

EL MÉDICO COMO TRABAJADOR

Reflexiones y
propuestas para
salir de este
modelo desigual



CARLOS JOSÉ WECHSLER



EL MÉDICO COMO TRABAJADOR

Reflexiones y propuestas para salir
de este modelo desigual

CARLOS JOSÉ WECHSLER

EL MÉDICO COMO TRABAJADOR

Reflexiones y propuestas para salir
de este modelo desigual



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

Wechsler, Carlos José

El médico como trabajador : reflexiones y propuestas para salir de este modelo desigual / Carlos José Wechsler. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Autores de Argentina, 2018.

350 p. ; 20 x 14 cm.

ISBN 978-987-761-542-5

1. Ensayo Sociológico. I. Título.

CDD 301

Editorial Autores de Argentina

www.autoresdeargentina.com

Mail: info@autoresdeargentina.com

Diseño de portada: Justo Echeverría

Corrección y edición de estilo: Jimena Tudesco

Queda hecho el depósito que establece la LEY 11.723

Impreso en Argentina – *Printed in Argentina*

*Dedicado a todos los colegas
que aspiran a una medicina humanizada.*

A mis hijas Paula y Lara.

A todos los que me acompañaron, especialmente Graciela.

PRÓLOGO

Conociendo al Dr. Carlos Wechsler no me resulta difícil afirmar que este libro es el fiel reflejo y resultado de su trayectoria profesional, preocupación y aporte a la Salud Pública Argentina.

Desde una investigación sistemática de la historia política y social de la Medicina y su práctica en nuestro país, nos muestra cómo fue desarrollándose el entramado de acciones públicas y privadas hasta llegar a la multiplicación de las especialidades y subespecialidades médicas.

A su vez, analiza exhaustivamente la multifragmentación del sistema sanitario médico y su incidencia negativa en la efectividad y eficacia de la Salud, empobreciendo aun más el sistema sanitario al incrementar los costos que corresponden a intereses de mercado.

Sin poner en duda el aporte de la medicina de las especialidades, enfoca su preocupación ante el hecho político subyacente: una intención puramente comercial y totalmente negativa.

Por otra parte, refuerza la idea positiva de políticas sanitarias que respondan al concepto de Salud como situación deseable del ser humano y derecho subjetivo de las personas a su asistencia desde el Estado en la prevención, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Además, no deja de lado la visión del Médico como trabajador social, con derechos y obligaciones: sus luchas y enfrentamientos a situaciones netamente comerciales, políticas y en los últimos tiempos violentos, que influyen en su integridad y buen desempeño de sus tareas, logrando este objetivo mediante la participación en la sindicalización de los médicos.

Considero este libro un aporte importantísimo a la Salud Pública del siglo XXI; una guía ordenada de los principios a seguir en nuestro quehacer profesional: toma de conciencia, ubicación en

tiempo y espacio, compromiso responsable respecto a la diversidad, reafirmación de derechos y obligaciones, capacitación permanente, logro y afirmación de un régimen laboral único con bases sólidas, priorizar la importancia de la Ética Profesional sin perder de vista el factor económico. Enfatizar la importancia de la atención primaria y la medicina interna, en la búsqueda de un orden sistemático que asegure un diagnóstico cabal y certero.

En mi carácter de Presidente del Colegio Médico Distrito IV de la Provincia de Buenos Aires, debo reconocer la titánica tarea desarrollada por el Dr. Wechsler, resaltando en este aspecto su pensamiento en función de la reivindicación de los médicos como trabajadores de la salud con condiciones especiales por lo particular de su ejercicio profesional.

Y bregando además en pos de una continuidad de nuestro trabajo en las instituciones médicas de la Provincia de Buenos Aires.

Felicitaciones, querido colega y amigo.

Dr. Rubén H. Tucci

Presidente del Colegio de Médicos

Distrito IV de la Provincia de Buenos Aires

Índice

Prólogo.....	9
Introducción	13
1. Las formas de contratación	57
2. Un país sin salud como política de estado.....	113
3. ¿Cómo llegamos hasta acá?	125
4. Los dueños de la verdad sanitaria.....	137
5. Rol del administrador de la salud	143
6. El médico funcionario y/o empleador	155
7. Postura sindical sobre este tema	169
8. El papel de la academia en la aceptación de esta grave realidad.....	175
9. La dignidad del trabajador médico.....	185
10. Judicialización del trabajo médico	191
11. La guardia médica como concepto laboral.....	205
12. Comportamiento social ante el problema	217
13. La salud como bien.....	229
14. La violencia laboral en el sector	241
15. El desgaste profesional del trabajador médico	265
16. Conclusión y apertura al debate	287
Datos del autor	297

INTRODUCCIÓN

La intención de este trabajo es provocar el debate para que encontremos una salida al problema en nuestro trabajo múltiple y desorganizado. Deseo que el autocuestionamiento y el pensamiento reflexivo al que estamos acostumbrados en otros órdenes nos brinde ideas y acciones claras para una salida en este atolladero. Quisiera que cada uno de los colegas genere su propia producción al respecto, y de ese modo entienda y decida la conveniencia de la sindicalización como un camino necesario para la defensa laboral de nuestro colectivo. Sería esa una forma para encontrar la protección en el mundo laboral ya que el profesional médico ha sido muy maltratado en las últimas décadas.

Sin una sindicalización médica nuestro futuro laboral y profesional será incierto, porque seguramente comprometerá también a la salud pública, prosperando así el sector de la salud privada, de acceso condicionado para quienes pueden pagarla.

Me propongo, como todo médico, hacer un diagnóstico y buscar soluciones, que esto sirva para la defensa de la actividad laboral diaria, que nos expone profesionalmente y a la que no supimos ni sabemos defender como corresponde. Quisiera comentar la realidad como yo la siento, después de un período de unos treinta y cinco años de ejercer nuestra profesión, por lo cual reconocerán en este relato las vivencias del colectivo médico, claro está no las de todos, pero sí de la gran mayoría, pues es lo que diariamente proceso desde mi actividad y por la referencia de los colegas médicos en los lugares de trabajo. Gran parte del material recogido lo he documentado y publicado anteriormente en artículos de opinión o como material técnico desde hace años.

En este trabajo, que se encuentra dividido en diferentes capítulos con temáticas específicas, desarrollaré de qué manera se afecta nuestra dignidad como trabajadores. Algunas de las ideas o planteos

pueden superponerse en los diferentes apartados porque nuestra situación se compone como un entramado complejo que debemos comprender desde sus múltiples aristas.

Entre los ejes principales que dan estructura a esta obra es necesario remarcar los dos primeros, que son nuestras condiciones contractuales fuera de la legislación y el deterioro progresivo de las condiciones de trabajo. El tercer eje que se consolida a partir de aquellos anteriores y el que a su vez más nos afecta, es la pérdida de nuestro poder adquisitivo, que solo ha deteriorado aún más el ejercicio profesional.

Sé que hay situaciones muy disímiles que surgen de la realidad de este modelo multifragmentado de la salud en nuestro país, y cada compañero y compañera, desde su propia experiencia, seguramente tendrá muchos aportes para realizar, pero en un marco general como colectivo profesional, estamos atravesados por esos grandes ejes problemáticos. Por esta razón, y para un mejor análisis, surgió la idea de tratar de manera independiente los diversos aspectos que ocurren a diario en nuestra realidad laboral y que merecen ser descriptas por separado.

En síntesis, el objeto de esta publicación es que los médicos logremos sindicalizarnos para defender nuestra profesión, tal como ha ocurrido en numerosos países. Considero que es la única forma de defender nuestro arte de curar, desligándolo de un molde prefabricado que responde a un modelo médico comercial e industrial que es ajeno al sufrimiento humano. Debemos recuperar el criterio humanístico de la profesión y usar solo como pincel a la técnica para no caer en la tecnocracia, ya que nuestro colectivo profesional trabaja milenariamente y debe retomar su rumbo al servicio del que sufre. La salud es uno de los derechos fundamentales y por lo tanto su acceso debe ser igualitario como el resto de los derechos humanos.

Como en toda sociedad o colectivo, el imaginario cultural construido es difícil de cambiar de forma instantánea. En nuestro caso son muchos los colegas que piensan en la resolución de sus conflictos laborales desde lo individual. Quizás el hecho de ser médicos los

representa como sujetos particulares pertenecientes a “otra” condición social, bajo un estatus diferenciador en relación a otras personas, como lo era el médico hasta el siglo XX. Pero aún así, en los países centrales, y sobre todo los que pasaron largas y graves crisis, la concepción individualista cambió y los médicos se fueron agrupando gremialmente para la defensa de su trabajo y profesión. Actualmente, en este mundo globalizado pero fragmentario, es imposible luchar en solitario por la defensa de nuestros derechos.

Por otro lado, en un contexto en el que la comunicación informatizada domina todos los campos, existe el supuesto de que todo es posible de solucionar a través de la virtualidad. Una enorme cantidad de personas creen que buscando respuestas en internet se puede interpretar toda dolencia ajena, cuando en realidad esa distancia solo nos aleja del dolor que siente el otro. De esta forma solo nos alejamos cada vez más de la realidad del que sufre y por supuesto aumenta la distancia del médico con el paciente. Esta cultura tecnocrática nos sigue influenciando claramente en el fenómeno de deshumanización de la profesión y nos aleja del reclamo colectivo que nos debemos como trabajadores al servicio de la salud.

En efecto, para defendernos colectivamente habrá que romper con algunos mitos que la historia nos fue introduciendo desde lo académico y desde lo social. Anteriormente, pertenecer a una clase profesional se condecía con un estatus social más elevado y en la actualidad, a pesar de ser portadores de grandes conocimientos y de trabajar con el intelecto, desapareció el contrato privado del profesional médico con sus pacientes. Esos pacientes son hoy clientes administrados por intermediarios que de una u otra manera lucran en nuestra relación profesional. Esos intermediarios son en realidad los patrones que nos contratan en negro, sin convenios colectivos en el mundo privado y la seguridad social o con leyes y ordenanzas que desoyen nuestros derechos en el sector público.

Empezar cuestionando es abrir el debate para incentivar y reconocer la fabulosa degradación laboral que hemos sufrido en las

últimas cinco décadas los trabajadores médicos: mientras los responsables del funcionamiento de la salud pública acomodaban el terreno para el avance de las patronales públicas, privadas y de la seguridad social, nuestro colectivo defendió de manera desorganizada los derechos laborales del trabajador médico. A su vez, las formas fantasías de trabajo dominaron la escena imponiéndose hasta la actualidad. Ante este panorama respondimos con medidas coyunturales que se fueron tomando y hoy siguen en curso, pero no respondimos con planteos o acciones para tratar el desorden imperante.

En resumidas cuentas, la dinámica que nos condujo a este modelo multifragmentado de la salud fue impuesta por las patronales, y nosotros, desde la crítica sectorial, tratamos de frenar ese avance durante un largo período, pero con mínimos resultados en materia de lo laboral. Claro está que todo lo sucedido ocurrió en un campo social inundado de peleas políticas surcadas por sectores que se disputaron solamente el poder económico y no fue de interés la justicia social y mucho menos el desarrollo de una sociedad más igualitaria frente al derecho a la salud.

Asimismo, debo expresar por qué me centro en el trabajador médico en lugar de abarcar al universo de los trabajadores de la salud. Si bien todos pertenecemos al mismo sector del trabajo que se encuentra en una grave crisis, otros trabajadores ya se han organizado desde hace mucho tiempo y tratan de defender sus derechos. Los médicos, por otra parte, tenemos características en nuestro trabajo que, fundadas en nuestras incumbencias, adquiridas desde la carrera de grado y junto a nuestros roles especiales, hacen necesaria una defensa sindical particular. Ni peor ni mejor, solo diferente.

Respecto a las otras profesiones no debo ni quiero playearme ya que sus prácticas también son específicas. Cada actividad o profesión es singular y sería una falta de respeto entrometerme en cuestiones que poco conozco, y sostengo que los detalles de sus incumbencias deben defenderlas los protagonistas.

Creo sano y necesario, tal como lo establece la Ley de Asociaciones Sindicales, que los profesionales tengan sus propias organizaciones sindicales por actividad y destinen todas sus fuerzas para la defensa de las mejoras de sus condiciones laborales y remunerativas. Una vez organizados por actividad, es fructífero generar acuerdos por sector para lograr en conjunto una mayor fortaleza para los reclamos a un mismo empleador, y serán las organizaciones sindicales de segundo y tercer orden las estructuras adecuadas para luchar como lo establece la Ley.

Creo también en el principio solidario de la causa común entre las organizaciones para defender los objetivos que nos son comunes. Soy un defensor de la interdisciplina, ya que mejora los resultados, pero debe estar bien articulada para no superponer ni los roles ni las incumbencias profesionales, para no fomentar aún más el desorden actual.

A manera de ejemplo, ¿quién conoce las vivencias de un médico, después de 24 horas de guardia, mejor que el propio protagonista? Quien respondiera sin haberlo vivido desde su propio cuerpo nos faltaría el respeto, ya que estaría hablando sin experimentar esas condiciones de trabajo con jornadas interminables. En todos estos años no tuve la oportunidad de escuchar a ningún otro integrante de la sociedad o funcionario que tome nuestras demandas para acortar esas largas jornadas que cambiaron mundialmente hace más de cien años: las justas jornadas de ocho horas de trabajo diarias.

Estimados colegas, trabajadores médicos, sé que las personas podemos elaborar pensamientos diferentes acerca de un mismo tema, situación o hecho -afortunadamente-, pero en este punto necesitamos acordar una salida que beneficie a nuestro colectivo desde el seno mismo, y de manera organizada. Por ello insistiré en la sindicalización como el mejor camino.

Debo confesar que a diario pienso y comento a los compañeros y compañeras que estamos perdiendo una profesión y creo que es por no proponer una buena defensa ante nuestras precarias formas del

trabajo. Desde ya, son impuestas unilateralmente y las debemos caracterizar, encuadrar y reconocer dentro del marco de una economía informal. Dejamos de ser desde hace muchísimos años “trabajadores profesionales autónomos” o pertenecientes a una “profesión liberal”.

Permanentemente trabajamos para un tercero, que no es el paciente. Ese tercero es nuestro empleador, ya sea el Estado, la seguridad social, las empresas de la salud prepaga o los dueños de las clínicas o sanatorios. Ellos nos ponen o imponen las condiciones de trabajo y nos pagan o hacen que nos paguen.

Cuando se nos preguntó, ¿cuánto es el tiempo necesario para atender a una persona y cuánto vale ello?

Las respuestas son múltiples, tal como nuestros trabajos. En el sector privado se impone la menor cantidad de tiempo posible para que le rinda solo al patrón. En el sector estatal no interesa el mismo, pero no hay con qué trabajar. En ambos casos nos exponen o nos dejamos exponer profesionalmente y judicialmente por las demandas de la monstruosa maquinaria de la supuesta mala praxis. Una de esas perversas enfermedades sociales surgidas en las últimas décadas, en la que terceros comedidos las promocionan para ganar plata y enaltecer su cinismo. Trataré en un apartado este tema específicamente.

¿Qué pasó en estas décadas? De manera sintética puedo afirmar que se produjo un claro quiebre o ruptura de la institucionalidad que comprometió al derecho de la salud como tal.

Durante esa mutación los médicos solo nos acomodamos y vemos hoy los terribles resultados. No hubo propuestas de un cambio de fondo, que permitieran la proyección de un plan de salud enfocado como una política de Estado para encaminar la atención de las personas y nuestro trabajo de una manera digna.

Ningún gobierno pudo o quiso organizar un sistema de salud que unificara las formas del acceso plasmándolo como un verdadero derecho. Así fue como solo cambiamos mediante adaptaciones coyunturales, amoldándonos bajo el manto de la irracionalidad.

