo son tan magros que les auguran una pobre jubilación, entre otros males.

La AMAP trabaja en la registración de los médicos en todo el país y ha logrado importantes avances en la ciudad de Buenos Aires en los últimos años, al reducir notablemente la tasa de contrataciones en negro.

¿Cuanta más flexibilidad se pretende para los médicos del sector privado? ¿Hace falta recordar que la esclavitud fue abolida por la Asamblea Constituyente y Soberana de 1813? Mientras tanto, siguen los planteos según los cuales hay sindicalistas corruptos o que están hace



años en la organización y en las obras sociales, como una forma subrepticia de denostar a los sindicatos. Se apunta a quitar derechos que los sindicatos lograron en luchas de años, incluso a costa de la vida de su gente.

El modelo sindical argentino es un ejemplo para otros países latinoamericanos. La reforma laboral aplicada en Brasil, que acarrió un brutal recorte de los derechos de los trabajadores, nunca podría aprobarse en la Argentina. Si no se oponen los dirigentes sindicales serán las bases las que lo hagan.

El mayor esfuerzo del Gobierno debería ser lograr la registración de ese 95% de médicos con trabajo indigno.



Consumo de medicamentos, entre las exigencias del mercado y la salud de la gente



La automedicación, el alto índice de consumo de psicofármacos, la responsabilidad del Estado y el rol de los médicos en la Argentina son los temas claves de esta nota de opinión

[05/07/2017]

Por el Dr. Antonio Di Nanno, secretario del Interior de la AMAP

Lamentablemente, existe una tendencia cada vez más creciente a medicalizar la vida. La idea de que una molécula, en este caso los psicofármacos, puede cambiar desde la conducta hasta el humor de una persona se ha ido generalizando con un fuerte impulso de la industria farmacéutica, que ha contribuido para que esto suceda.

Algunos estudios han demostrado que las mujeres y los adultos mayores son los grupos poblacionales que registran un mayor consumo de psicofármacos y potenciadores del sueño. El alto índice de automedicación, las responsabilidades que el Estado abandona, y las exigencias que el sistema impone al trabajo del médico son algunos de los factores que influyen en las elevadas tasas de consumo de fármacos.

Ninguna molécula es inocua, siempre produce un efecto. Si no fuera así, no podría venderse como medicamento. En la Argentina el uso de psicofármacos es altísimo, y junto con Francia, nuestro país lidera las estadísticas de consumo per cápita a nivel mundial. Y lo más grave aún es que en la mayoría de los casos las personas se automedican a pesar de que se requiere receta para comprar estos medicamentos, lo que demuestra que hay fallas en los sistemas de control por parte del Estado.

Si en nuestro país aumenta la venta de medicamentos y se incrementan los índices de automedicación, es por las presiones que impone el mercado. La industria farmacéutica tiene una incidencia muy fuerte. La producción es carísima y los laboratorios ejercen una fuerte coacción, lo que demuestra que el crecimiento en el consumo está estrechamente vinculado al éxito del mercado.



El Estado debe estar siempre presente en todos los aspectos de la vida de cualquier ciudadano, pero en temas de salud y educación debería estar aún más vigente. Está comprobado que la idea de mercado en el ámbito de la salud no funcionó ni funciona, ni funcionará, y que lo único que hace es empeorar los indicadores sanitarios. Si no hay Estado, no hay salud porque la función del Estado es regular. En la Argentina el precio de los medicamentos está regulado por la Secretaría de Comercio y el Ministerio de Salud no tiene intervención alguna en esta cuestión.

Además, existen otros asuntos que realmente asustan. En el interior de nuestro país hay producción nacional de medicamentos; sin embargo, existen normas que prohíben la comercialización entre provincias. Por ejemplo, la Universidad de Córdoba produce el factor 8 para la hemofilia a un precio bajísimo; sin embargo, en Buenos Aires se lo termina comprando a precios veinte o treinta veces más elevados a laboratorios extranjeros, justamente por esta disposición que impide que las provincias comercien entre sí.

¿Qué podemos hacer los médicos?

Desde nuestro rol, debemos contribuir difundiendo esta problemática y sus consecuencias. Es habitual que los profesionales se quejen sobre el uso irracional de medicamentos, pero también es cierto que si no hubiese médicos dispuestos a prescribirlos no existiría un índice tan elevado.

No podemos negar que si un profesional debe atender a diez pacientes en una hora, es muy probable que la mayoría de ellos salga del consultorio con una receta en la mano y una lista de estudios que no serían necesarios si contara con el tiempo suficiente para brindarle la atención adecuada a cada paciente.

Nuestro aporte es comunicar lo que está sucediendo y exigir que haya un Ministerio de Salud presente con autoridades que trabajen en pos de proteger la salud de los ciudadanos. El Estado no es un jugador cualquiera, no está para pintar la cancha, sino que debe ser quien dirija el partido.



La atención médica de los jubilados, un problema de salud pública



Mientras Se discute la edad jubilatoria, desde el PAMI se descuida la asistencia de este grupo vulnerable que requiere de políticas de Estado fuertes

[26/06/2017]

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

La jubilación es un beneficio que se le otorga al trabajador al momento de su retiro. Se supone que después de haber trabajado durante toda su vida, de haber realizado los aportes correspondientes, la jubilación le permitirá vivir dignamente.