En las últimas cinco o seis décadas las formas de trabajo fueron mutando como respuesta a problemáticas coyunturales pero no fuimos tenidos en cuenta como actores de importancia en el sistema. Las necesidades que se atendieron fueron las del poder económico y político, no las de los trabajadores médicos ni tampoco las de la población que requería de la atención. Aquí debo plantear como causa de este fenómeno el surgimiento de la intermediación en el acto médico y el surgimiento del acto mercantil a cargo de terceros. Los enfermos sin capacidad de pago quedaron poco a poco dentro de la política del “sálvese quién pueda”. Con los años creció la oferta privada y los hospitales presentaron un salvaje retroceso fabricado desde los distintos poderes de turno. La readaptación del trabajador médico durante este largo periodo fue inorgánica, sin respaldarse en los Convenios Colectivos de Trabajo necesarios y con negociaciones paritarias siempre coercionadas por la política. No hubo ni convenios de trabajo ni paritarias para el trabajador profesional médico, solo arreglos informales que le convenían al financiador y al intermediario. Para nuestra profesión no existió la posibilidad de una concertación tripartita, para regular el mercado del trabajo en un modelo capitalista, es decir capital, Estado y trabajadores representados por la actividad. Vale aclarar que en esos años nuestro colectivo aun no tomaba conciencia de que la práctica médica es en sí un trabajo. Entre las razones de nuestro desinterés por la lucha debemos reconocer la falta de formación acerca de nuestro mundo laboral en la instancia académica y en nuestros primeros años de capacitación, en los que se nos inculcan y naturalizan ideas que a la larga nos impiden reclamar lo que nos corresponde: condiciones dignas de trabajo.

La “relación laboral de hecho” surgida allá por la década del 70, fue implementada desde su inicio por la mayoría de las clínicas y sanatorios, muchas obras sociales y posteriormente por las prepagas, que reafirmaron esta nueva forma de relación laboral. En esta etapa de transformación, en la cual durante muchos años no se habló, tal vez porque le cerraba a las partes (empleado y empleador), no

surgieron demasiados conflictos. Fueron pocos los que accedieron a las legítimas relaciones de dependencia que la legislación laboral establece. El resto cobraba su salario a destajo, trabajando de manera pseudo-liberal, presentando bonos o planillas de registros de la atención realizada. Más tarde en los 90, con el advenimiento de las políticas económicas neoliberales, los presupuestos se achicaron para el trabajador del sector, es decir, “nosotros”. Comenzaron los conflictos salariales pero no contábamos con organizaciones para defender el salario ni las condiciones del trabajo. Muchas entidades médicas de buena fe desarrollaron defensas gremiales pero sin el poder que la personería gremial brinda y una vez más se recurrió a las salidas coyunturales como solución que solo perpetuó el conflicto.

Así quedamos atrapados en la actual situación, dentro de una economía informal, sin los necesarios Convenios Colectivos de Trabajo en el sector privado, ni las negociaciones Paritarias del sector estatal ni representados como corresponde por la profesión que tenemos. La informalidad se constituye a partir de la falta de una política de salud y la inexistencia de un presupuesto planificado a nivel central.

Es así como la situación fue heredada por las nuevas camadas de colegas, haciendo de este proceso del trabajo el denominado “modelo médico de la atención”, que marcó la época. El mismo no fue más que una adaptación dismórfica de un servicio que la industria farmacéutica debía sostener, haciendo prevalecer de esta manera el factor económico a fin de aumentar las ganancias. Así nacieron todas esas formas fantasías del trabajo que nos fueron impuestas, formas inventadas para mantener tipos de relaciones laborales que solo apuntaban a sostener un modelo de consumo del medicamento. Y más recientemente, se impuso el consumo de los métodos diagnósticos utilizados indiscrecionalmente. Ante ese panorama no supimos defender la dignidad de nuestra profesión, ya que los cambios se anticipaban a las investigaciones y se vendían como valores su-

premos basados en datos supuestamente “verdaderos”, que eran en realidad impuestos por la industria. Las mayores inversiones se hicieron en propaganda.

El que no recetaba según lo establecido por lo presentado en los congresos de esa época estaba francamente fuera del saber o desactualizado.

Las estrategias de venta marcaban el paso, y durante la década de los noventa, donde se terminó el desarmado del sector público de la salud y su transferencia al sector privado, se instaló a una tecnocracia parásita que dejó de lado las necesidades curativas. Solo se hicieron funcionar las máquinas para seguir produciendo irracionalmente la facturación y el recupero de los inversionistas. Es un aspecto oscuro de nuestra formación profesional y se volvió natural con términos como “trabajo autónomo”. Bajo ese paradigma la reflexión sobre el tema laboral no debía estar presente, hasta que la propia realidad desbordó y nuestra profesión va por el mismo camino. No me quedan dudas que ante el avance del trabajo no registrado, debemos sindicalizarnos.

Otros países rompieron con los tabúes y comenzaron a defender el trabajo médico desde el colectivo desde hace muchos años y con muy buenos resultados. No me parece justo que se siga reforzando la idea del “trabajo autónomo” en un escenario donde hay una clara relación empleado y empleador. Tampoco debemos demonizar la actividad sindical. Los intermediarios no ven conveniente que nos sindicalicemos. La reforma laboral planteada durante el año 2017 no es más que una muestra de que el trabajador médico sería formalmente un trabajador autónomo, como lo establece el artículo nro 2, que modifica la LCT. En ese sentido, nos haría funcionar como “emprendedores” que deberían defender individualmente sus derechos. Un caso claro de esta figura es nuestra actual relación con las obras sociales, en las que, paradójicamente, muchos gremialistas son nuestros empleadores. Pero en ese nivel dichos dirigentes no son “sindicalistas” sino grandes empresarios.

Las relaciones informales se dan en todos los subsectores en mayor o menor grado, pero si la precarización del trabajo la proponen los organismos del Estado, esto representa un severo agravante, que es la falta de institucionalidad. Si estos organismos no son los que proponen el uso de la norma, qué queda entonces para el mundo del trabajo privado o de la seguridad social. En definitiva, todo ello no configura más que un gran núcleo de evasores encubiertos, que dañan aún más a lo público. La multifragmentación del modelo de la salud es la enfermedad, donde prima la irracionalidad desde su conformación hasta los resultados que brinda. No somos los que trabajamos en este sector los responsables de este triste hecho social.

La supremacía de los medios de comunicación han sido utilizados en los últimos treinta años para instalar la idea de que la salud pública es sinónimo de malos resultados. El bloqueo mediático y el acallamiento de nuestras voces fueron parte de esa estrategia. En cambio, la publicidad para mostrar a lo privado como bueno, fue el instrumento para que nuestra sociedad se convenza de que “lo estatal es ineficiente y lo privado es la salida”.

Se construyó un imaginario en el que la atención de las personas enfermas era el rol más importante y que estas se trasladaran al sector privado, que a su vez es el que más trabajadores en negro tiene y de esta forma se siga desmantelando al sector público. La principal manera de lograrlo fue mostrar al hospital público como deficiente e ineficaz.

La destrucción sistemática encaminada de antaño se llegó a concretar por una falta de inversión brutal, aduciendo los actores y partícipes necesarios que no se deben hacer gastos que aumenten el déficit Estatal. El resultado sigue siendo el crecimiento de lo privado, clínicas, sanatorios, prepagas y que los que pueden pagar accedan al derecho a la salud. En realidad, estos sectores solo acondicionaron sus estructuras edilicias y el confort del hospedaje junto con un equipamiento de aparatología desmedida que produce mucha renta, en detrimento de la capacidad de financiar a los recursos humanos.

Actualmente este problema del empleo del trabajador médico está sumamente agravado por el fenómeno del dumping laboral, sobre todo con la mano de obra barata de los médicos extranjeros que son contratados de manera irregular y también ilegal. Todo ello es producto no de un Estado ausente y que no controla, sino de este Estado permisivo, poco normador y favorecedor de todo este desorden y corrupción.

Por otra parte, quiero introducir mi idea acerca de la “institucionalidad social” y cómo la falta de esta nos afectó tanto durante este período histórico. Sin una concepción fuerte de este soporte fundamental no es posible el desarrollo en una sociedad o colectivo.

La institucionalidad social es un pilar esencial para asegurar la cohesión social o de un colectivo. Esta crea los condicionamientos necesarios para que las personas tengan el sentimiento de pertenencia en esa sociedad. Es la única manera de evitar la fragmentación y la pérdida de la confianza. La educación y la salud son las funciones básicas para cuidar a nuestra sociedad.

Todo ello es necesario para el crecimiento social, utilizando la ciencia y la tecnología para fortalecer una sociedad del conocimiento. Hoy por hoy está planteada la situación inversa: la ciencia y la técnica que otros fabrican terminan disociándonos. Si a una sociedad o al colectivo organizado le sumamos el principio solidario, se asegura mas aún la cohesión social. La contraparte de lo expresado es la desunión, la fragmentación institucional y se propende con ello a la desarticulación del colectivo.

Por lo tanto, es necesario que desde lo formal exista en una sociedad una unidad administrativa, que centralice las normas del funcionamiento, evitándose de esa manera que se dupliquen o incluso se superpongan actividades del grupo y se ponga en riesgo la cohesión social y su institucionalidad. Un ejemplo actual son los Ministerios de Salud o las Secretarías respectivas que afectan con sus normas a una misma población, pero con diferentes mensajes que terminan en la incoherencia. Hay poblaciones que con este proceder desde lo ins-

titucional se le superponen atenciones y a otros sectores se los desatiende. Es el claro caso que producen las entidades subnacionales, como las provincias y municipios cuando se superponen sus políticas sanitarias. Esto mismo ocurre con la seguridad social, creando gran confusión en la población y marcando una salud diferenciada para un mismo derecho. Otros sectores ligados a las empresas privadas, ni lerdos ni perezosos, salen a pescar la insatisfacción de los individuos con problemas de salud que cuentan los con recursos monetarios, para ofrecerles la solución a sus problemas de enfermedad.

Con este desarrollo quiero mostrar que el resorte del Estado como productor de salud no es ineficiente ni ineficaz, pero claramente lo son las personas que promovieron durante estos cincuenta años la superposición de políticas de salud, solo para cuidar sus intereses sectoriales y políticos. En este merengue de políticas superpuestas salieron otros trasnochados a crear leyes específicas para cubrir todos los baches que la normativa de fondo, que debe ser única, no contempló. Un ejemplo de esto son aquellas leyes especiales que se sancionaron para la atención o cobertura de las personas diabéticas, obesas, epilépticas, embarazadas o niños, en lugar de sancionarse leyes integrales y de prevención y promoción.

En este medio tan dispar, anacrónico e indefinido en lo normativo, debemos ejercer nuestra profesión y trabajar no solo interpretando la enfermedad que deberemos tratar, sino también cómo realizarlo en relación a lo que cada empleador haya estipulado. En otras palabras, si en un día de labor en nuestro mundo laboral multifragmentado, vemos a un mismo paciente con una misma enfermedad, deberemos tratarlo de diferente forma porque los recursos con los que contamos nos obligan a ello. Con “recursos” me refiero a aspectos reglamentarios, o normativos o disponibilidad de tratamientos en sí, y que de esta manera valorizan a la salud con distintas escalas.

Aquí está claramente definido que la salud en nuestro país no es un derecho, es decir, no todos tienen la misma oportunidad de curación ante la enfermedad y por otra parte estamos obligados a disociar nues-

tro trabajo y ejercicio de la profesión solamente por cuestiones de forma que las normas no definen. Todos estos hechos sociales han generado la realidad laboral del pluriempleo para el trabajador médico. En cambio, si tuviéramos un sólido sistema de salud, integrando a algunos de los subsectores mencionados y organizados con un espíritu solidario para la atención de un pueblo, sobrarían recursos financieros y los trabajadores médicos volveríamos a ser profesionales con un trabajo humanizado y bien remunerado como ocurre en muchísimos países.

Dentro de nuestra historia reciente, en estos últimos cincuenta años, no dejo de resaltar nuestra escuela académica, en los aspectos docentes y de la investigación, que supo tener al hospital público como protagonista y que hoy veo dar sus últimos coletazos como tal.

Hasta aquí todo lo expresado, que se presenta como una postura particular, puede ser cuestionado por otras ideas, antagónicas o no, pero son muchos los trabajos descriptivos que demuestran el deterioro sufrido en la actividad laboral del profesional médico. La economía informal en nuestro país actualmente corresponde al cuarenta por ciento del mercado, afectando a una gran variable de trabajadores de distintos sectores, pero puntualmente en la actividad médica, esta cifra se eleva al setenta y cinco por ciento, y tomando las formas fantasías y las bonificaciones ilegales que se pagan desde los Estados Nacionales, Provinciales y Municipales, estos valores aumentan sustancialmente.

Influyeron también y de manera específica en esta mutación, de la incorporación de las nuevas formas de contratación, el avance tecnológico de la informática y la tecnocracia diagnóstica, creando mayores desventajas para el que trabaja y restándole tiempo a la consulta como un hecho muy negativo.

Hace cinco décadas el profesional médico destinaba mucho tiempo de la consulta a la relación personal establecida con el paciente. Se conversaba y examinaba exhaustivamente a la persona ya que los exámenes complementarios eran escasos y poco definitorios para un diagnóstico. Este avance al que me refería, a nivel tecnológico,

comenzó a ayudar para resolver los diagnósticos y tratamientos de manera mas rápida, hecho que quiero resaltar como sumamente positivo. Pero poco a poco se fueron dejando de lado otros elementos que ayudaban notablemente en la relación médico-paciente, como son la confianza, el intercambio de la palabra y el afecto, que hacían a la relación más sólida. La creación de circuitos más cerrados de acceso a la atención, favorecieron a que se instalara un estado de despersonalización de la medicina en sí misma, creando un problema cada vez más complejo y desintegrador. Surgieron neologismos aplicados a nuestro trabajo, creaciones que perduran hasta la actualidad y que poco dicen acerca de la profesión. Un ejemplo ligado a la mercantilización del acto médico e impuesto por los intermediadores en el binomio salud/enfermedad es la palabra “prestación”, que de repente nos desfiguró y de profesional médico pasamos a ser un “prestador”. En ese momento, en realidad, pasamos a ser empleados (de manera muy clara en el marco de las leyes) pero no pudimos hasta la actualidad asumir esa condición como propia.

En esos años un prestador comenzaría a cobrar por prácticas unificadas y establecidas unilateralmente a las que alguien le ponía un valor en un catálogo llamado “nomenclador”. No contábamos en esos momentos con la herramienta sindical para defender el valor de nuestro trabajo, ya que no nos sentíamos trabajadores, pues somos “profesionales”.

Sobrevivimos con el trabajo a destajo, “mayor producción, mejor remuneración”, que es un verdadero atolladero sin salida. A menor tiempo de la consulta, más pacientes se podían facturar, creándose un verdadero modelo que asfixiaba a nuestro trabajo y a la esencia de la profesión.

En la actualidad, debo admitir que el tiempo dedicado a la consulta en la gran mayoría de los casos es muy breve por distintos motivos. La tecnología nos brindó excelentes oportunidades para definir el diagnóstico y el tratamiento, pero el acortamiento del tiempo alejó al médico del paciente, lo cual generó un vínculo más distante. La

fragmentación del modelo que se iba instalando con el pluriempleo “no formal”, provocó una creciente rotación en los puestos de trabajo, fracturando mucho más la relación con las personas que atendíamos y con quienes pagaban por ese tipo de trabajo.

Aquí queda claro como el concepto de “prestador”, que asumimos como tal, sirvió como instrumento para una transformación que marcó a nuestra profesión de manera muy negativa. De esa manera comenzamos a ser considerados como los gestadores de esa malformación que fue creciendo hasta la actualidad.

No hubo en todos estos años una actitud social madura y mucho menos desde las instituciones para generar un cambio de rumbo que nos llevara a buen puerto. Los daños los paga un pueblo sin un sistema de salud capaz de unificar los criterios del acceso a la misma y a los trabajadores del sector, que somos parte de la tragedia en el escenario.

No pudimos o no supimos encontrar un equilibrio entre las variables como el tiempo de la consulta y la ayuda del estudio complementario en la relación laboral, que mutó a esta forma precaria del trabajo actual. Por el peso de las cuestiones legales se comenzó a privilegiar a los estudios como elementos probatorios para la defensa ante un posible hecho de mala praxis, y así se produjo una mayor despersonalización en la consulta.

Los cambios introducidos por la tecnocracia generaron una nueva forma de ejercer la profesión, con una dinámica distinta. Antes pasaban muchos años hasta que los postulados sólidos del ejercicio se modificaran, siendo por ende más lentos los cambios laborales en nuestras formas del trabajo. En la actualidad las transformaciones se producen rápidamente, tal vez en algunos aspectos de año en año, ya que la actualización debe ser permanente, aunque falte el tiempo necesario para su comprobación y validación.

Un fenómeno que ha ocurrido en estas décadas y que debemos tomar como negativo fue la comercialización de todo este proceso, en el cual como trabajadores hemos quedado atrapados y hasta mal

vistos. Es en verdad un hecho detestable, pues nuestra vocación está marcada desde el comienzo por un sentimiento de brindar un servicio y dar ayuda.

Fuimos utilizados por las fuerzas económicas para distribuir sus productos, engrosar sus ventas y favorecer sus ganancias.

Con el aceleramiento de la información y la dinámica creciente de los cambios antes relatados, quedamos atrapados en esas redes, en la que los financiadores de todos los sectores priorizaron pagarle a la industria y no a sus trabajadores, que somos nosotros.

Así fue como llegamos al pluriempleo y a la precarización laboral, con una manifiesta informalidad estatal incapaz de controlar este desorden que expone a las personas en este proceso de la salud y la enfermedad. Admito que la sociedad tampoco ha participado para defender su derecho a la atención y solo participa financiando este carnaval, por eso deberá, creo, comenzar también a participar y comprometerse para restablecer la tremenda deuda de no contar con un verdadero sistema de salud pública. La salud pública no es solo estadísticas mientras haya en el medio personas que padecen y también mueren.

Claro está que existen diferencias en las prácticas culturales, que devienen de su propia sociedad e historia. Hay países que tienen sistemas de salud consistentes, con un funcionamiento racional y comportamientos reflexivos desde lo institucional. En ellos está pautada una mejor distribución para satisfacer los derechos de las personas sufrientes y de las que trabajan en este sector. También aprendieron a luchar por la defensa de su trabajo, organizándose sindicalmente para la mejora de sus salarios y condiciones laborales. En definitiva, los trabajadores médicos defienden su profesión y a la población a la que asisten de manera más organizada. De eso se trata aquí: debemos, desde nuestro colectivo médico, resocializar nuestra cultura médica, apostando a restablecer el vínculo humano con el paciente y de ese modo podremos lograr una mejora en la situación. Debemos trabajar también, como en toda

construcción humana, desafiando y experimentando desde nuestra actitud, para lograr un trato más justo en nuestras relaciones laborales sin lastimar nuestra profesión.

Durante muchos años nos enmarcaron dentro del “modelo médico hegemónico”, que fue una clasificación de nuestra actividad propuesta por antropólogos y sociólogos. Mientras nuestro colectivo seguía peleando contra las enfermedades, estos peleaban desde los cafés de la esquina, criticaban nuestro suplicio, impuesto por las industrias de la salud, nos endilgaron la responsabilidad y no tuvieron la valentía de confrontar con los verdaderos artífices del modelo.

Lo peor de esto es que algunos distraídos aun hoy siguen considerando a todo lo referido a lo “médico” como parte de ese modelo. Los trabajadores médicos cumplimos con nuestra actividad y no inundamos de paros a los hospitales, que es la mejor forma de lastimar a las personas que sufren sin los recursos para pagar otra atención. Así, terminan siendo funcionales a los gobiernos neoliberales que pretenden el achique del sector y su transferencia al sector privado y a las empresas prepagas. Lo más loco en su discurso es que dicen ser de la izquierda y ayudan a la derecha para reforzar el deterioro público.

Hablar hoy en día del modelo médico hegemónico está fuera de la realidad, ya que la mayoría de los trabajadores médicos estamos precarizados, con sueldos miserables y condicionados con el multiempleo.

La realidad actual esta surcada por el modelo sanitario comercial hegemónico, en el cual los profesionales médicos son un pequeño eslabón y simplemente de utilidad para que la maquinaria de la facturación no se detenga.

Los verdaderos ejecutores de este modelo son las industrias, los empresarios, inversionistas e intermediarios que apuestan allí donde puedan sacar una mayor renta. Pero esos críticos fervientes de nuestra actividad no les hacen frente a los mercenarios porque no van más allá de su vacío discurso.

No quiero con todo esto hacer un planteo moral, ya que al contrario, estoy convencido de que a todos nos gustaría volver a tener tiempo para la consulta, los estudios complementarios, y la dignidad de un trabajo estable con una verdadera proyección de futuro para recuperar nuestra vocación. Esa que se ha ido desdibujando por factores economicistas y deshumanizantes relacionados a otros intereses, ajenos a la salud de las personas.

No es que hayamos perdido la vocación, pero el hecho de trabajar permanentemente dentro de las diferentes crisis económicas, sin un sistema de salud diseñado con normativas claras, ha provocado que volquemos nuestro principal interés en asegurar la subsistencia propia. Una forma de sobrevivir o subsistir hasta tanto se produjera un cambio de los tantos prometidos durante los diferentes procesos de gobierno, pero al poder dominante no le conviene, y estas cuestiones por resolución espontánea no ocurren. Sería pueril o adolescente seguir pensando de esta manera. Un trabajador médico tiene que ser bien remunerado para dedicar su vida a la ayuda de las personas que sufren enfermedades. Eso sería lo justo, lo que nos corresponde, lo digno.

También la sociedad a nivel general sufrió grandes transformaciones. Durante muchos años privó un individualismo salvaje, implantándose el sálvese quien y como se pueda. Las leyes del mercado rompieron aún más el entramado social y se produjeron ciclos que reproducían el modelo con temporadas de cierta bonanza y luego otras catastróficas. De hecho, en todas estas décadas, hubo un retroceso en el sector público que atendía a la gran mayoría de la población y un avance poco controlado del sector privado que responde al mundo de los negocios. De esta forma se terminó desprotegiendo a los excluidos del trabajo formal y a los desocupados, principalmente.

En este tipo de esquema no hay que dejar de considerar que los recursos humanos son los elementos a ajustar cuando se desean cerrar “los gastos” de los empleadores, sea cual fuere el subsector del que hablemos.

A manera de ejemplo y solamente como un ejercicio de reflexión imaginemos los ciclos del PAMI: una obra social que desde su concepción podría haber sido utilizada de manera ideal para implementar como modelo de seguridad social. Es comparable, por ejemplo, con el modelo social, único y estatal de Inglaterra, cuna del pensamiento capitalista y de las medidas predecesoras del neoliberalismo.

En ese país la cosa funciona y aquí no, la obra social de las personas jubiladas padece la enfermedad ella misma, con intervenciones crónicas y corrupción estructural. Podemos decir que su modelo a nivel teórico es muy bueno y hasta aplicable, pero aquí se frustró en su aplicación por razones de índole social y políticas locales, fundamentalmente.

Los trabajadores médicos de esa obra social fueron muy perjudicados, junto con la población afiliada que necesitaba la asistencia. Desde su creación, el modo de trabajo varió tanto que sería difícil hacer un mapa de ruta. Con solo analizar las formas de contratación de nuestros compañeros médicos se puede demostrar ese desorden. Pasaron por la relación de dependencia, contratación por servicios, en negro, cápita o prestación y siempre funcionaron como amortiguador de choque para que, ante un mal funcionamiento, fuéramos expuestos los médicos como los responsables del fracaso.

Casos como este hay muchísimos, pero pareciera que ni la sociedad ni los trabajadores del colectivo aprendimos con esas experiencias vividas durante estas décadas.

En una cultura donde lo de todos es de nadie, donde el sentido de pertenencia del colectivo no es registrado como un valor, ¿cómo vamos a defender entonces nuestros intereses colectivos, si no hay un bien común a preservar?

Lo mediático ha jugado un rol fundamental para instalar este tipo de pensamiento individualista y así dejar de considerar a la salud como un bien común. No debemos olvidar que en los medios de comunicación fue, y hoy se reinstala de manera permanente, el bombardeo de que lo público, lo estatal es deficitario, es ineficiente e

ineficaz; mientras que lo privado y el esfuerzo individual son los determinantes del éxito. Y así nos fue: todo el sector público como el PAMI, las obras sociales provinciales y los hospitales quedaron dismantelados y en las condiciones propicias para el cierre y su transferencia al mundo de lo privado. Más o menos como los ferrocarriles.

Es un fenómeno muy difícil de modificar en el corto plazo, pues los intereses individuales han superado en el imaginario colectivo al del grupo, perdiéndose la estructura del pensamiento solidario. Ejemplos podemos encontrar muchísimos y espero que a los colegas le surjan muchos para comenzar a debatir una forma de defensa justa de nuestro trabajo.

Cuando hablo con los colegas o compañeros de las distintas organizaciones, siempre se termina planteando que, a la brevedad, no vamos a poder acordar entre los diferentes grupos sociales una forma para encaminar un modelo de salud más racional y humanizado. Pero me rehúso a creer que esta situación deba seguir dilatándose innecesariamente, como sucede en cualquier enfermedad crónica.

En esas conversaciones, que a veces son largas, controvertidas y hasta repetitivas, tratamos de debatir con los pies en el presente. Debe quedar claro que la realidad laboral del médico cambió, empeorando su calidad de vida y de progreso profesional. En nuestro acto médico tal vez esté claro que los protocolos deben ser rígidos como la ciencia lo exige, pero el debate laboral debe abrirse genuinamente y tiene que ser reflexivo pero crítico.

El cambio de las condiciones de trabajo actuales, a diferencia de la ciencia, no se cambian con protocolos, porque son dos esferas diferentes. Es en este punto donde existen las controversias cotidianas. Nuestro trabajo real surge de una demanda social verdadera y no de una fórmula técnica del poder financiero, apoyados por las recomendaciones de los organismos internacionales de la salud, que terminan aplicando los funcionarios a manera de moldes desdibujados para una solución verdadera. Insisto, para trabajar bien debemos responder a la realidad del que sufre, ese es nuestro encuadramiento laboral y profesional verdadero.

Para esto el debate entre pares es muy importante, desde nuestras propias organizaciones, para poder establecer las cuestiones prácticas, las acciones sanitarias necesarias que no deben responder a moldes estériles. De esa manera nos integraríamos colectivamente y de manera organizada, para comprender la realidad y ser comprendidos. Si no respondemos a esa demanda social genuina y seguimos trabajando como hasta ahora, de manera fragmentada y favoreciendo a la industria de la salud, no seremos más que vendedores de productos inventados.

Parte de nuestro trabajo profesional es establecer una relación inversa en la comunicación, evaluar qué le hace falta a nuestra sociedad a nivel sanitario y aplicar un plan. En la situación actual recibimos los mensajes unidireccionales y los aplicamos sin miramientos, incluso por una demanda poblacional propia de una sociedad de consumo. Es una responsabilidad de nuestro colectivo cuestionar esas líneas de acción y considerar su impacto, mediante un pensamiento crítico, antes de aplicarlos sin una acabada interpretación. Esto nos ubicaría a nosotros como sujetos activos, capaces de proponer o de aportar desde nuestra profesión.

Por todo esto me pregunto, ¿cómo ha influido la mediatización del mundo de la salud en nuestro ejercicio profesional?

No cabe duda que para acceder al conocimiento la internet es una maravillosa herramienta, pero en ocasiones puede ser un arma de doble filo, por ello muy peligrosa.

En la actualidad la trampa esta planteada por la instantaneidad con la que percibimos los hechos, desde lo inmediato y el “ya debería haberse resuelto”, un proceso en el que la adaptación se hace fugaz y superficial, se produce como un reflejo en el que no media la reflexión. El trabajador médico no queda afuera del problema. Tampoco los pacientes pues ellos tienen menos elementos de conocimiento para resolver la cuestión.

Por lo tanto, desde lo laboral, no hay un tiempo físico necesario para usar la reflexión: con consultas rápidas la respuesta es más auto-

matizada, como si trabajáramos en una línea de producción de autopartes, una robotización del trabajo. En el acto médico debe existir siempre el tiempo para realizar la actividad, poco o mucho, pero esto lo establece la realidad a solucionar y no un programa previo como el que utilizan los administradores o gerenciadore del trabajo. Así se fue generando un modelo de adiestradores y adiestrados. Si se nos presenta un paciente con un problema que lo aqueja o preocupa y nos lo transfiere, nuestro sentido común dice y establece que esa información recibida de esa persona debe ser deconstruida y reconstruida para buscar una solución real de acuerdo a nuestro saber. Nuestra consulta es un proceso. En la automatización de la respuesta ese proceso se interrumpe y el resultado no es el mismo.

Y allí se rompió el objetivo principal de esa consulta, que es intentar comprender y hacerse cargo de lo que preocupa a esa persona en ese momento y situación tan particular, su estado de salud o enfermedad. El problema ahí establecido inicialmente queda circunscrito a ese momento.

Cuando falta el tiempo necesario para resolver este problema se termina adicionando un nuevo conflicto con una mayor insatisfacción para la persona que nos consulta y tal vez se produzca nuestra propia frustración personal y profesional.

Si este mecanismo deja de ser circunstancial y se establece como una forma de trabajo, comienza a plantearse lo que algunos llaman “configuraciones problemáticas”, que terminan perturbando la vida individual de las personas. La realidad nos demuestra que así están establecidas nuestras condiciones laborales y debemos intervenir para pelear por un cambio en esta situación. La lucha deberá plantearse mediante acciones concretas, desde el colectivo.

Malos tratos, violencia laboral interna y externa, acoso laboral, miedo a la judicialización de nuestro trabajo, desordenes en el ámbito de la convivencia familiar o social y otras que podamos sumar, todas ellas que tan comunes parecen, representan esas configuraciones problemáticas.

Las instituciones, en nuestra sociedad, no cuentan con una capacidad de respuesta a este problema, ya que también están a destiempo y enfermas por la degradación a la que fueron expuestas durante los diferentes períodos históricos de las últimas décadas. No hay duda de que los trabajadores médicos, como el resto del conjunto social nos encontramos dentro de una grave crisis y sin duda comprometemos a nuestra profesión si no le damos un giro al timón de nuestra actitud frente a esta realidad. La crisis, que si bien existe en muchas dimensiones, como la económica, política y social, en nuestro caso la vivimos con mayor intensidad por nuestra inclinación humanística dado el profundo deterioro al que se ha llegado en el sector de la salud pública. Se vive un retroceso, a pesar de los grandes avances en la ciencia, pues se generó una mayor frustración.

No quiero ser nefasto, pero espero que no nos tengamos que arrepentir por no defendernos colectivamente en un momento tan duro, cuando la realidad nos pasa por encima con la alta precarización laboral que nos somete al mundo del pluriempleo.

Por supuesto que si formulamos una propuesta de cambio debe ser organizada desde nuestro colectivo y con la participación de nuestras organizaciones profesionales y sindicales de la actividad. Debemos representarla los propios trabajadores médicos, pues somos nosotros los que la conocemos, no solo por la práctica sino también por el entrevero que genera el desempeño en un sector multifragmentado.

Nuestra tarea es promover la reflexión y plantear la construcción de un ámbito de trabajo más saludable. En la actualidad, la tarea es sumamente desgastante, no solo porque trabajamos con las realidades penosas de las personas que asistimos, sino también por las condiciones de trabajo deplorables y la violencia ejercida hacia los trabajadores médicos, a quienes las personas identifican como un medio válido de reclamo ante la ausencia de las autoridades. Ese ambiente violento lo provoca también las contradicciones propias del modelo fragmentado y los conflictos internos suscitados entre los pares y el

resto de los trabajadores del sector, debido al desgaste crónico de este proceso.