Sin embargo, en nuestro país esto es al revés. La jubilación en lugar de ser un beneficio que obtiene una persona después de haber trabajado toda su vida más bien se parece a una condena. En la mayoría de los casos, los jubilados están sentenciados a la pobreza y a perder todo lo que han conseguido durante tantos años de sacrificio. El hecho de que un trabajador pueda continuar en actividad después de los 65 años no solo está relacionado con que las personas viven más tiempo y, en general, llegan a esa edad con un buen estado físico, sino -y aunque no sea lógico- a que muchos lo deben hacer por necesidad.

La edad jubilatoria

Lo adecuado es establecer un límite de edad jubilatoria razonable y a partir de la cual el trabajador que se jubila tenga un futuro digno. No todas las personas están en condiciones de prolongar su vida como trabajadores porque llega un momento en que aunque puedan continuar trabajando, el rendimiento es del 10%, 15% o 50% del que tenían en su plenitud.

El médico se resiste a jubilarse porque sabe que si lo hace va a dejar de ganar lo que percibe en actividad. Si se tiene en cuenta que un 95% de los médicos del país son monotributistas y que, excepto algunos casos en que han tenido la suerte de acumular un dinero que lo respalde, si dejan de trabajar, la mayoría de estos profesionales no lograría sobrevivir con una jubilación como monotributista. Es decir, el médico está obligado a continuar trabajando hasta que su estado físico y mental se lo permitan, o tal vez muera en el intento y sin haber tenido un solo día de jubilación.



Considerando que las estadísticas señalan que los adultos mayores de 60 años representan un porcentaje cada vez más alto de la población, que la sobrevivencia se ha extendido y que en muchos casos los mayores están aptos para trabajar, hace años que se debería haber implementado una política a largo plazo.

Políticas sociales

Los funcionarios responsables de administrar los fondos de la caja previsional controlan cómo se gasta ese dinero, pero no se preocupan por tener una política de salud. El PAMI cerró la Agrupación de Salud Integral (ASI), que era la responsable de brindarles los servicios de salud a los jubilados de la Capital Federal y ahora no saben dónde ni como proporcionárselos. No obstante, las ambulancias del SAME trabajan para poder ubicar a quienes necesitan internación no solo en la ciudad sino también en el Gran Buenos Aires.

En la década de 1990 cuando los hospitales fueron transferidos al ámbito de la Capital Federal, no se sabía cuál iba a ser el destino del Hospital Rivadavia, que está a dos cuadras del Fernández. En ese momento, desde la Secretaría de Salud habíamos planteado la posibilidad de transformar al Rivadavia en un hospital general de agudos para adultos mayores, ya que en la ciudad hay quinientos mil jubilados y ningún hospital especializado que los atienda. Esa decisión implicaba modificar el tipo de paciente del hospital y ocuparse de un sector desprotegido, pero nunca se concretó.

Propuestas

En el PAMI en lugar de gastar el dinero en lo que lo gastan, deberían armar varios equipos multidisciplinarios con las principales especialidades que pudieran ser importantes para la atención de las personas mayores de 65 años, por ejemplo: un geriatra, un ginecólogo, un urólogo, un odontólogo, un neumonólogo o un cardiólogo, y acordar con los presidentes de los centros de jubilados de la Capital Federal un plan de visitas. Además, realizar un *screening*, hablar con los pacientes, ver cuáles son las patologías más importantes y elaborar una historia clínica de cada uno. Esto significaría hacer un relevamiento del estado de salud de los jubilados y detectar patologías en estadios más precoces de los que presentan cuando ingresan a los lugares de internación, lo que permitiría mayores posibilidades de tratamiento y seguramente mejores resultados.



Algunas reflexiones sobre productividad, tecnología y emoción

[26/05/2017]



La introducción del concepto de *competencia* en paritarias genera un nuevo debate. En salud es imposible de aplicar, sin embargo existen prácticas sanitarias que alejan al médico de su rol social

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

Desde el Gobierno Nacional se pretende introducir en las negociaciones paritarias los conceptos de *productividad* y *competencia* para negociar salarios o condiciones de trabajo. Gremios como los petroleros, los de la industria láctea o UPCN, entre otros, han incluido cláusulas en sus paritarias que responden a estas ideas. En todas las áreas, estos acuerdos implican un recorte del llamado *costo laboral*, que aunque se pretenda disfrazar como un beneficio para los trabajadores, es siempre una mejora para los empresarios.



Todos los sindicatos tienen claro cuál ha sido la inflación y la pérdida de poder adquisitivo. La enorme mayoría de los trabajadores no tiene margen para resignar ingresos, sin embargo la grave situación de hoy ha llevado a que sus representantes realicen este tipo de pactos. Sería clave que los patrones comprendan que hay que ser solidarios: compartir un poco más lo que se gana, y que no todo siempre se distribuya para el mismo lado.

Medir productividad en salud, una misión imposible

En salud es imposible calcular productividad y competitividad. Atender a una persona que está enferma no puede evaluarse en minutos dedicados, ni en resultados. No es cuantificable. No se puede programar cuántos personas se atenderán en una hora, ni en un mes porque la asistencia médica debe llevar el tiempo que requiera la problemática que aqueja a un enfermo.