Si nos sentimos médicos, no debemos dejar de ser médicos y la solución no puede ser una simple actitud de conciliación pragmática. En la actualidad solo vivimos justificando la situación adversa, debemos ir más allá, al sentir de nuestra profesión ya milenaria, siendo fieles a nuestra vocación personal y profesional.

No busco parecer ingenuo, sé que esta realidad es globalizada por los aspectos económicos, que provoca la flexibilización de las relaciones laborales, siendo el sector de la salud uno de los más afectados. Pero no dejo de observar que también hay un grupo de sociedades con comunidades más organizadas que han logrado convivir con cierta libertad responsable y sin dejar de lado el principio de autoridad institucional y han constituido sistemas de salud como políticas de sus propios estados. Por supuesto, apostaron por seguir profesionalizando la medicina y no entregaron la profesión a una mera tecnificación de la cura, que sería uno de los mandatos del modelo médico industrial. Este ejemplo achica la idea de que un sistema de salud igualitario no es una utopía.

A esto debemos apuntar y no a una nivelación decreciente, hay que tomar como referencia a países en los cuales la salud es mejor y dejar de comparar lo que tenemos con los peores modelos para conformarnos.

De todos modos soy consciente de que en un mundo en el cual la organización del capital se basa en la acumulación de bienes y ahora para peor, se organiza en el manejo desde los intereses del capital financiero, va a ser difícil hacer que se vuelva a un modelo de justicia social y que incluya a la salud pública como una prioridad.

Hasta ahora los profesionales médicos fuimos solo participantes pasivos en la transformación de este injusto modelo. En estas décadas participamos acomodaticamente, pensando en no perder lo que teníamos, pero la realidad de no pelear por una mejor forma de trabajo, digna, nos llevó a ser solo mano de obra barata y fácilmente

explotable. En estos últimos años se nos sumó el dumping laboral, con un desmedido ingreso de profesionales médicos de los países vecinos, que las patronales utilizaron para abaratar más el trabajo en un mercado claramente irresponsable. Este fenómeno se constituyó inicialmente en el sector privado de las clínicas, sanatorios y seguridad social, abarcando en estos últimos tiempos hasta en sector público. Aquí es el lugar donde el Estado debe tener una intervención regulatoria, no a los fines discriminatorios, pero sí con la obligación de controlar la calificación de un recurso que termina ejerciendo de manera irregular o inclusive ilegal. No es discriminación, es nivelar a lo justo, aspirando a condiciones dignas para todos.

Un agravante se da cuando este mecanismo se ve favorecido o efectuado por empleadores médicos, que demuestran no tener los escrúpulos ni la ética necesaria. Alientan con ello la creación de estos comportamientos, que afectan a la dignidad de los colegas médicos y de la población a la cuál le prometen una atención de excelencia de forma prepaga. Estos individuos pelean por sostener el capital, solo quieren su negocio y nada tienen que ver con la salud pública, no les importa lo racional o irracional de su proceder, solo apuntan a obtener las ganancias para la empresa.

Debemos trabajar desde nuestro sindicato para que los colegas de otros países que deseen trabajar en nuestro territorio, puedan hacerlo libremente pero enmarcados dentro de las normativas vigentes y haciendo los aportes reglamentarios de las matrículas, cajas y otros.

Aquí es donde las organizaciones intermedias como los Colegios de Médicos, Cajas de Seguro y Previsión y sobre todo el sindicato de médicos deben establecer una participación activa, exigiéndoles a los organismos de regulación del Estado para que tomen las medidas del caso, para proteger el trabajo en blanco y registrado que nos corresponde.

Claro está que las políticas favorecedoras del individualismo y liberalismo tratan de sostener este tipo de descontrol. Por ello, cuanto menos intervención de un Estado social haya para que se ocupe de las

dificultades de la vida del colectivo, mejor. Ello termina como siempre ha sido en la historia, menor distribución de recursos financieros para el trabajador y por ende, mayores posibilidades de concentración para pocos, o sea, para la patronal. Patronales que en muchos casos son empresas precarizadoras que se crean para enmascarar a los verdaderos responsables legales y desvincularlos en las relaciones de dependencia. Como ejemplo podemos mencionar a las obras sociales provinciales o sindicales pertenecientes a otros gremios.

Podríamos debatir mucho con las posturas economicistas, pero los médicos somos en realidad los que vemos morir a las personas por la inequidad en la distribución de recursos físicos y humanos para tratar las enfermedades que son prevenibles o curables. La ética nos permite dar una sola respuesta posible. Volvemos inexorablemente a un planteo moral, en defensa de una solución humanística para las personas enfermas. No creo que solo debamos aliviarles el sufrimiento a las personas que atendemos con una escala de valores economicistas, todas las personas tienen igual derecho al acceso.

Nuestra profesión y la forma de trabajo durante mucho tiempo le sirvió a los que tenían el poder, los dueños del dinero, pero ahora nos están sustituyendo por la abundante tecnología que tienen a su disposición y creyendo concienzudamente que la solución a sus problemas es la tecnocracia, sostenida con una mano de obra barata. Todo ello maquillado con establecimientos acondicionados para el consumo y el confort durante la enfermedad. Y así se sostiene la idea de que los sectores sociales que menos recursos tienen no deben acceder a la misma atención, pues haría sentir indignos a los sectores privilegiados por su posición económica acomodada.

Esa mano de obra barata que también realizamos los médicos en los establecimientos públicos y privados de menor monta, que carecen del acondicionamiento lujoso y de la capacidad tecnológica, nunca serán para acceso de los dueños del dinero ni para los funcionarios que miran desde afuera la escena. Todo ello no habla más que de un acceso diferenciado a la atención de la enfermedad, es decir,

del derecho diferenciado según las clases sociales para poder curarse.

Habrá que pensar entonces en dos posibilidades: no mentir más y cambiar la Constitución Nacional, redactando la verdad de lo que sucede de hecho, es decir, que hay acceso a la salud según la capacidad de pago de las personas; ó que el acceso no será igual para todos y con eso limpiamos nuestra hipocresía.

Analizar los aspectos de la salud pública, con las situaciones laborales del modelo multifragmentado tienen para mí una importancia fundamental, para entender la asimetría con la que son considerados los enfermos y los trabajadores médicos. Quiero expresar con esto que hay una medicina de primera y otra de segunda y por qué no una de de descarte.

Así, muchos actores consideran que nuestro trabajo profesional es reemplazable por informes, protocolos y determinaciones de estudios complementarios, y su simple lectura por alguna persona con un título de grado a los fines legales es suficiente. Digo lectura y no interpretación del resultado, que sería el acto intelectual adecuado para la cuestión. Aquí hago referencia al quiebre de nuestra profesión, a la posibilidad de que en un futuro se convierta en una simple tecnicatura.

No hemos desarrollado de manera paralela un acompañamiento para la humanización de esa tecnología. Falta el tiempo para la consulta y la remuneración adecuada, insisto: nosotros como profesionales que trabajamos en esas condiciones debemos pelear para el cambio. Un cambio necesario para defender nuestra dignidad de trabajadores que somos y la de los pacientes engañados por la situación. Les recuerdo que no estamos frente a un doble discurso, sino ante una doble moral ya establecida.

Como contrapartida debo reconocer que de manera casi refleja nos ultraespecializamos para mejorar los ingresos, siendo ello un hecho positivo desde el punto de vista de la ciencia, pero también nos alejamos de los pacientes como personas, a menos que funcione una interdisciplina.

Una vez inmersos en tal escenario, se favoreció a esa ruptura del vínculo vital persona-persona y denominaré a la relación médico-paciente, persona-persona, para aquellos críticos de nuestra profesión que introdujeron la idea del modelo médico hegemónico, una manera frívola de entender nuestra dedicación.

La antropología y sociología son profesiones muy valiosas, pero en general hacen las observaciones desde cómodos escritorios, sin olores producidos por heces malolientes, vómitos o supuraciones fétidas y los lamentos desgarradores de los que sufren. El modelo al que hacen referencia debe llamarse en realidad “modelo patronal hegemónico”. No quiero dejar de observar que muchos de estos antropólogos y sociólogos trabajaron para los patrones y lo siguen haciendo para diseñar las estrategias del sometimiento de los trabajadores. Nuevamente, terminan siendo funcionales al poder.

Ahora quiero introducir otro concepto ignorado y no puesto en la escena, el “modelo médico industrial”, una estructura que hasta el mismo Theodore Roosevelt ya trataba de limitar allá en los comienzos del siglo XX. Él los definía como “monopolios que perjudicaban a los consumidores” y creó una entidad estatal que debía vigilar la pureza de las drogas y los alimentos, predecesora de la actual FDA, que forma parte de ese modelo que defiende intereses puntuales y controvertidos, a tal punto que lo que habilita esta entidad está aprobado en todo el planeta, sin importar el daño producido.

No creo que con esto explique nada nuevo para la mayoría de los lectores, pero no es lo mismo verbalizarlo a diario que escribirlo y someterlo a un análisis provechoso para evitar que nuestro colectivo quede señalado como el productor de este perverso modelo.

Nos quisieron hacer creer que generamos modelo médico hegemónico, ensuciando el nombre de una genuina profesión humanista, algunos problematizadores desde sus profesiones trabajaron para desarrollar estas ideas y hoy, cincuenta años después, siguen hablando mal de los colegas, a quienes acuden rápidamente ante cualquier problema de su propia salud. Ellos, los supuestos progresistas del

mundo, son quienes deben trabajar sobre las causas sociales de la enfermedad y fomentar una articulación estratégica con todos los actores del modelo.

Quiero diferenciar claramente al “modelo médico hegemónico”, como una teorización banal y llevarlo a un plano más profundo para hacer hincapié en el “modelo médico industrial”, donde deseo mostrar que fuimos y somos un instrumento para los intereses comerciales de una industria específica.

Qué mejor que no existiera la enfermedad, pero ella está desde que el hombre es hombre. Nosotros solo colaboramos en el proceso de la curación, con disminuir el sufrimiento de la personas y hay que remarcar también que en la defensa de la salud somos grandes colaboradores, pero no los dueños. La defensa de la salud es un patrimonio del pueblo, la sociedad, la ciudadanía o como quieran llamar a la comunidad humana.

El carácter hegemónico del modelo actual no lo creamos los médicos, lo instauró el poder con plata y por plata. Lo hegemónico se plasma en la cultura, con formas de costumbres y valores dominantes. Pasa así a ser una norma cultural aceptada que puede o no ser acompañada de los cambios institucionales necesarios.

En el caso de la salud, nuestro trabajo y el desarrollo de la profesión no se modificaron paralelamente y he ahí la gran discordancia actual entre el trabajo y las formas laborales. La precarización masiva en nuestro colectivo médico y la multifragmentación no son más que los exponentes de este hecho.

El enemigo de una salud pública en tanto derecho igualitario, está situado en las supraestructuras donde se concentra el capital. Estos no requieren, como mencionaba antes, de un sistema de salud porque compran la atención. Todo esto cambiaría si los funcionarios de gobierno y los responsables del poder judicial se atendieran en los establecimientos públicos.

Si los cuestionadores de la medicina científica no comercial proponen otras alternativas para curar a las personas, tienen derecho a

hacerlas, siempre y cuando no sean charlatanismo puro. El rigor de hacerse cargo de la cura de otra persona también exige que los planteos desarrollados tengan la consistencia suficiente para permitir la validación no solo social, sino también de la ciencia y las regulaciones que la sociedad con su participación y en su conjunto haya acordado. Si es así, bienvenido sea.

Un caso reciente que habla de ello es el de una propuesta de un proyecto de ley que presentó una diputada¹. El mismo plantea la no obligatoriedad de la vacunación en los individuos, y en el caso de los niños, que los padres decidan a voluntad si vacunarlos o no. A esta altura del partido sabemos que quien decide no vacunar, pone el riesgo a terceros. Durante siglos trabajamos para erradicar ciertas epidemias y lo que propone esta delegada del pueblo es volver a exponerlos innecesariamente. Retirar las vacunas conocidamente como eficaces y eficientes solo traería mucho más gasto y costos para reparar el mal efectuado por no vacunar. Necios siempre aparecen en este contexto. Está clarísimo que la salud es un bien individual y a la vez social, pero debemos defenderlo entre todos los espacios de nuestra estructura comunitaria.

Los médicos, con nuestro saber, que sí es propio de los que estudiamos y muchos durante toda la vida y luego lo entregamos con nuestra experiencia a la sociedad, está clarísimo que debemos participar críticamente para difundir nuestra postura desde el conocimiento científico de la enfermedad. El derecho a la salud se define y se defiende desde las condiciones para no enfermar, que son políticas, sociales y fundamentalmente económicas. El derecho a la cura, que es parte de la salud, se asegura desde el acceso igualitario a la atención.

Hay quienes creen que el liberalismo de la profesión es un mecanismo valedero para el ejercicio de la medicina. Los colegas que optan por la defensa de este modelo autónomo tienen en claro que sus

1 Diputada Paula Urroz, de la alianza Cambiemos.

potencialidades individuales superan a la producción del conjunto. Sobre todo si no hay regulaciones desde el Estado para “avasallar” sus libertades individuales. En su imaginario brillan las ideas de la propia empresa y un desarrollo sin límites. Muchos de ellos llegan a ser los dueños de las empresas que luego dan trabajo a otros colegas, en condiciones de explotación y sometimiento. Después se quejan de los malos pagos de los financiadores, y cuando los empleados médicos -colegas-, le solicitan aumentos y mejoras en las condiciones de trabajo, argumentan siempre que la situación económica y financiera es la responsable y no ellos mismos. Es la conjunción de una mezcla de hipocresía y autoconvencimiento para quedar bien con dios y el diablo, o con uno mismo.

A lo largo de la historia los empleadores supieron ejercer efectivamente su defensa, por ejemplo, aglomerándose en cámaras patronales, para corporizarse y pelear con los administradores y gobernantes para limpiar el déficit que ellos mismos producen desde sus establecimientos. Estos a su vez son los que ponen el freno para que el médico que ejerce la profesión, como cualquier otro trabajador, no pueda afiliarse en sindicatos para la defensa de su trabajo.

Claro está que a los individuos que creen en este tipo de alternativas, no los tienta la idea de un Estado social. Ahí lo público está a disposición de la sociedad, el hospital como propiedad social, los sistemas de protección y los derechos sociales le otorgan a las personas un presente para desarrollarse y en caso de necesidad pueden ser asistidos, sin los límites del dinero que los asalariados y los excluidos por el desempleo experimentan. Hay, en definitiva, un estado de protección y no uno de incertidumbre, como se plantea desde el estado liberal e individualista.

En este sentido, el principal inconveniente lo producen algunas organizaciones médicas de estructuras y funcionamiento arcaico, que sostienen las formas de negociación implementadas en el pasado. Y es sobre el presente donde hay que trabajar, ya que es la realidad sobre el cual podemos transformar e ir construyendo un futuro

que nos permita ejercer dignamente nuestra actividad profesional.

Por ejemplo, algunas organizaciones denominadas “primarias”, que antes decían defender gremialmente el trabajo del médico, pero desde el inicio intermediaron los honorarios o el salario de los compañeros directamente con las cámaras empresariales médicas, hoy son las que siguen descalificando la organización sindical. Está claro que estas entidades no quieren perder el valor económico de esa “intermediación”.

La Universidad y las sociedades científicas siguen ejerciendo, por arrastre desde la Facultad, un adoctrinamiento que hace prevalecer un mensaje de que el saber académico es todo, descartando de hecho el valor del trabajo. De esta forma, funcionan como un sistema cerrado de enseñanza, y su política es trabajar para mantener el statu quo. Esa postura conservadora e individualista, que trasunta las aulas, favorece que los profesionales médicos al egresar de su carrera de grado, desconozcan claramente aspectos sociales de la actividad y del trabajo profesional. El egresado pareciera salir en molde, con una total discordancia entre la teoría adquirida y las reales necesidades que nuestra sociedad presenta.