Tampoco es fácil entre los médicos, como si lo es en otras actividades, medir presentismo o puntualidad. Si bien puede ponderarse, hay que tener en cuenta que los profesionales de la salud se sostienen económicamente porque trabajan en distintos lugares y a veces una complicación en una cirugía o una urgencia, hacen que puedan llegar tarde -o hasta ausentarse- a alguno de sus cargos. Y acá es bueno recalcar que para el colega la única incompatibilidad es la horaria. La AMAP ha firmado un plus por presentismo con Medicus pero por encima del convenio, no dentro. Este extra es por el cumplimiento del horario, y no implica la pérdida de ningún derecho establecido en los convenios colectivos de trabajo. El problema para los trabajadores es que algunos gremios han condicionado el salario a la producción en el marco de los convenios, no por fuera de ellos como lo ha hecho la AMAP.

Y en este punto es crucial recalcar la vital importancia de contar con sindicatos fuertes para que la balanza no se desequilibre tanto. El médico en soledad no puede enfrentarse a los empresarios, que son poderosos y muchas veces intransigentes. La unión gremial es la clave.

Productividad y tecnología, ¿y las emociones del paciente y el médico?

Ya hemos dicho que, en la actualidad, algunos gremios negocian salarios según productividad. Y la producción se vincula también a la tecnología, cada vez más sofisticada. ¿Qué pasa en el sector sanitario con esto? Nadie pone en duda, los avances que las nuevas tecnologías han permitido para mejorar la salud de la población, ni todo lo que se les debe. Sin embargo, si se une el concepto de *productividad* al de *nuevas tecnologías* en salud, se corren ciertos riesgos cuando se pretende aplicarlas a la relación con el paciente. Sin olvidar que ciertas tecnologías han significado menos fuentes de trabajo.

Si se invirtiera más en atención primaria y menos en algunas técnicas o aparatología, los costos –que tanto preocupan a los empresarios– bajarían. Pero en este momento muchas prepagas elijen invertir en *call centers* en los cuales los médicos responden consultas telefónicamente. Hoy se abre un debate sobre los alcances que debe tener la telemedicina porque, por un lado, se le reclama la humanización de la atención y por otro, se crean metodologías de asistencia a distancia.

Hay que tener bien en claro, que los empresarios no recurren a estas nuevas formas de la medicina para favorecer al paciente ni mejorar la atención, sino para ganar plata. Se podría



entender el uso de la telemedicina para asistir a alguien que está en un lugar muy alejado sin posibilidad de concurrir a la consulta, pero en una ciudad como Buenos Aires tiene que ver con reducir costos.

El objetivo debe ser mejorar o hacer más rápido los diagnósticos, pero no alejar al médico de la gente. Se debe ver y tocar al paciente para saber qué tiene, y no solo qué tiene sino también qué siente. El paciente no es una lesión que puede fotografiarse para que desde lejos se establezca de qué tipo de patología se trata, sino una persona que espera del profesional contención, calidez, empatía.

El Dr. Diego Bernardini introduce un excelente término que me parece muy apropiado para aquellos que entienden la enorme potencia de la relación con el paciente, él lo aplica principalmente a quienes se dedican a la medicina familiar, pero creo que es extensible a todos. Bernardini habla del *emocionómetro*, que es una tecnología que los médicos deberíamos traer con nosotros siempre: la capacidad de entender al prójimo como una entidad única, formada por cuerpo y alma. Un paciente no es solo quien presenta un problema físico. El médico no debe convertirse en un robot o únicamente en un intermediario. Debemos resistirnos a esto. El médico debe ser también emoción.



Por la precarización laboral el Estado deja de percibir quince mil millones de pesos



El 40% de médicos en Capital Federal y 95% en el interior trabajan en negro. Como consecuencia de esto, los empresarios de la salud dejan de aportar cerca de diez mil millones de pesos por año

[19/04/2017]

Por el Dr. Héctor Garín, secretario General de la AMAP

A fines de 2014 la AFIP convocó a la AMAP y a las cámaras que nuclean a las empresas de salud para informarles que dictaría una resolución que reglamentaría la contratación de personal médico en relación de dependencia de acuerdo al número de camas de las entidades sanitarias privadas. La normativa debía llevar el nombre de *Índice Mínimo de Trabajadores (IMT)* de establecimientos sanitario. Según esta norma, cada 100 camas debían existir 173 médicos registrados para que los servicios médicos pudieran funcionar correctamente.

Durante 2015, la AMAP continuó con sus denuncias sobre la alarmante precariedad laboral de los médicos y se trabajó junto a la AFIP para tratar de resolver el problema. Lamentablemente, esta agencia -parte del Estado- no pudo aislarse de los tiempos electorales y dejó para más adelante la implementación del IMT para clínicas, hospitales, sanatorios y otros establecimientos sanitarios con el fin de no generar reacciones adversas en los empresarios.

Este proyecto no llegó a aplicarse porque las elecciones provocaron un cambio de autoridades. La AMAP se entrevistó con los nuevos responsables de la AFIP quienes no vieron posibilidades de avanzar -o no quisieron- con el tema, pues las sanciones que se dictaminaran por incumplimientos de la ley no podrían aplicarse por la Ley de Emergencia Sanitaria (Decreto 486/2002).

El trabajo no registrado es el mismo de entonces: alrededor del 40% en la Capital Federal y entre un 95% a un 98% en el resto del país.

La AMAP tuvo conversaciones sobre este tema con el secretario General de Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), el diputado nacional Héctor Daer, quien apoyó



nuestro reclamo y sugirió trabajar en el sentido de registrar a los médicos del sector y ver el mecanismo para no generar cierres de clínicas y sanatorios por razones económicas o financieras, por medio de un proyecto de ley de perdón o de moratoria impositiva.

También se presentó un anteproyecto en ese sentido al Dr. Juan Carlos Paulucci Malvis, secretario de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pero no se obtuvo ninguna respuesta.

Según las últimas informaciones, se confirmó que el Ministro de Trabajo y la CGT, cuyo uno de los integrantes del triunvirato que la conduce es el diputado Daer, están hablando este tema, movilizado desde hace años por la AMAP.

Si los médicos no reclaman su derecho a estar registrados es porque en el fondo no se reconocen como trabajadores dependientes, sino que todavía se visualizan como profesionales liberales cuando en realidad no lo son porque trabajan siempre para un tercer pagador que los contrata, los dirige, los controla, los sanciona y les paga.

Muchas organizaciones médico-gremiales, no sindicales, que debieran velar por el bienestar del médico, no lo hacen porque son dueños o administradores de muchas de las clínicas, sanatorios o empresas de ambulancias. No es que sean cómplices de los empleadores de los médicos sino que ellos son parte de las cámaras o del grupo de empleadores de nuestros colegas.

Los números de la evasión

La plata que no se aporta al Estado y al sistema previsional y de obras sociales es muy difícil de evaluar porque no hay estadísticas oficiales; recuerden que la misma AFIP estaba convencida, hasta nuestra intervención, de que ser monotributista era la lógica en la contratación de los médicos y que la relación de dependencia era la excepción.

Lo que podemos informar sobre esta situación es aproximado. Nuestros cálculos son:

. Existen alrededor de 100.000 médicos que trabajan en el sector privado en todo el país. De los cuales consideramos que 75.000 no están registrados y hacen aportes como monotributistas y a las cajas de previsión y seguro médico de cada provincia donde existen.

. Si estimamos que el promedio de ingresos por trabajador es de \$30.000 brutos, nos da un total de \$2.250.000.000 mensuales. Si contamos el aguinaldo, anualmente serían \$29.250.000.000.

. Los médicos deberían aportar como trabajadores un 11% de aporte previsional, un 3% de la Ley 19032 -aporte al PAMI- y un 3% de aporte a su obra social. En total un 17% que representan \$340.000.000 mensuales o \$4.972.500.000 anuales.

. Los empleadores deben aportar un 34% en sus aportes y contribuciones, es decir \$9.945.000.000 anuales.

. Si sumamos ambos aportes el Estado deja de percibir \$14.917.500.000 por año.

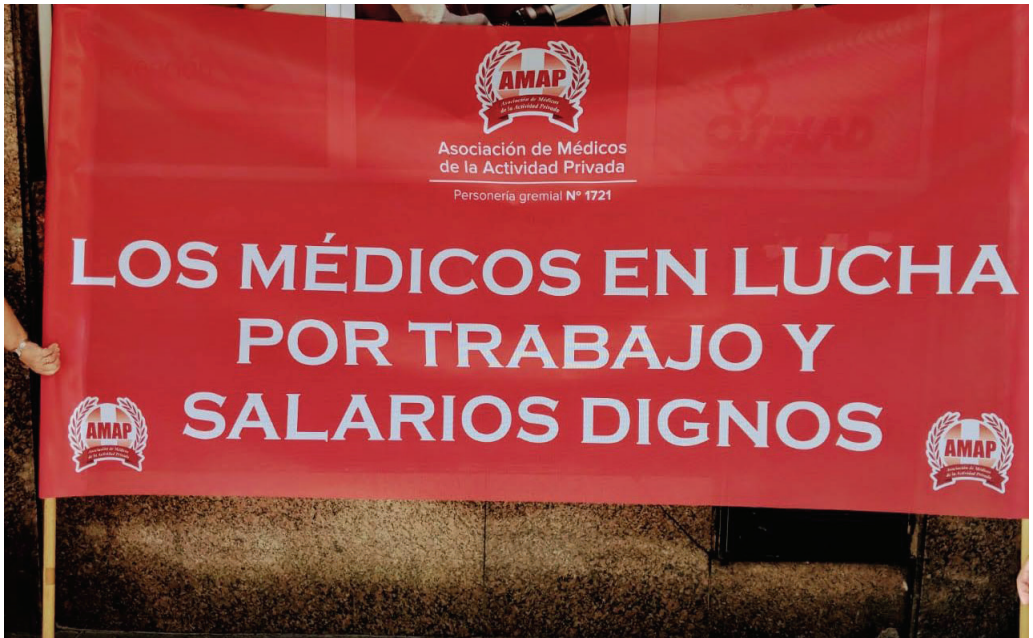
Con contundencia, estos números hablan por sí solos. Es el Estado con sus organismos de control quien debe tomar medidas claras en contra de la falta de aportes que va de la mano de la precarización del trabajo de los médicos y cuyo cumplimiento redundaría en favor de la salud de la población y la jubilación de los médicos.