Por otra parte, la institución académica termina siendo responsable del desconocimiento de una realidad laboral, en la cual es imposible insertarse formalmente y desarrollar la profesión. En los claustros no se enseñan conceptos básicos de la legislación laboral, ni se compromete con las dificultades de la formación de postgrado. Tampoco en su currícula se incluye al trabajo del médico como parte de un aprendizaje para el real ejercicio de la profesión.

Considero que sería necesario incluir en los programas de grado la cuestión de las condiciones de trabajo, que unifiquen el criterio para desempeñar con normas de buenas prácticas de nuestra actividad. Otros países, ya en su carrera de grado, incluyen el acceso al conocimiento del trabajo profesional, la sindicalización como principio de la defensa de la profesión en el trabajo. Los resultados de la organización laboral posterior al egreso resultan muy favora-

bles, mejorando también los resultados de la promoción, prevención y atención.

La Facultad como institución debería participar activamente a los fines de la organización sanitaria futura de los egresados, para evitar la notable ruptura que existe entre la teoría adquirida durante la carrera y la práctica.

Algunas especialidades en la actualidad sobreabundan, mientras que otras son deficitarias, creándose situaciones críticas en el futuro del área asistencial. No hablo de sustituir la currícula, ni restringirla, al contrario, habría que extender estos conocimientos tan importantes, que ayudarían de manera positiva al desempeño posterior de la profesión.

En definitiva, esos saberes mejorarían las futuras condiciones de trabajo, no solo para resolver la enfermedad de los pacientes, sino también para aprender a cuidar nuestra salud personal ante el estrés laboral y de los riesgos que nuestro trabajo nos provoca.

Los trabajadores médicos debemos hacernos valer como tales, con una preparación desde la Facultad. Así se rompería ese abismo que hoy existe entre el egreso y el inicio de la actividad con la dignidad que nos merecemos. En síntesis, si estamos bien formados realizaremos mejor nuestra actividad laboral, que quedará al servicio de la sociedad y formará un verdadero circuito virtuoso. ¿Le molestará a alguien que esto ocurra?

Actualmente el desorden laboral impera y así de desorganizado es el mecanismo que utilizamos a diario para resolver profesionalmente las situaciones asistenciales que se nos presentan. Hay un desgaste de energía extra que bien encausado daría frutos más aprovechables en lo asistencial, académico, científico y sanitario. En otras palabras, trabajamos mucho para trabajar mal y debemos comenzar una autocritica en este aspecto, si fuera posible de forma organizada desde el colectivo.

Así como en la clínica, en las distintas situaciones de nuestra realidad laboral, no hay una resolución igual a otra y para ello debe-

mos contar con una herramienta adecuada. Con esto me refiero a los provechosos aspectos organizativos y operativos con los que un sindicato cuenta. En nuestro caso, la herramienta es el sindicato de médicos, que tiene ámbito de aplicación nacional para ejercer nuestra defensa en cada subsector. Esto es muy necesario dado el desorden al que este modelo multifragmentado nos condena. En realidad, cada lugar de trabajo debería tener exactamente el mismo convenio porque nuestra actividad la debemos realizar de la misma manera sea cual fuere el lugar de desempeño. La creación de un Estatuto del Profesional Médico sería la solución, tanto para el trabajador como para el empleador y para los beneficiarios de esta forma de orden. Así ahorraríamos energías y obtendríamos mejores resultados. De este tema hablaré como propuesta más adelante.

La enfermedad ya nos plantea en general cuestiones que hacen a la pena ajena, pero si le sumamos la higiene inadecuada, faltante de baños y de lugares de descanso, persecución laboral y mala paga por el trabajo, la carga se hace insoportable. Esta situación se transforma automáticamente en lo que conocemos bien: el desgaste laboral nos pone en riesgo de enfermar y de generar, por el agotamiento provocado, un daño involuntario a nosotros mismos y a los terceros que atendemos.

El ambiente en el que atendemos debe ser confortable y adecuarse a las normas sanitarias existentes, esas que están escritas y no se aplican. Debemos trabajar en ambientes saludables y no seguir adaptándonos a lo que hay y como se pueda. Ese eslogan actual que menosprecia a la persona humana, que nos dice “es lo que hay” y que ya se ha hecho crónico su uso, cambia solo un poco cuando alguna autoridad se acerca o estamos próximos a elecciones y los políticos y funcionarios salen a mendigar votos.

Otro aspecto es contar por supuesto con la ropa de trabajo requerida y que es obligatoria, así como elementos y equipamiento para desarrollar nuestra labor, de los cuales los empleadores nos deben abastecer. Son reglas básicas en el mundo del trabajo. Mencionar es-

tas cuestiones que son básicas me parece lastimoso, pero ya son parte del folklore de la salud pública en nuestro país.

Desde hace muchísimos años no veo desde la institucionalidad que se disponga de lo necesario y se dignifique nuestro trabajo. Durante treinta y cinco años viví distintas etapas en la actividad de nuestro sector, en las que hubo muchos cambios, siempre desfavorables, y fueron achacados a las crisis económicas sufridas en nuestro país. En realidad, significaron retrocesos para que se consolidara el modelo multifragmentado que hoy tenemos. Así se produjo paulatinamente la transferencia del sector público al privado, aunque en ese subsector las mejoras tampoco vinieron. Asimismo, a pesar de ser la seguridad social un sistema cerrado y solidario, tampoco se plantearon mejoras en las condiciones del trabajo para beneficiar a sus afiliados.

Para el médico estas crisis significaron siempre una desmejora remunerativa y el empeoramiento de sus condiciones de trabajo, con un gran impacto de orden negativo en la atención de los pacientes y de quienes los trabajadores nos hicimos cargo, incluso exponiéndonos profesionalmente de los resultados. Cuando algo en la atención sale mal, el primer “culpable” es el médico, pero nadie muestra la verdadera causa: la desidia de una sociedad que no controla ni castiga a los administradores, funcionarios y gobernantes que llevaron a este desastre.

Si por analogía trasladara lo sucedido a otra actividad, como ser un taller metalúrgico, me cuesta pensar como haría el operario si le faltaran las herramientas para realizar la tarea. ¿Debe este comprarlas o las repone automáticamente el empleador para no afectar su producción? Esto es racionalidad pura. El empleador se afectaría inmediatamente si no lo hiciera, porque caerían sus ventas. En nuestro caso, adherimos por vocación y el principio de la solidaridad nos hace reponer desde nuestro pecunio los faltantes, porque en este caso no hay ventas, sino enfermedad para batallar y reponer la salud perdida.

Es momento de que empecemos a usar la herramienta gremial, no para dejar de atender a los enfermos, sino para exigirle a la sociedad entera que se haga cargo de ayudarlos. Muchos dicen que el Estado está ausente, y desde mi perspectiva sostengo que este es el Estado que tenemos, minado para defender los intereses individuales y no los del colectivo. Los gobernantes dicen que defendiendo al individuo se ayuda a la sociedad, pero la ironía es que al individuo, en la salud al menos, se lo defiende con un Estado que lo proteja.

No podemos esperar un retroceso mayor: el modelo fragmentado no es un sistema en sí mismo, sino una suma de estructuras que no se pueden mezclar entre sí, ya que tienen objetivos diferentes y hasta antagónicos en algunos casos. Son una suma mal hecha de un montón de subsectores y su resultado no puede ser aprovechado socialmente de una misma manera. A este desorden lo desgobiernan mil normativas con diferentes enfoques, que se contraponen desde lo ideológico y lo operativo.

Los trabajadores médicos, que ejercemos nuestra profesión en este caos, tenemos por ende muchas normativas diferentes para trabajar, y otras tantas maneras contractuales y formas de pago por nuestra labor. Esto surgió de un ensamble de estructuras y financiamientos complejos e inamalgamables.

Los trabajadores médicos estamos dispersos por esta fragmentación del modelo, cada cual reconoce su espacio y trata de defenderlo, pero aquí debemos proponer y organizarnos como lo hace cualquier otra comunidad o colectivo que lucha por la defensa de los intereses comunes a su profesión. Ante la consolidación de un reclamo fragmentado, perdimos, de esta manera, la fuerza para ejercer nuestra defensa.

Pareciera que durante todos estos años nos aferramos a lo malo conocido. No avanzar y permanecer donde estamos para evitar dar un paso a lo desconocido que causa temor por volver a fracasar. Creo que debemos avanzar, atrevernos a tomar un nuevo camino que asegure una mejor forma de ejercer nuestra profesión, con la dignidad

merecida. Una revolución para nuestro colectivo no implicaría cambiar el orden establecido sino el desorden imperante.

¿Cómo puede ser que a pesar de los avances de la ciencia y la tecnología los médicos trabajamos peor que antes? Este progreso del conocimiento se hace disociante a la hora de mirar los resultados y la comprensión del problema. Pero es así, las estructuras edilicias en algunos subsectores están destruidas literalmente y llegaron a esta instancia por la falta de mantenimiento y el abandono, producto de la desidia de los gobiernos. Esta destrucción sistemática sobre todo en el sector público se llevó a cabo a pesar de las permanentes y reiteradas denuncias por parte de las organizaciones médicas. En otros sectores los edificios son modernos y hasta lujosos, pero hay que pagar mucho para poder acceder. En ellos solo se atiende el sector más pudiente de la sociedad.

De todos modos, sea cual fuere el lugar de trabajo para nuestros colegas, la situación es de explotación, donde reinan las malas pagas y condiciones de trabajo precarias y hasta infrahumanas en muchos casos. La estrella que llegó al podio y que se ha ido consolidando en estos últimos 25 años es el trabajo en negro, no registrado y disfrazado de tantas y diversas formas fantasías de contratación.

A diario nos siguen sorprendiendo hallazgos en este mundo laboral, que solo a mentes delictivas se les ocurre elaborar y poner en práctica. El caso clásico se encuentra en algunas clínicas, sanatorios y sistemas de emergencias móviles, donde comenzamos a detectar organizaciones que ingresan a supuestos médicos de países vecinos, de manera ilegal, quienes no cuentan con la documentación necesaria que acredita la profesión. Les otorgan números de matrículas falsas y ejercen de esa forma, en la irregularidad o ilegalidad. Un reclutador los ingresaría, por solicitud y coordinación de un médico proveniente de uno de esos países y a pedido de clínicas o sanatorios del conurbano bonaerense. Pero el que los contrata es el empleador argentino que conoce este procedimiento y es el responsable y por qué no parte de esa asociación delictiva. Así se constituye el mecanismo de

dumping laboral con el objetivo de bajar el costo de la mano de obra de los médicos de nuestro país. ¿En dónde están las organizaciones de fiscalización? Las entidades que descubren estas situaciones y las denuncian, no cuentan con herramientas adecuadas para impedir que estas sistemáticas se sigan desarrollando.

Volviendo al tema central, es muy poco el trabajo registrado y un profesional médico debe trabajar entre doce y catorce horas diarias de promedio en los primeros veinte años de la profesión. Cabe mencionar que, en promedio, un médico obtiene la especialidad y la formación básica recién después de los treinta años de edad.

Sumado a todo lo anterior, tenemos que defendernos de los judicializadores de nuestro trabajo, como una carga extra que nos deteriora de tal manera que solo a fuerza de voluntad logramos superar, mientras la sociedad mira desde la tribuna. En estos últimos años se ha sumado el factor de la violencia laboral externa, producida por las personas que no encuentran una respuesta clara para sus necesidades, en un modelo que los excluye mediante una amplia brecha socioeconómica. Somos el mostrador de quejas por estar en la escena y nos hacemos cargo, mientras los funcionarios fabrican protocolos normativos para que sepamos actuar si nos insultan o pegan. La hipocresía está a la vista y la muestra la inseguridad que existe dentro de los establecimientos de salud.

Para cerrar esta introducción, voy a contar lo sucedido en una jornada de sindicalización realizada hace un tiempo en nuestra seccional de la zona norte del conurbano bonaerense. Gracias a la exposición de nuestro invitado, el filósofo Alberto Buela, luchador desde su ideología y actitud por la justicia social, entendí que desde lo individual, cuando intercambiamos ideas, partimos desde la hipótesis del disenso² y sería irreal si quisiéramos que el otro piense igual que nosotros. Por ello es difícil -y por qué no imposible- consensuar, sin

2 Buela, Alberto. Teoría del disenso. Fides Ediciones, Tarragona, 2016

embargo, sí podemos acordar. De este modo, consensuar implicaría que las personas con diferentes ideas, a partir de una discusión, llegasen a pensar de igual manera. Acordar, en cambio, sería entonces más apropiado, alinearse desde la teoría y la práctica para seguir desde ese momento, con normativas comunes pactadas para el logro de determinado fin.

En nuestro caso, para la defensa de nuestro trabajo, con “acordar” ya sería un gran arranque. Si de la defensa del colectivo del profesional médico se trata, tendremos que organizarnos para defender nuestro salario y combatir esas desastrosas condiciones de trabajo a la que nos someten. No nos autoexcluyamos más.

Organizarse entre trabajadores de una misma profesión y generar un acuerdo gremial para defender nuestra injusta situación actual es posible, y así es como está establecido en la Ley de Asociaciones Sindicales, que nos brindó la oportunidad de la creación de nuestro propio sindicato. Busquemos ajustarnos a la legislación laboral, que se gana solamente luchando y obligando a los empleadores a que cumplan con la Ley.

La protección de un Estado social, propia de una sociedad salarial, comenzó su declive en las últimas décadas, tomando así un mayor curso las políticas neoliberales. Las normas del Estado protector se fueron flexibilizando y el patrón de medición es achicar el gasto público, siendo uno de los focos a destruir el sector de la salud pública. Este es nuestro teatro, el telón se ha corrido y la tragedia deberá ser revertida por los actores, porque no es espontánea la solución. Nuestro pueblo ha perdido las garantías que nos protegen de los riesgos que surgen en la vida social. El derecho social y la protección social decrecen en este tipo de regímenes políticos que acompañaron la situación.

La pulseada público-privada está determinada por los flujos financieros. Los políticos y los técnicos economistas explican sus verdades, tratando de demostrar cómo la competencia del libre mercado es más beneficiosa para los individuos, pero para la so-

ciudad el resultado fue el empobrecimiento y una dificultad cada vez mayor para acceder a la salud. Solo generó una pelea entre individuos, destruyendo los lazos sociales y generando un núcleo de violencia en nuestros lugares de trabajo. El mensaje es claro, en este modelo la salud que se la pague cada uno y el que no tiene dinero que se embrome.

En contraposición, el Estado social trata de conjugar las fuerzas de la producción y los derechos sociales. Genera un equilibrio entre las normas necesarias para la producción de las riquezas, su distribución y su integración con los actores sociales que las producen. En este modelo claro está incluida la protección de la salud como un derecho. Alguna vez gozamos de ese tipo de sistema, que se fue desintegrando en los últimos sesenta años, conduciéndonos a esta crisis actual, representada por el modelo multifragmentado. En síntesis, es una cuestión de valores que la moral de una sociedad elige para luego ser implementados. Así es como la propaganda y la difusión constante, instalada periódicamente logró el objetivo del poder: “lo estatal no sirve, lo privado es mejor”.

Los médicos, por la lealtad a nuestra vocación, debemos defender a la salud como un derecho humano y que la salud de las personas forme parte de la salud del colectivo social. La salud debe ser garantizada como un derecho básico y ser de acceso universal. De este modo seríamos consecuentes con la profesión, principios y valores.

Nuestro saber y dedicación también valen mucho y debemos reclamarle a los empleadores y al conjunto social, para que consideren a nuestra actividad con la importancia que se merece. Que podamos tener una dedicación exclusiva, con condiciones de trabajo adecuadas, y que se nos asegure una remuneración acorde a esa realidad. En definitiva, el beneficio es para la sociedad entera, y es cuestión de reconsiderar a qué le damos más valor, si a tener bienes o una vida sana. Ser persona implica esta decisión de darle valor a la vida.

¿Cómo conciliar nuestros principios solidarios con los que sufren, en una economía de mercado?

El mercado es un monstruo sin sentimientos ni afecto, un patógeno más. El antídoto para salvarse en caso de enfermar es el oro, plata o dinero. Así está planteado en los modelos liberales.

En mi caso particular, no me imagino conciliando en mi interior, pidiéndole dinero a un paciente a cambio de la consulta y si no lo tiene dedicarme a buscar a otro que sí pueda pagarme para poder afrontar mis propios gastos. Es muy controvertido pensar de esa manera, pero la empresa funciona con ese pensamiento. Así funciona la salud pública en una salud de mercado, y esto es lo que piensan y practican los ideólogos de la reducción del gasto público en salud. Eso es lo que se ha hecho históricamente en nuestro país, desde el postperonismo del 55 y se volvió a reafirmar nuevamente en el postradicalismo de Illia hasta la fecha. Las obras sociales fueron creadas como estrategia y resistencia para que no se extermine el principio solidario en la salud, pero fueron sus administradores muy injustos con los trabajadores médicos hasta la actualidad.

La situación es mala para la profesión y de esta emergente neoliberal que sigue sacando formas de acopio a la superficie, los planes privatizadores permanecen revoloteando como cuervos que se quieren deglutir los restos que quedan. Es difícil que los empresarios del sector apuesten a mediano y menos a largo plazo, pues en estas condiciones les conviene hacer dinero con dinero. Producir salud es hasta controvertido, pues eliminar la enfermedad los dejaría sin un trabajo rentable. Ellos tienen que seguir favoreciendo la enfermedad porque es su fuente de producción. Por analogía con la biología, ellos serían los parásitos que viven de otros seres que hacen el mayor gasto y pagan esos costos con su propia vida.

Cuántas veces hemos escuchado que los parásitos son los pobres, que viven de las dádivas que la sociedad debe aportar como un gasto innecesario e inútil y que debe restringirse. Todo esto es un tema muy controvertido y centrado en principios ideológicos no alejados

de la ética. Personalmente, me quedo sin dudarlo con un modelo de Estado social equilibrado y equitativo, antes que con el salvaje mundo del mercado en la salud.

Nuestro Estado actual, en un franco retroceso, afectó directamente a los derechos en el área de la salud. Se alteró funcionalmente y estructuralmente, pero solo se plantearon maquillajes con algunas políticas de gobierno superfluas, que dieron algunos beneficios como el acceso al medicamento o planes de vacunación, que no aseguran el pleno derecho a la salud. Invocan a Ramón Carrillo como su mentor, pero él nunca dijo que la solución pasaba solo por darle remedios al pueblo.

Contamos con el saber para transformar esta realidad, solo falta organizarnos con un fin común y trabajar en un plan no menor de cinco años, que sea integrador y considere una estructura sanitaria funcional, que resuelva los problemas de la población y permita reivindicar los derechos laborales de los trabajadores del sector. Todo esto, por supuesto, dentro de una política de Estado en salud, acordada por todos los sectores sociales y usando como denominador común una ley que incluya al profesional médico dentro de una carrera única, instrumentada con un Estatuto del trabajador médico.

Esta norma permitiría que los colegas conservaren las mismas formas contractuales y condiciones de trabajo en los diferentes lugares de trabajo. Facilitaría a su vez la organización del trabajo achicando las actuales diferencias con los empleadores y que nuestro trabajo impacte positivamente en un modelo sanitario más coherente, igualitario para el acceso y equitativo en su financiamiento.

Espero dejar en el lector algunos interrogantes, que le permitan reflexionar acerca de su propia realidad cotidiana en los lugares de trabajo, y para que sus propias experiencias tengan respuestas adecuadas en su vida laboral. Que organizar su trabajo mejore su vida en su esfera familiar y social.

Invito al debate presencial en el seno de nuestro sindicato, en las reuniones periódicas y que de lo trabajado surja el camino que nos

permita avanzar de la manera necesaria para que nuestro colectivo pueda realizar un cambio real, concreto, que no solo se estanque en el plano teórico. El objetivo final debe ser la dignificación de nuestra actividad laboral, para que podamos transferir nuestro saber como aporte para la defensa de la salud pública, considerándolo como un verdadero derecho humano.

1. LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN

Los problemas de mayor prevalencia en nuestro trabajo en las últimas décadas son, a mi entender, las formas de contratación. Estas se presentan bajo una forma de trabajo no registrado o subregistrado que alcanza al 70% de los colegas, y permiten la generación de condiciones del trabajo no adecuadas para realizar la actividad que terminan desprotegiéndonos y perjudicando al objeto de nuestro trabajo de manera directa. Lo gravísimo de la cuestión es que en este caso trabajamos con sujetos que gozan de derechos civiles y merecen dignidad en la atención. En este sentido se plantea la gran problemática de la judicialización cuando no se tiene en cuenta que las condiciones laborales ejercen una gran influencia en nuestro desempeño.

En la actualidad, los profesionales médicos de la República Argentina trabajamos dentro de un modelo de salud multifragmentado y desde el punto de vista económico-laboral podríamos situarlo dentro de una economía informal. No hay una partida presupuestaria para la salud, marcada para un propósito de gastos y costos que haga previsible su desarrollo y en la que los pacientes y trabajadores estén cubiertos como corresponde. Pareciera existir una anomia de hecho en nuestro mundo laboral y los grandísimos recursos monetarios destinados para gastos y costos existen, pero en un modelo desdibujado y desfigurado con tal mixtura que se hace difícil describir con alguna lógica argumentativa. Nuestro financiamiento, el de los recursos humanos, se pierde en el camino de la desidia o la malversación de esos fondos. Alguna vez y después de tantas décadas de adversidad, mala administración, corrupción y robo, debemos

organizarnos como trabajadores que somos, para abordar el tema y normalizar nuestra situación laboral.

Nuestros empleadores, políticos, funcionarios, empresarios, administradores, gerencadores, o como queramos llamarlos, en todo pronunciamiento hablan del “sistema de salud”, pero en realidad no es más que un modelo multifragmentado. Si lo miramos desde los resultados, su eficacia y eficiencia componen un “modelito”, como para llamarlo de algún modo. Pero si lo miramos solamente desde la actividad económica pura y el despliegue superpuesto de las actividades, diríamos que se trata de un “modelazo”. Si al modelo multifragmentado lo queremos llamar “sistema”, algo falla: hay un error conceptual ó este sistema está muy enfermo y cada órgano o aparato hace lo que quiere o puede y todo, tarde o temprano, se va a morir por el fallo multiorgánico. Ya se encuentra en una situación crítica y nosotros como trabajadores de la profesión médica también, porque somos parte.

Es como si por analogía lo comparáramos con lo que le sucede a un organismo humano: nosotros bien sabemos que cuando la integración de las partes y funciones no están acomodadas entre sí, la enfermedad y la muerte están presentes. Ellos lo muestran como un “sistema”, pero no lo es, pues está configurando solamente la sumatoria de subsectores que ni siquiera están articulados entre sí en la práctica diaria. Tampoco podría definir que cada subsector en sí mismo se ciñe en sus objetivos de trabajo para generar un modelo de integración de varios subsistemas independientes pero complementarios.

Más grave aún es que cada uno de los mismos funciona de forma independiente y no le debe rendir cuentas a nadie de lo producido. Cada subsector trabaja desarticulado y no están obligados a realizar registros comunes de resultados que deban volcarse para mostrarle a la sociedad qué es lo que está sucediendo. Ya sea desde lo epidemiológico, cuando no se programa un plan de acción integrado con un mismo fin o propósito, o desde lo administrativo, cuando a los pacientes se les superponen consultas, internaciones, estudios comple-

mentarios y tratamientos, muchas veces innecesarios y generadores de malgastos de los recursos.

Un aspecto muy controvertido que quiero mencionar y dejar suspendido en este ensayo es acerca de sus objetivos de funcionamiento. Es imposible que la actividad de un hospital, una clínica o sanatorio, una obra social o una empresa prepaga estén abiertas al análisis de los datos para que el Estado estructure un plan de la salud racional. Pero son necesarios para establecer cómo mide nuestro Estado sus resultados sanitarios para poder planificar las normativas a seguir y las acciones para mitigar aquello que es promocionable o prevenible. Por otra parte, los trabajadores médicos realizamos nuestras actividades de manera anárquica, ejerciendo la profesión desde el multiempleo informal.

Si hilara fino, y sin focalizarme en una ideología liberal o de justicia social, concluyo en que coexisten subsectores cuyo objetivos para su existencia son opuestos. Unos tratan de brindar salud y curar la enfermedad sin medir los gastos y costos pero sí resultados, y otros cuyo objeto de existir es el lucro, el hacer dinero prestando un servicio mercantil y que en su balance final debe solo volcar ganancias económicas. En estos últimos, cuanto menos gasto y costo se produzca, más redituable es el negocio, y por esa razón se restringen muchos de los tratamientos, aduciendo que no están incluidos en sus servicios. En el sector privado y de algunas obras sociales no interesan los registros epidemiológicos y si los usan es para aumentar las cuotas o redistribuir los recursos financieros.

El otro tema que trataré es que dejamos hace muchos años de ser profesionales autónomos, pertenecientes al grupo de las “profesiones liberales”. Hoy ejercemos la actividad profesional en un sector netamente precarizado y manejado dentro de una economía informal. Para comprender mejor estas problemáticas debemos preguntarnos si a esta altura nos concebimos como trabajadores y nos autoreferenciamos colectivamente para la defensa del trabajo y la profesión. Los Colegios de Médicos siguen apoyando la defensa de la profe-

sión, en la capacitación, la formación continua, la formación de los especialistas y el control de las matrículas junto a la resolución de los problemas éticos que surgen. Por ello desde la década de los noventa formalmente arrancamos a desarrollar un sindicato que defendiera nuestros intereses en el mundo del trabajo. Hoy podemos decir que nuestro sindicato se ha consolidado y está en pleno crecimiento y desarrollo. Nuestra meta nunca fue desplazar a otras organizaciones médicas, sino que cada una pueda seguir con sus misiones específicas y así sumar fuerzas para que nuestro colectivo se beneficie y crezcamos institucionalmente.

En este contexto trabajamos, nuestros compañeros venden su trabajo en los diferentes establecimientos, hospitales públicos nacionales, provinciales o municipales, pertenecientes al sector público Estatal. En cada subsector hay regímenes laborales diferentes, para dividirnos y que no podamos aglutinar la fuerza necesaria para la defensa gremial. ¿Por qué no tenemos una Ley única del trabajador estatal en la salud? Todos le temen: los empleadores porque deberían sincerarse y perderían el manejo financiero, y los trabajadores temen ser perseguidos o considerados como “conflictivos” por el hecho de reclamar por sus derechos. Algo similar pasa en la seguridad social, los establecimientos privados y las empresas prepagas.

Desde los diferentes Estados, en la oposición clara que tienen, desestiman una ley de carrera única y argumentan en muchas ocasiones con frases como “vivimos en una república, es un país federal y las provincias tienen su autonomía, los municipios se administran de manera independiente” y así podría seguir escribiendo los mil justificativos, que precisamente no hacen a la construcción de una Nación. Carrera única significaría un Estatuto del Trabajador Profesional Médico, aplicable en todos los ámbitos de trabajo. En realidad, tienen miedo a que una organización sindical los obligue a transparentarse.

Pasando al sector privado y a las obras sociales sería más fácil establecer un denominador común para hacer justo el trabajo. Ese deno-

minador se llama Convenio Colectivo de Trabajo. Tomando como base, por supuesto, a la ley de carrera médica única o estatuto, que debería aplicarse a todos los lugares de trabajo. No es algo fácil pues en estos subsectores los intereses económicos son los que mandan. Un sindicato médico fuerte, es decir, con un número importante de afiliados, lo logrará.

Nuestro heterogéneo mundo laboral es un obstáculo de peso para afiliarse, pero de a poco se está dando, pues muchos de los empleadores chicos y medianos están sufriendo el embate de las políticas concentradoras y se están asfixiando.

Así podría seguir describiendo este entramado y sumar las formas de trabajo que los patrones han inventado para nuestro sometimiento y argumentar que producen salud. Hoy en día nuestro sindicato, como otros en los cuales reina la precarización laboral, afiliamos individualmente. Este hecho hace a un crecimiento lento pero sólido y los colegas que se afilian están seguros de participar y comprometerse con la defensa de su profesión.

Desde las políticas flexibilizadoras de los años 90, los contratos de trabajo temporarios comenzaron a inundar la plaza laboral, convirtiendo al trabajador médico en un paria, sin los beneficios que marca la Ley y con salarios que no alcanzan a cubrir una canasta para un profesional de la salud. Para ejemplificar esto a manera de lo que ocurre en todo el país, podría mencionar la Ley 11.757 de la provincia de Buenos Aires, que se puso en vigencia en el año 1995 para regular el ingreso del personal al nivel municipal. Pero hecha la ley, hecha la trampa, ya que la gran mayoría de los intendentes dispusieron la confección de contratos de trabajo temporarios por locación de servicios anuales y hasta mensuales. En algunos casos les hacían firmar a los compañeros contratos de locación de obra, como si se tratara de una burla grotesca. De manera burlesca y con la impunidad total de un Estado no ausente, sino con ese Estado que lo promovía, hacían referencia a que tenían el derecho ya que esa Ley los autorizaba. Sabían que era una ley falsa y que tenían el poder de

para evadir el Derecho Laboral Argentino. Los reclamos fueron en vano pues el resto del poder estaba de acuerdo y no hubo un juez que fallara en favor de los trabajadores. Muchos años después, en 2015, la Ley fue anulada por inconstitucionalidad y se sancionó la Ley 14.656 para que los municipios integraran a sus trabajadores dentro de las condiciones generales de las leyes de fondo. La Ley en cuestión fue sancionada y reglamentada, pero no pudo debutar pues la Gobernadora que asumió en esos momentos la suspendió por seis meses mediante el Decreto Nro 26/2015. Recién entre mediados y fines de 2016 se aprobó la reglamentación de la ley y al día de hoy adhirieron más de 50 municipios, que cuentan con paritarias y un convenio colectivo de trabajo. Pero todavía quedan cientos de municipios bonaerenses en los que no se cumple con esta ley que es de orden público, y por ello, obligatoria.

Hasta aquí intento relatar lo que ya conocemos muchos colegas, para que otros tantos, como pueden ser los médicos más jóvenes, no deban pasar el suplicio que nosotros vivimos para aprender a defender nuestros derechos laborales. Los jóvenes que fueron parte de todo el proceso de la transformación social de estas décadas, tal vez eran estudiantes de grado en esos momentos y hoy se encuentran en una realidad disociada entre lo aprendido en los claustros académicos y la verdad de la calle. Deberán como nosotros, los de mayor experiencia, reconfigurar la realidad laboral, destruida por los cambios socioeconómicos de estas décadas.

Una reflexión que debemos darnos entre los colegas es cómo nos autodefinimos y construimos nuestra imagen profesional, si trabajamos con el guardapolvo en dependencia para terceros y no ya desde la autonomía laboral. Tendremos que terminar con esa lucha ideológica individual interna, que nos contrapone entre la autonomía liberal del pasado y la actual realidad de trabajadores asalariados. Este binomio puede resultar demasiado teórico, pero es concreto ya que muchos colegas vivieron en paralelo las dos realidades, y a esta altura hay que tomar una decisión y definirnos por un presente.

Como sindicato de médicos optamos entre los colegas a denominarnos trabajadores médicos y nos agrupa por supuesto nuestra profesión misma. Como trabajadores debemos defender a nuestro colectivo para no poner en riesgo a nuestra profesión.