3 ARTÍCULOS
COMPLEMENTARIOS



El significado de la organización de los trabajadores. El caso de la AMAP



[26/11/2017]

El sindicato se ha constituido en una herramienta fundamental para los trabajadores, cuya organización es indispensable para afrontar las disputas que se verifican tanto en las concertaciones colectivas como en los conflictos

Por el Dr. Alvaro Ruíz, especialista en Derecho Laboral y docente de la AMAP

Todos conocemos, aunque no siempre medimos en su real dimensión, que el propósito del Derecho Laboral es tender a lograr equilibrios -a través de artificios normativos- en relaciones desiguales y absolutamente asimétricas como son las que se dan entre empleadores y trabajadores.

La piedra angular en la que se basa el edificio conceptual del Derecho del Trabajo es la protección del trabajador, sujeto de preferente tutela según lo manifestado recurrentemente en sus fallos por nuestra Corte Suprema de Justicia Nacional, y que enuncia expresamente la Constitución Nacional al consagrar que el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes (artículo 14 Bis CN).



Sin embargo esa misión y mandato de origen constitucional, hoy enriquecido por la incorporación de tratados y convenios internacionales que conforman el denominado *bloque federal de constitucionalidad*, y el ya indiscutido principio de progresividad, no han sido el fruto de meras iniciativas de los Estados o sus Gobiernos, sino conquistas de las organizaciones de trabajadores a través de constantes luchas en las que han debido sortear innumerables obstáculos para acceder a niveles aceptables de derechos, consolidarlos y defenderlos para que formal o informalmente no les sean retaceados o incluso arrebatados en la tensión propia entre el capital y el trabajo en las pujas inherentes al sistema de relaciones de trabajo.

Es así que desde hace más de un siglo el Sindicato se ha constituido en una herramienta fundamental para los trabajadores, cuya organización es indispensable para afrontar las disputas que se verifican tanto en las concertaciones colectivas como en los conflictos que las preceden o a los que es necesario recurrir para afianzar una posición negociadora que les brinde una posibilidad cierta de mejorar las condiciones de trabajo y de vida.

Las dificultades más comunes que de deben afrontar

Acceder a una organización gremial supone asumir y resolver un sinnúmero de dificultades para ejercer la libertad sindical, que tanto pueden presentarse desde afuera del gremio como desde adentro del colectivo representado.

En lo externo, una situación siempre presente es la que deviene de la resistencia empresaria a la conformación de sindicatos o a su actuación que conciben como una intromisión en las decisiones que los empleadores se plantean de su exclusivo –y excluyente- resorte, siendo la empresa uno de los ámbitos en los que menos ha permeado la democracia, en función de una concepción anacrónica del derecho de propiedad. Pero también importa la posición asumida por el Estado, en lo que concierne al grado y sentido de su intervención -por acción u omisión- en el ámbito de las relaciones colectivas, la forma en la que se proponga regularlas y la identificación que exhiba con las partes del conflicto social y laboral, descartando la neutralidad como una postura posible.

En lo interno, se observan diferentes circunstancias que inciden en la amplitud mayor o menor que encuentre el sindicato para actuar y desenvolverse en lo que concierne a la actividad que le es propia. El nivel de reconocimiento que alcance, tanto por la etapa que atraviese en su formación y relación con las autoridades estatales como de la contraparte empresaria, y el grado de implante en la base obrera o en los centros de trabajo. Cuestión esta última que cobra particular relevancia en los colectivos de profesionales, a lo que haré una referencia específica más adelante.

La libertad sindical

El concepto de *libertad sindical* obliga a desentrañar sus distintas proyecciones: en los planos individual (relativa a los trabajadores y los derechos que comprende) y colectivo (en cuanto a su organización en sindicatos, el darse sus propios estatutos y administración, elegir a sus conducciones, decidir sus líneas de acción); y tanto en uno como en otro plano, en cuanto a sus aspectos positivos (derechos de fundar sindicatos, afiliarse, postularse a cargos de representación gremial, participar de la vida interna de la asociación sindical, adherir a organizaciones de grado



superior nacionales o internacionales, negociar colectivamente, ejercer medidas de acción directa) y negativos (desafiliarse o no afiliarse, no habilitar la intervención ni injerencia de las autoridades administrativas estatales, excluir todo involucramiento de los empleadores y sus organizaciones patronales en la vida de las asociaciones sindicales).

En ese mismo orden de ideas importa distinguir dos esferas en las que opera la libertad sindical: una, en lo que hace a la acción sindical propiamente dicha, atinente a la contienda obrero-patronal en la puja de intereses naturalmente contrapuestos que se plasman por fuera del sindicato (esfera externa); otra, que contempla todo lo relacionado con la participación en el desenvolvimiento de la asociación sindical, el vínculo desarrollado con los afiliados y sus requerimientos, prestaciones o beneficios que reciban o reclamen, y por supuesto, todo lo relativo a las disputas intraasociacionales, que forman parte de las tensiones propias de la vida de toda organización y que en buena medida comprende la llamada *democracia sindical* (esfera interna).

Lo que no puede dejar de visualizarse al tratar sobre la libertad sindical, es que un sindicato -como tal y para el despliegue de su misión esencial- debe gozar de autonomía colectiva y reforzar sus dispositivos de autotutela; para lo cual, es fundamental potenciar sus capacidades de representación, de negociación y de conflicto, las que guardan entre sí una relación dialéctica.

Entonces, la preeminencia de la esfera externa del sindicato resulta de la misma definición del sentido, objeto y motivación de la acción gremial. Es allí donde se dirimen las tensiones y conflictos esenciales del campo del trabajo en el plano colectivo, y en la cual se observa la existencia de una determinada unidad de base, asentada en la identificación de los trabajadores en la confrontación con su antagonista laboral.

Por ello, ante una eventual tensión entre cuestiones atinentes a las esferas interna y externa de los valores de la libertad sindical, en mi opinión debería resolverse a favor de la segunda, por ser en ese ámbito donde se identifican más cabal y plenamente los intereses sustanciales del colectivo laboral. Tensión que no necesariamente debe verificarse y si así ocurriese no importa menoscabo alguno a la democracia gremial, sino que cede en algún grado a la exigencia de unidad de acción y de conducción que no debe confundirse con elaboraciones teóricas -y con frecuencia fruto de una abstracción especulativa- propias de un liberalismo social que confunde los criterios de libertad política y gremial.

En este sentido, debe reiterarse que los posicionamientos teóricos no pueden plantearse en abstracto, sino en función del modelo sindical y de las cuestiones puntuales respecto de la participación democrática, pero sin menoscabo del fortalecimiento necesario que exige la organización gremial para cumplir sus fines esenciales.

Desafíos y compromisos para la constitución de un sindicato

La transformación superadora de un gremio (en tanto colectivo de trabajadores pertenecientes a una misma actividad, oficio, categoría, profesión o empresa) en un sindicato, plantea no pocas dificultades para quienes se proponen una tarea semejante.

Puesto que a las cuestiones formales y trámites burocráticos que deben afrontar, en general sin contar con una estructura que les de sustento ni con demasiados recursos -personales y materiales-, se suman las exigencias básicas de militar por esa causa, convencer a quienes se pretende representar de unirse a esa tarea o cuanto menos afiliarse a la asociación en



formación, venciendo en muchos casos los temores de represalias patronales y, luego, lograr un acompañamiento suficiente para acometer sobre los objetivos que conforman su programa de acción gremial.

La breve síntesis precedente en cuanto a desafíos y compromisos, bien puede verificarse en cualquier ámbito personal y territorial de representación sindical, pero cobra una peculiaridad que acentúa esos –y otros- aspectos que deben afrontarse, cuando la sindicalización perseguida es de un sector de profesionales, como es el de los médicos.

Una primera cuestión es lograr que los profesionales se entiendan y sientan trabajadores, pero –si bien ligada a ello- todavía es más dificultoso que acepten una agremiación de tipo sindical, sin que ello les parezca un menoscabo a su condición de profesionales.

Es común advertir que los médicos –aunque ello se registra en otras tantas profesiones- se sienten más cómodos como miembros de un espacio académico, de una asociación científica o de una fundación dedicada a una determinada especialidad, que como afiliados a una asociación sindical. Soslayando, las más de las veces, que sólo la agremiación de índole sindical les permitirá conquistar derechos, consolidarlos y garantizar que los mismos sean respetados; así como, protegerse colectivamente frente a arbitrariedades de sus empleadores, mejorar sus condiciones de trabajo e incluso obtener el reconocimiento de una relación de empleo que en ese sector es habitual que se les niegue o retacee.

El caso de la AMAP

Las caracterizaciones hasta aquí planteadas se advierten en el origen, desenvolvimiento y trayectoria de esta asociación sindical, con la que he tenido una extensa y nutrida vinculación desde la función pública (como subsecretario de Relaciones Laborales del Ministerio de Trabajo de la Nación, entre 2007 y 2015) y también como docente en diversos cursos de capacitación para sus afiliados a los que fui invitado a participar.

Pero me habré de detener en un análisis particular, en lo que ha significado amalgamar gremialmente a los trabajadores médicos dentro de un universo laboral refractario a lo sindical y ciertamente hostil desde el sector patronal más proclive a acomodar situaciones personales de sus dependientes que a discutir con un sindicato en general condiciones de trabajo o salariales.

Una rápida retrospectiva del camino recorrido en solo una década, da cuenta de lo prolífica que ha sido la tarea gremial desplegada, la sólida convicción que ha animado a sus cuadros dirigentes y la infatigable lucha emprendida para convencer o, en muchos casos forzar con medidas de acción sindical, a los representantes de las empresas médicas a discutir, alcanzar consensos y concertar colectivamente acuerdos o convenios.

En similar sentido importa atender a los logros conseguidos para regularizar situaciones laborales, que inveteradamente se mostraban como meras locaciones de servicios en lugar de contratos de trabajo; y otro tanto, en materia de jornada de trabajo, no sólo para lograr retribuciones ajustadas a los tiempos de disponibilidad laborativa exigida a los médicos, sino –y principalmente- a racionalizar la extensión de las jornadas de labor impuestas tradicionalmente por el sector patronal.



La tarea cumplida ha sido mucha, pero mucha es también la que está pendiente, teniendo presente que la dinámica sindical y el propio sistema de relaciones del trabajo importan un sinfín de temáticas realmente inagotable, que conforman etapas o instancias modeladas por el contexto histórico y político.

En cuanto a lo realizado, entiendo justo destacar la constitución de un sindicato para quienes se desempeñan laboralmente como médicos en entidades o empresas privadas, el haber alcanzado una etapa superior -hoy consolidada- que es la de la negociación colectiva, y haber logrado un elevado nivel de concientización laboral y gremial entre los trabajadores cuya representación ejerce. Aspectos, y especialmente el último de los mencionados, que le ha permitido a la AMAP construir fortalezas en esa tríada que distingue a una asociación sindical de otras organizaciones de la sociedad civil: capacidad de representación, de negociación y de conflicto.