Cuando menciono a la multifragmentación y al desfavorable multitiempo surgido como una necesidad puramente económica, tengo que reconocer que los profesionales médicos, hasta la fecha, no supimos defender nuestro trabajo por un carril adecuado y los empleadores lo saben y utilizan esta realidad para explotarnos fácilmente.

Nosotros pecamos tal vez por ingenuos, creemos que la ética utilizada profesionalmente debe replicarse en cualquier orden de la vida. En el mundo del trabajo reina el capital, el que utilizan los empleadores y en donde el único código utilizado es el de las ganancias o las pérdidas. Los recursos humanos que manejan los técnicos contadores nos califican siempre como el eje de ajuste. Los proveedores, si no cobran, les cortan los insumos y la rueda de la producción se frena, pero nosotros por una cuestión de la ética profesional no debemos cortar nuestra provisión de trabajo. Los pacientes están primero, y es cierto, pero en este análisis los pacientes son de los empleadores en todos los subsistemas. Estos les deben asegurar la atención. No solo hago mención al conflicto de intereses morales aquí disparado sino también a la cuestión dineraria que nos incumbe para nuestra propia subsistencia.

En este mundo el que sobrevive es el más rápido para esquivar las pérdidas y para ello se ajusta por el lado del más débil. A la hora del descuento, como lo hace siempre la patronal, elige por los salarios de los trabajadores. En nuestro caso, a los dueños de las empresas no se les ocurre tocar los salarios de los empleados administrativos, maestranza o enfermería. Ellos están todos sindicalizados y si nos les pagan paran, porque el enfoque ético es diferente. ¿Nuestra debilidad entonces pasa por la ética o por no afiliarnos y sindicalizarnos?

Debo reconocer que muchos autores me han ayudado para enriquecer mis reflexiones, pero en la gran mayoría surgen de la experien-

cia propia y de los aportes de los compañeros de lucha que ayudan a sostener nuestra profesión. En el discurso neoliberal este tipo de juegos, que afectan a la dignidad del que trabaja, toman un mayor auge y las situaciones de precarización se agudizan e incrementan.

Esos discursos en los que proponen la igualdad de oportunidades en el trabajo son mentirosos, en la salud pública solo tratan de disimular la desigualdad de oportunidades, ya que las dificultades del acceso al trabajo son la moneda corriente porque en el sector el achique es una de las propuestas. Achicar el gasto público es el mensaje permanente de estos indolentes. El dolor humano solo pasa por cálculos contables.

El Estado social o protector tiene también sus dificultades, pero la justicia social trata de disminuir estas desigualdades, en el acceso a los servicios y en los ingresos de los trabajadores para que sean suficientes. Se cumplen las consignas para humanizar la atención y con las condiciones de los que trabajan.

Desde lo institucional, tengo que decir que cada empleador, así como discrecionalmente interpreta el derecho a la salud, ejecuta sus acciones en la salud pública de la misma manera. A su vez interpreta discrecionalmente la legislación laboral y contrata al trabajador médico como le conviene económicamente.

Contamos con centenares de políticas de salud implementadas, no articuladas entre sí y del mismo modo cientos son las diferentes formas de contratación. Para el trabajador médico son, por lo tanto, múltiples las formas de contratación que no responden a las leyes del régimen laboral, no habiendo entonces un criterio unificador de lo que vale el trabajo profesional médico. Se construyó por usos y costumbres en todos estos años una gran estructura deforme y que dejó de lado una norma única al servicio del derecho de la salud. El producto resultante fue la desigualdad del acceso, la inequidad del financiamiento y la anomia para su gobierno.

Desde el Estado las condiciones de empleo y trabajo son reguladas por leyes especiales de carrera u ordenanzas de carrera que cada

provincia o municipio elabora. En estos subsectores estas normas han sido elaboradas de manera confusa y según las políticas coyunturales del momento, aumentando la distonía y alejándose de un funcionamiento integrador entre los diferentes Estados.

En la actividad privada el médico trabaja en clínicas, sanatorios y policonsultorios; a ellos debemos sumar los hospitales de las comunidades y empresas privadas que ofrecen un servicio de salud prepago. Estas empresas se organizan en cámaras empresariales que dicen regular la actividad y determinan el valor del trabajo unilateralmente. Otros colegas se desempeñan en el ámbito de la Seguridad Social, es decir, en las obras sociales de las organizaciones sindicales pertenecientes a los trabajadores de los diferentes gremios. Muchos cuentan con sus estructuras sanatoriales propias, otras contratan establecimientos de terceros o privados y un número importante terceriza la atención. Esta última modalidad se realiza mediante convenios directos entre las partes y las entregan a empresas gerenciadoras. En estos sectores la Ley de Contrato de Trabajo prácticamente no existe. Un gran error histórico fue que las obras sociales no hayan contratado la capacidad instalada del sector público. En esos momentos la atención en los establecimientos públicos era de primer nivel, superaba al sector privado y eran verdaderas escuelas de medicina. Terminaron, contradictoriamente, ayudando al crecimiento de sector privado, a los empresarios y la patronal a enriquecerse y colaborar en la desfinanciación del sector público. Hoy tenemos los resultados a la vista.

El consultorio privado sufrió en las últimas cinco décadas una mutación. En los consultorios en esa época, el médico trabajaba de forma privada. Estaba establecido que el contrato era directo entre el profesional y el paciente. Con el devenir de la Ley de las Obras sociales, nuestros colegas en la década de los 70 empezaron a atender a los pacientes de esas entidades y aquí hubo un espectacular quiebre: el paciente era derivado por terceros que intervenían en esa relación médico-paciente.

Las normas del funcionamiento las ponían las obras sociales, la duración de la consulta, la organización del trabajo y administración también. No solo determinaban las condiciones de trabajo, tipos especiales de recetarios para las prescripciones o solicitudes de los estudios, sino que establecían el valor de las consultas y las prácticas. Si no se realizaban en esos formularios de compleja confección, se sancionaba al “prestador”. Por el trabajo las obras sociales pagaban compensando económicamente el trabajo a destajo.

Nacieron, de esta manera, los intermediarios entre el trabajador médico y los pacientes, un pagador por el trabajo. La legislación laboral argentina y las recomendaciones de los organismos internacionales denominan a esta relación “de trabajo asalariado”, porque intervienen claramente dos partes: los empleadores y los trabajadores.

Ante las dificultades operativas y para hacer funcionar ese mecanismo, surgieron otras estructuras destinadas a aceptar la administración del subsector. Los médicos se organizaron así en las llamadas organizaciones o entidades primarias, que tenían principios gremiales y para la defensa del valor de los bonos que se entregaban en las consultas a manera de pago. Fue la solución y el pensamiento hegemónico que marcó ese momento, pero hubo otros referentes históricos que en la década de los 70 planteaban justamente la constitución de un sindicato, publicándolo, ingenuamente, pero con una gran valentía, y por ello fueron perseguidos políticamente y segregados por nuestros pares.

Claro está que los profesionales médicos, nacida esa nueva situación, no estaban preparados mental ni gremialmente para asumir el rol de trabajadores. Se siguieron autoreferenciando como profesionales autónomos y durante muchísimos años denominaron a los pacientes que consultaban como “sus” pacientes. Si bien parece simplemente una cuestión semántica, los pacientes en realidad eran y son personas afiliadas cautivas de las obras sociales o clientes de las empresas de la salud.

No supimos establecer un límite claro entre las viejas formas del

ejercicio de la profesión y lo nuevo que se había instaurado. Tal vez, y corre por cuenta mía, la sensación de pérdida de un trabajo autónomo con cierto prestigio dentro de la estructura social, hizo que el profesional médico rechazara la idea de transformarse en un trabajador asalariado. Esto fue un hecho muy negativo porque perdimos varias décadas de goce de los beneficios laborales que nos tuvimos que autofinanciar. Además, ello nos generó un alto costo en la propia salud por realizar nuestro trabajo en negro y quedar a merced de las condiciones infrahumanas en que realizamos nuestras tareas. Ese valioso tiempo deberemos recuperarlo desde la defensa del colectivo. Un colectivo fuerte, con una estructura de defensa de los derechos, no hubiese permitido tal vez el avance malicioso de la judicialización de un trabajador o de la violencia externa que sufrimos actualmente.

Debo agregar que los colegas ya no solo nos identificamos como “mediadores científicos” entre los avances de la investigación y su aplicación, sino que admitimos el importante vínculo que tenemos con rehumanizar el acto médico. No quiero con esto expresar que nos deshumanizamos, pero nos fue anulada la posibilidad de llevarla a la práctica por muchas razones, pero la principal de ellas fue la privación de la falta de tiempo impuesta por nuestros empleadores. En la actualidad hay muchos colegas de la profesión que niegan esta realidad, pero van disminuyendo, porque el sometimiento crónico los está haciendo despertar.

En los primeros años de la instalación de esta forma de trabajo a destajo, al médico no le iba mal y de cierta manera se le reconocía su rol social, peleando contra la enfermedad en esa comunidad cerrada. En esos años la sociedad venía con la inercia y el espíritu de la lucha del trabajo como bandera, ya que había vivido los beneficios de un Estado de bienestar desarrollado durante el peronismo. Las estructuras de la salud pública existentes trataron de ser sostenidas durante los breves períodos democráticos del desarrollismo y del radicalismo. Las improntas nefastas de las dictaduras, que vaya a saber para quién trabajaban, pero para la sociedad argentina seguro que no, se

encargaron de ir desmantelando la capacidad pública instalada y domesticando a todos los trabajadores del sector. En lo económico comenzaron a imponer las prácticas neoliberales en nuestro sector, comenzando la transferencia de lo público a lo privado.

La intermediación en nuestro trabajo, si la analizamos detenidamente, ha significado la instauración de un nuevo pagador en esa relación, sin importar quién fuera el financiador. En definitiva, el financiador siempre fue y es el mismo: las personas pertenecientes a nuestra sociedad y el pagador no fue más que un empleador encubierto hasta la fecha y que fácilmente evitó sus obligaciones como patrón.

Debo reconocer, una vez mas, que el profesional médico contaba con una construcción de su pensamiento y de la historia diferente, en esos momentos no estaba preparado para la defensa de su trabajo, venía de trabajar “por su cuenta”, de manera autónoma. En esos años, trabajar para un tercero significaba pertenecer a otra clase y eso no era admisible en su institución.

Con la precarización laboral surgida en esa nefasta década de los noventa, se ahondó una vez más la crisis, inventaron e introdujeron nuevas formas tributarias, maneras para seguir exprimiendo, con denominaciones fantasías para que los desempleados siguieran aportando tributos a un fisco que al sector de la salud no devolvió nada. Al contrario, lo siguió desmantelando y aumentando su fragmentación. Así nació el monotributo y los ingresos brutos, para la personas cuyo emprendimiento económico fueran ellos mismos, su propia fuerza del trabajo. Comenzó a tributar dinero un nuevo “mono y un bruto” que pagaba con el fruto de su trabajo individual.

Como relato historico recuerdo que en esa época se les ofrecía a los trabajadores retiros anticipados con jugosas indemnizaciones. Las ofertas se produjeron en gran parte en las empresas del Estado que luego serían privatizadas. Pero para los compradores de capitales externos, en su mayoría, los recursos humanos debían ser literalmen-

te exterminados, para evitar los aportes patronales y cargas sociales. Entrábamos en la máxima etapa de precarización laboral de ese siglo.

En el sector salud el PAMI no quedó exento a esas intenciones. Se les ofreció a los médicos de cabecera con relación de dependencia el retiro voluntario, contra una abultada suma de dinero que les sirvió solo en un momento. Pero la vida laboral es larga y los hechos lo demostraron, ya que veinte años después de ser recontratados de manera precaria y con un contrato fraudulento, están pagando las consecuencias. Los años pasaron, el cuerpo por el desgaste biológico pide descanso, vacaciones y atención de la salud, que no son reconocidas por el empleador actual. Un empleador que es del Estado, público y debiera dar el ejemplo no infringiendo las normas vigentes. Muchos hablan de un estado ausente, pero yo sostengo que este es el Estado presente que busca beneficios para los grupos de capital y los negocios.

Por suerte, hasta la fecha no llegaron a privatizar al PAMI, a pesar del intento, pero los médicos trabajadores perdieron sus beneficios sociales y ganaron la inestabilidad laboral a la que todo trabajador le teme. Los médicos que voluntariamente deseaban reingresar tuvieron esa opción con los famosos (pero por lo trágicos) “contratos basura” de locación de servicios que aún hoy siguen vigentes.

Doy fe que actualmente los médicos que en aquella época recibieron contentos las sumas ofertadas, hoy están muy arrepentidos y recomenzando la lucha para recuperar sus derechos laborales perdidos. Soy testigo de todos estos hechos, desde la defensa sindical de nuestros nuevos afiliados que en 2016 se están reagrupando, porque los valores recibidos por la atención de los pacientes pertenecientes a sus cápitras son claramente humillantes y no se incrementan desde hace tres años aproximadamente. No quiero que esto se interprete como una denuncia al gobierno de turno, todos los anteriores tuvieron la misma actitud y no quiero hacer ninguna excepción.

Esos bajos valores impuestos por el empleador PAMI no corresponden a una compensación económica digna para un trabajador

profesional médico. Este valor, entregado como sueldo en negro, está discriminado por el tipo de actividad realizada, representando el valor asignado por el acto médico de la consulta, y solo de un tercio de ese total y los dos tercios restantes se le retribuyen en concepto de tareas administrativas cumplidas. Una vergüenza social, porque en definitiva están mostrando lo que piensan de la salud de los viejos, padres y abuelos nuestros. Aún así, hoy veo con alegría que los compañeros estén afiliándose y de esta forma retomando los reclamos por la vía que corresponde, la sindical, que en definitiva es la única herramienta con la cual los trabajadores son representados colectivamente. En la lucha sindical lo que se consigue es por la lucha y la conquista de los derechos, ningún patrón regala nada.

Mientras escribía estas líneas ocurrió un nuevo atropello. El entonces titular del PAMI, Carlos Regazzoni, firmó el trágico Decreto Nro 1895/2016 en el cual determinó el despido masivo de todos los médicos de cabecera, con la reincorporación de los cesanteados mediante un nuevo “contrato de locación de servicios”. El mismo fue leonino, sin ninguna posibilidad de diálogo ni acuerdo de partes. Pero esta vez, con los compañeros organizados, dieron pelea para reconquistar sus derechos perdidos.

Con este ejemplo real y como reflexión personal, quiero decir que, aunque a muchos colegas aún les duela reconocer su condición de trabajadores profesionales médicos, la realidad de a poco nos va a llevar, como si estuviésemos en un gran ateneo, a decidir cuál es la mejor medida para salvar nuestra profesión y concluiremos en que la afiliación es la mejor defensa del colectivo. Debería entonces privar la racionalidad, pues la sindicalización es la herramienta para la defensa necesaria y genera los anticuerpos ante las noxas que los empleadores nos van introduciendo y que de esta manera la profesión médica retome un curso saludable, como pasa en cualquier enfermedad. ¿Estará nuestro “cuerpo médico” parcialmente inmunosuprimido? Sería una pregunta para plantearnos.

La respuesta quiero dejarla librada al debate, para que no suene

a magia y sea parte de una construcción a partir de una fuerza más alineada a la realidad de cada compañero. Pero que sí nos saque de esta encrucijada. En principio debemos definirnos, después de tantas décadas como trabajadores médicos y defender desde la sindicalización nuestra querida profesión. Es una definición necesaria que nos tenemos que dar.

Retomando las nociones de los cambios en nuestras formas de contratación, durante los años noventa, para cobrarle a una obra social o prepa, el médico debía realizar una factura anticipada. El procedimiento consistía en realizar ese recibo, por un monto que aplicaban las entidades, en las que los contratos eran tácitos y se establecían de manera unilateral. El profesional médico que desde ese momento se creyó parte de una actividad liberal no pensó que le correspondía participar en establecer el valor de su trabajo y si lo pensaba no se animaba a plantearlo. En esa época trabajábamos para empresarios y los valores del trabajo lo ponían ellos. Se le temía a ser despedido pues era amenazado con ser retirado de las famosas “cartillas de prestadores”. Al cobrar el “valor” percibido debía a su vez pasar por otra ventanilla recaudadora gubernamental para seguir pagando, por haber trabajado.