En cuanto a lo pendiente, estimo que pasa por ampliar la base de representación y el nivel de afiliación actual -por cierto alto, para un colectivo de profesionales-, así como extender las unidades de concertación colectiva; pero fundamentalmente, el poder penetrar los núcleos duros de informalidad laboral que caracteriza a ese sector que no es patrimonio exclusivo de la conducta empresarial, sino también de la falta de concientización, indolencia o temores que denotan muchos de los profesionales representados.



Las implicancias legales de la medicina digital



Asistimos a un nuevo fenómeno que implica una revolución con sus riesgos y beneficios. Pero que, además, genera incertidumbre en cuanto a la precarización laboral del médico

[11/10/2018]

Por el Dr. Ignacio Maglio, abogado y jefe del departamento de Riesgo Médico Legal del Hospital Muñiz

La digitalidad en el campo de la medicina y, en particular, en el campo de la atención médica es un fenómeno nuevo. Encuestas recientes indican que entre el 80% y el 85% de los médicos reciben consultas de sus pacientes a través de dispositivos digitales y que estos a su vez las responden por estos mismos medios, ya sea por mensaje de texto o de Whatsapp o por correo electrónico. De manera tal que asistimos a un fenómeno que implica no solo una revolución tecnológica, sino también una revolución cultural con sus riesgos y beneficios que, además, generan cierta incertidumbre sobre la precarización laboral de los médicos a partir de la utilización de estos sistemas de consultas, que en algunos casos puede ir en contra de la dignidad profesional.

El acto médico digital es acto médico

La palabra *clínica* deviene del verbo latino *inclinare*, es decir, se refiere a aquel que se inclinaba para escuchar, auscultar, tocar y hablar. Estas reglas básicas de la clínica médica son las que, justamente, se están quebrando por la presencia de los monitores. Hoy en día, la medicina digital nos permite auscultar a través de pantallas, predecir un infarto agudo de miocardio mediante sistemas de inteligencia artificial o medir la frecuencia cardíaca por medio de un reloj pulsera.

Es inminente el surgimiento de las terapias digitales, incluso para el tratamiento de enfermedades crónicas, como sucede en la Cleveland Clinic. De hecho, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el desarrollo de terapias digitales.



En la actualidad, existen más de 300.000 aplicaciones disponibles vinculadas a la atención médica virtual. Sumado a esto, algunas empresas de seguros norteamericanas poseen un código para el cobro de lo que llaman *entrevistas o asistencia no face to face* (relaciones virtuales); este sistema permite auditarlas. En cambio, en nuestro país el cobro de este tipo de consultas es uno de los dilemas que se plantean porque aún hay que ver de qué manera pueden ser trazables y auditables.

Cuando se les pregunta a los médicos quienes recibieron consultas por mensaje de texto, todos levantan la mano; lo que los convierte en médicos digitales. Ahora cuando se pregunta quienes cobraron esa consulta, ninguno responde afirmativamente. Se tiende a una descalificación del acto digital como si no fuese un acto médico pero sí lo es. Y también, tiene consecuencias jurídicas y éticas.

Hacia la *tecnosabiduría*

Los medios muestran a todo este entramado de inteligencia artificial y medicina digital como una gran panacea. Es así como el desdoblamiento de la medicina asistencial presencial toma cada vez más forma. Inclusive en los servicios de asistencia al viajero se promocionan sistemas de medicina virtual; esto también tiene que ver con la cultura de la inmediatez, que exige que todo tenga que ser “ya”. Entonces, si podemos tener al médico más rápido y en una pantalla, todas nuestras expectativas y angustias se resolverían.

En 1978 Alma Ata profetizaba que iba a haber salud para todos en el 2000, lo que también terminó, desgraciadamente, siendo una quimera. Decía: “Hay una sola medicina, la que cura y hay muchas maneras de curar”. La medicina digital e inclusive la inteligencia artificial pueden ser herramientas poderosas para que los médicos puedan curar mejor; pero como toda herramienta depende del uso que le demos, que puede ser bueno o malo, que puede ayudar o no a aliviar el sufrimiento y la enfermedad. Creo que es aquí donde debemos encontrar un punto medio, ni *tecnolatria* ni *tecnofobia* sino *tecnosabiduría*; es decir, utilizar lo mejor de la tecnología. Es necesario tener un esquema que nos permita estar atentos a los riesgos y considerar los beneficios. No ser esclavos sino amos de la tecnología.

Actualización permanente, una exigencia imposible de cumplir

Existe una vieja tradición de los jueces que al momento de juzgar a un médico le dicen que pesa sobre ellos un deber de actualización permanente, que todavía se les sigue reclamando. Pero cómo podemos exigirle a un médico ese deber cuando en dos años, en 2020, la información médica se va a duplicar cada 73 días y cada uno de nosotros va a generar 1.000.000 de *gigabytes* de datos de salud. A modo de ejemplo, solo en 2016 se registraron 1.200.000 publicaciones científicas y medicas, lo que se conoce como *Teoría del Big Data*; el tiempo promedio de consulta va de 48 segundos a dos o tres minutos, es decir, la velocidad del giro de datos de salud hace imposible que cualquier profesional pueda estar siempre actualizado.

Ante este volumen de información, los procedimientos de inteligencia artificial, como Watson, van a ser muy positivos y muy favorables para los profesionales porque les va a permitir



obtener en pocos minutos toda la información disponible en el mundo sobre una determinada patología. Aún así sería imposible exigirle a un médico esa constante actualización con la cantidad de *big data* que existe hoy en el mundo y en nuestro país.

Riesgos y ventajas de la comunicación digital

Uno de los riesgos de la comunicación digital más omnipresente es la tendencia a la deshumanización, que puede producirse debido a la limitación del encuentro personal y del proceso de escucha activa y comunicación efectiva, todos valores tradicionales de la Clínica Médica. Además, puede favorecer al empobrecimiento de la comunicación y el lenguaje, la exaltación de datos y la minimización de la clínica. Otra de las consideraciones claves es la pérdida de confidencialidad ante estos dispositivos digitales y la afectación de la intimidad de los pacientes.

La precarización laboral de los médicos es otro de los factores de riesgo que pueden generarse debido a que las empresas de salud utilizan la telemedicina para reducir gastos y multiplicar sus ingresos económicos.

En cuanto a las ventajas de la comunicación digital, los dispositivos disponibles (smartphone, tableta, PC) permiten que la comunicación sea rápida, efectiva y económica. Además, mejora la comprensión de las indicaciones y los tratamientos, y permite realizar un mejor seguimiento a través de un sistema de alertas frente a cualquier contrariedad que pueda sufrir el paciente. Por otra parte, genera mejoras administrativas, como la solicitud de turnos o la lectura de resultados de estudios, y favorece las consultas e interconsultas entre jurisdicciones alejadas.

Acoso digital a los médicos

Actualmente, la gran mayoría de los médicos reciben consultas de sus pacientes a través de dispositivos digitales; esto que poco a poco adquiere mayor normalidad puede, en algunos casos, transformarse en una situación de persecución y acoso constante para el profesional.

Al acoso digital que sufren los médicos lo llamo *acoso whatsappico*, y esto a su vez, genera en los pacientes lo que denomino como *el síndrome de “me clavo el visto”* (ocurre cuando el médico leyó el mensaje y no lo respondió) que genera desesperación y reiteración indefinida de mensajes.

Así como el médico tiene un horario en un consultorio particular, es necesario que establezca a través de un acuerdo previo con los pacientes que día y en que horario responderá las consultas virtuales que reciba por medio de los dispositivos digitales. De este modo, podrá evitar el síndrome de *“me clavo el visto”* y el acoso *whatsappico*. Las especialidades médicas más expuestas a este tipo de acosos son Pediatría y Obstetricia.

Medicina digital vs medicina hipocrática

La medicina digital no está reñida con el Juramento Hipocrático. Creo que hay que hacer interpretación ágil, vivaz y prudente para poder bajarlo a la práctica. Justamente, el gran desafío es trabajar en ese aspecto.

Hay una ausencia de un plan regulatorio. Existió un proyecto de ley en la Cámara de Diputados, que trataba de regular estos aspectos generales de la telemedicina y de la medicina



digital en particular. Frente a este vacío legislativo, debemos recurrir a las leyes vigentes para generar a partir de ellas buenas prácticas ético-legales; en tal sentido, son claves la Ley de Derecho de los Pacientes, la de Datos Personales y la del Ejercicio de la Medicina, como así también al Código Civil. Con todo este cúmulo de normas se deben establecer estándares mínimos que garanticen, por un lado, la seguridad del paciente y, por el otro, la integridad y la responsabilidad profesional.



Índice

1. Objetivos gremiales	2
Los ocho puntos claves en la lucha sindical de la AMAP, gestión 2018-2021	3
2. Posiciones y pensamientos	10
Redes sociales y el problema de la privacidad de los pacientes	11
La precaria situación de los médicos de ambulancias	13
Opinión de la AMAP frente a la transformación de ministerios en secretarías	16
Posición institucional ante la aparición de casos de falsos médicos	18
Situación de las especialidades médicas en las residencias	20
Nuevas modalidades de atención a distancia. No es medicina, es negocio	24
La medicina, una ciencia humanística	27
¿Quién es responsable del error médico? Un análisis desde el gremialismo	31
El sistema médico privado al límite del riesgo de quebrar	34
El papel que debe cumplir el Ministerio de Trabajo	36
Los ataques al sindicalismo, con aires de reforma laboral	38
Consumo de medicamentos, entre las exigencias del mercado y la salud de la gente	41
La atención médica de los jubilados, un problema de salud pública	43
Algunas reflexiones sobre productividad, tecnología y emoción	45
Por la precarización laboral el Estado deja de percibir quince mil millones de pesos	48
3. Artículos complementarios	50
El significado de la organización de los trabajadores. El caso de la AMAP	51
Las implicancias legales de la medicina digital	56



📍 Santiago del Estero 354/360
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CP: C1075AAH

☎️ (54 11) 4381-4737 / 0810-333-6908

📞 +54 9 11 5603 3633

✉️ info@asociacionamap.org.ar

🌐 www.asociacionamap.org.ar

📘 SindicatoMédicoAMAP

🐦 SindicatoAMAP

📷 SindicatoMédicoAMAP

📺 AsociaciónAMAP