En síntesis, el trabajador médico, o sea el profesional médico que realizó el trabajo, no ponía el valor monetario de su actividad, recibía un valor que había fijado un tercero, que no era un paciente sino una empresa u organización intermediaria de forma unilateral y hoy, unos veinte años después, estamos discutiendo si esta situación se trata de relación laboral o no.

Colegas, no tenemos más una profesión liberal como hace cincuenta años. Si somos capaces de ver en el trabajo diario moléculas invisibles al ojo humano, entendemos mecanismos de acción con nuestra imaginación y somos capaces de transformar procesos biológicos con abstracciones permanentemente, pero no somos capaces de ver un elefante delante nuestro. Mi pregunta indefectible es, ¿qué tipo de estructura del pensamiento usamos para negar esta realidad?

Se trata de una reflexión simple...¡Aparentemente! Cada uno de nosotros se deberá seguramente una autocrítica.

Hay palabras sueltas como colega, vocación, esfuerzo, abnegación, servicio, sacerdocio... que no son desestimables a la hora de definir nuestro pasado y presente desde la práctica de la medicina. Pero para elaborar estos conceptos y relacionarlos con nuestra actividad laboral deberemos de ahora en más integrarlos para que sean funcionales a nuestra supervivencia como profesionales. Con una lógica que no deshumanice, por supuesto. Este es un período de inflexión, evidentemente, en el cual deberemos reconstruir una lógica que nos permita llegar a formar una nueva identidad colectiva.

Mutar es cambiar y como todos los seres deberemos evitar una mutación deletérea, para asegurarnos la propia subsistencia. Hago aquí esta presentación analógica entre la biología y nuestro comportamiento social, porque si seguimos favoreciendo las mutaciones desventajosas por encima de la selección natural tenderemos a la enfermedad colectiva y la extinción. Nuestro medio social, en el que estuvimos muy integrados en el pasado, ha producido que las actuales condiciones del ambiente (multifragmentación/multiempleo) expresáramos nuestras mutaciones condicionales.

La afinidad más notable que hoy tenemos los colegas es la ruptura y los intereses contrapuestos producidos por la multifragmentación del modelo de salud y las condiciones del trabajo diferenciadas que este nos produce. Nuestro denominador común es un hecho negativo y deberemos superarlo creando nuevos lazos y redes que consoliden nuestro colectivo. La afinidad que nos une es entonces, como hecho positivo y electivo, la vocación de querer ayudar al prójimo curando sus padecimientos. Como hecho negativo, nuestra fuerza estará centrada en nuestras identidades inestables impuestas por el modelo fragmentado en el que trabajamos ejerciendo la profesión.

Pero el médico, como persona humana, también tiene una vida propia para defender y para seguir ayudando al prójimo en la so-

ciudad global actual, donde la subsistencia se asegura con un valor establecido y concretado por la moneda.

Se hace imposible no tener presente esta variable y este valor netamente secundario desde lo existencial, pues lo debemos contabilizar a la hora de definir nuestra realidad cotidiana. Este concepto material nos permite asegurar y avanzar, concretando el futuro profesional y el de nuestras familias, en un entorno muy hostil por las políticas económicas deshumanizantes. Nuestro objetivo en este terreno, debe ser considerado gremialmente. Tenemos necesidades básicas que satisfacer, terrenales, como el resto de las personas y hay que luchar para constituir una canasta básica profesional que incluya aportes extras a comparación con otras actividades. En un mundo tan cambiante, la idoneidad debe ser modificada permanentemente por los avances de la técnica y la ciencia. Esto, en la jerga, se denomina “formación y capacitación permanente” y le pone un valor agregado en tiempo y trabajo. Gremialmente hablando, al sustituirse a la profesión de orden autónomo por la de relación en dependencia, debe estar incluido el tiempo y carga de trabajo en las horas del servicio. En definitiva, son para beneficio del empleador y de la sociedad toda. Es una parte del trabajo y debe estar remunerado.

Esto que suena utópico para los colegas en los debates, he observado y visualizado que es muy bien aceptado por los trabajadores médicos que han tenido una inserción laboral antes y durante la carrera de grado. En general se organizan mejor para el reclamo gremial, tomando al reclamo como algo que naturalmente corresponde.

No es mi intención con este planteo crear una dicotomía y juzgar a las partes, proponiendo desestimar al empleador y solo valorizar al trabajador: ambos debemos coexistir sosteniendo los roles desde un planteo justo. El tema que planteo es cómo hacerlo y lograrlo. Pienso que la única forma de compensar esa relación de manera ecuánime es enmarcarse en la Ley Laboral existente.

A la fecha lo único que tenemos es a una gran mayoría de los tra-

bajadores médicos en una situación de trabajo precarizado y la minoría restante que trabaja en relación de dependencia mal paga.

Fácticamente, nuestra profesión dejó de ser una actividad autónoma, de tinte liberal. Entiendo por profesión liberal a esa actividad personal en la que impera el uso del intelecto, conocimiento y la técnica, en contraparte a la relación de dependencia. Quien trabaja de esta manera no está subordinado y su remuneración se sustancia mediante el pago de honorarios de manera directa de quien lo contrata para ese fin determinado. Entonces, los honorarios son la paga que recibe el médico, quien presta un servicio por parte a otra persona y que se beneficia de este. La situación se formaliza por medio de un contrato de servicios y en este el profesional fija la tarifa y una vez que se efectiviza el pago la relación finaliza. De esa manera, y mediante un contrato tácito, se trabajaba antes de que surgieran las terceras figuras que ofrecían atención de la salud, como ser las obras sociales o las empresas privadas, en el modelo “mercantilizado”. Pero la relación laboral ahí cambia y no es de interpretación, como algunos pillos quieren justificar. Por otra parte, la relación producida entre un empleador y su empleado implica la existencia de un contrato de trabajo y el pago se materializa con el salario o sueldo.

En nuestro país, el contrato de trabajo y la relación del trabajo se rigen por la Ley N° 20.744. En la misma se establece que será la autoridad de aplicación el Ministerio de Trabajo de la Nación, y en su Art. 23 dice

“El hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario.

Esa presunción operará igualmente aun cuando se utilicen figuras no laborales, para caracterizar al contrato, y en tanto que por las circunstancias no sea dado calificar de empresario a quien presta el servicio.”

En su capítulo I se definen al contrato y las características que definen a la relación de dependencia. En el capítulo II se define a los sujetos del contrato de trabajo entre el artículo 25 (define al trabajador), el 26 (define al empleador) y luego el Artículo 29 reza:

“Los trabajadores que habiendo sido contratados por terceros con vista a proporcionarlos a las empresas, serán considerados empleados directos de quien utilice su prestación.

En tal supuesto, y cualquiera que sea el acto o estipulación que al efecto concierten, los terceros contratantes y la empresa para la cual los trabajadores presten o hayan prestado servicios responderán solidariamente de todas las obligaciones emergentes de la relación laboral y de las que se deriven del régimen de la seguridad social.”

Es necesario distinguir esta Ley de Contrato de Trabajo y diferenciarla de las normas que hablan sobre las actividades regladas por estatutos o regímenes particulares, leyes generales y/o especiales. Así mismo esta ley no incluye en su ámbito de aplicación a la administración pública nacional, provincial o municipal, salvo que se incluya expresamente o se fije en el régimen de las Convenciones Colectivas de Trabajo.

Nosotros venimos perdiendo la pulseada desde hace varias décadas, fuimos delegando a terceros como contraparte la defensa de nuestros derechos laborales y nos fue muy mal. Los derechos en el mundo laboral, los deben defender los propios trabajadores a través de sus representantes directos y elegidos por sí mismos, pero solo para ese fin.

Desde ya, mi postura personal es que nuestra actividad laboral médica se desarrolle dentro del marco de la Ley de Contrato de Trabajo, leyes especiales, las de la administración pública y solamente

como excepción en forma de trabajo liberal cuando la situación amerite para ello. Debemos pelear por condiciones contractuales que se encuadren dentro de las leyes, o si no seguiremos nadando en las turbulentas aguas del trabajo autónomo de los tiempos pasados, que no es tal, y el trabajo precarizado de la actualidad.

No podemos dejar de mencionar las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre todo en lo establecido en la Resolución N° 198, que trata sobre la relación de trabajo precarizado.

Haciendo historia reciente, en la década de los noventa tomaron un nuevo impulso las políticas globales para condicionar a las economías dentro del marco neoliberal. Se le dio de esta manera un nuevo camino a las formas de contratación del trabajo, imponiendo las leyes de flexibilización laboral en todos los sectores posibles. El sector de los servicios fue duramente afectado para realizar los achiques económicos y desviar esos capitales al mundo de las finanzas. Nuestro país no estuvo ajeno a ese impacto.

Por el impacto global de dichas políticas concentradoras del capital y la gran cantidad de fuentes de trabajo formal que se perdían, las nuevas formas de contratación se establecían bajo la informalidad. Por esto la OIT se puso a trabajar y tratar de contrarrestar esos efectos que impactaban fuertemente en la sociedad. Se achicaban los beneficios sociales, con el riesgo de perder lo aportado al sistema previsional de reparto y dentro de ellos la accesibilidad a la salud pública, que sería transferida a las empresas privadas cuyo único fin es el lucro.

Recuerdo a muchos colegas haciendo planes como “mono” empresarios, después de largos y contradictorios debates. Pero debo observar que la política tributaria de ese momento creó un campo proclive para generar ese pensamiento. Esa era la verdadera trampa. Surgió el monotributismo y el pago de los ingresos brutos para formalizar de alguna manera el aporte de los que quedarían desempleados y de esa forma seguirían aportando a un fisco que no devolvería nada.

Quedaba flotando esa noción en el mensaje oficial: “si usted paga los impuestos de la misma manera que cualquier gran empresa, cómo no va a progresar”. Hubo muchas discusiones dentro de las organizaciones médicas de esos momentos, y entre idas y vueltas, el nuevo modelo se instaló con el famoso “un dólar un peso” y “lo privado es mejor y lo estatal no sirve”. El mensaje se manejó doctrinariamente en una sociedad que lo compró y el resultado final es el actual. Un desastre total en todos los subsectores y la accesibilidad para una mejor atención no fue ni es el derecho, sino los recursos monetarios disponibles para comprar la salud.

Si tuviera que contar esta historia con un enfoque económico y describir esta realidad, diría que se fundaba el último paso para la instalación de un sistema mercantil de salud y para quien no disponía de los recursos monetarios suficientes, se le aseguraba una salud de cuarta categoría, según lo establecido por el Consenso de Washington DC. Cuando hablo de cuarta categoría me refiero a sus estructuras edilicias, equipamientos y confort en la internación, disponibilidad de tratamientos y achatamiento de la capacidad de los recursos humanos. Desde ya, la capacidad profesional de nuestros compañeros sigue siendo de primera y lo sostengo en base a que nuestro desempeño vocacional lo realizamos interactuando en las organizaciones nacionales e internacionales y resistiendo los embates que se establecieron desde los estándares mínimos en la salud pactados por los gobiernos hasta la fecha.

Volviendo a la OIT, recién unos diez años después y por la gran oposición existente, se le pudo señalar y poner un límite a la situación del estado en relación a la precarización laboral. En 2006, en la 95° Conferencia se aprobó aquella recomendación tras una votación dividida. La recomendación 198 está compuesta de un marco general y recomendaciones específicas. La OIT avanzó con una estrategia para apoyar a los trabajadores que necesitaban una mayor protección laboral. En el desarrollo del texto se establece que en los países que adhieran deben existir leyes laborales y convenios colectivos que le

ofrezcan una mayor protección en el trabajo y sobre todo en la relación empleado-empendedor.

El médico en la actualidad es un empleado de las obras sociales, prepagas, clínicas sanatorios y en los últimos años esta práctica de trabajo en negro se ha extendido al empleador Estado. Salvo excepciones, los colegas no gozan de los beneficios laborales que corresponden.

La legislación del trabajo establece claramente los derechos de las partes y permite resolver de manera más justa y no tan desigual las posiciones de los trabajadores. Los profesionales médicos somos trabajadores, no juguemos más con las fantasías de un pasado que en la actualidad no existe.

Otro concepto que vierte la Recomendación 198 es la dificultad de establecer los límites claros en las relaciones del trabajo, ya que los empleadores tratan de evadirlos cuando no están especificados los derechos y las obligaciones de las partes interesadas. Para lograr sus objetivos utilizan permanentemente figuras fantasías, que desfiguran permanentemente el sentido real.

Estas argucias en nuestra actualidad concreta son usadas naturalmente y si no reclamamos los empleadores avanzan y nuestro colectivo sigue en retroceso perdiendo los pocos derechos contemplados. Se trata simplemente de desenmascarar al timador y mostrar quién es quién. Con esto pretendo que los empleadores de los profesionales médicos se hagan cargo de pagar de la manera debida un salario y los aportes que las leyes establecen, para que podamos gozar de los beneficios que nos corresponden.

Hoy en día nuestros empleadores encubren la realidad convenciéndonos de que ellos nos abonan los “honorarios” correspondientes al valor de nuestro trabajo, que éstos fijan de forma unilateral y que se encubren con acuerdos contractuales, que en definitiva ocultan las verdaderas relaciones jurídicas laborales:

“(…) existe una relación de trabajo encubierta cuando un empleador considera a un empleado como si no lo fuese,

de una manera que oculta su verdadera condición jurídica, y que pueden producirse situaciones en las cuales los acuerdos contractuales dan lugar a que los trabajadores se vean privados de la protección a la que tienen derecho;³.

Un punto muy importante a tener en cuenta es que cuando un patrón encubre una relación laboral de un trabajador médico, no solo genera el perjuicio para el trabajador profesional y su entorno directo, sino también a la sociedad en general, ya que se resiente indefectiblemente la atención de la salud pública. Establece un perjuicio directo e indirecto que daña a las terceras partes cercenándole el derecho a la salud a los enfermos. Aquí el Estado, manipulado por los gobiernos democráticamente elegidos, ha dejado de cuidar a los actores, pacientes y trabajadores médicos, siendo ello un agravante difícil de reconciliar en un estado de derecho.

Debemos poner un límite a esta parodia, actualmente nuestro trabajo no se establece de forma libre, la coerción se aplica de diversas formas y por lo tanto no debemos dejar flotando esa presunción de que nuestro trabajo se desarrolla de forma autónoma o independiente. Hace varias décadas que el valor de nuestro trabajo no lo establecemos desde lo individual y desde el colectivo menos aún.

Por otra parte, cabalgamos en una serie de mentiras que nosotros mismos sostenemos y sin razón de ser. Por ejemplo, corremos con los riesgos económicos del empleador: cuando él gana no somos socios ni nada que se le parezca, y cuando pierde por sus malos negocios y los financiadores lo dejan colgados con los pagos, pasamos a ser socios directos de las pérdidas. Nos obligan a utilizar su razón social, ponemos las herramientas y en muchísimos casos, la ropa de trabajo y atendemos en lugares multiusos no adaptados específicamente. Es el dador del trabajo quien aceptó proveer de

3 OIT, Recomendación 198, 1.4.b, 2006.

un servicio de salud a la sociedad y es el que tomó el compromiso de adecuar la estructura, el equipamiento y los insumos. Si nuestro trabajo fuera autónomo estaríamos nosotros obligados a satisfacer esas condiciones laborales.

Valga todo esto aportado para comenzar a trabajar y revertir casi la totalidad de los llamados “juicios de mala praxis”, que abordaré más adelante. La mala praxis se sustenta en su mayor parte en la asimetría para realizar las tareas.

En muchos casos la duración del trabajo es determinada con el cumplimiento de horas semanales o mensuales prefijadas y con continuidad en el tiempo. En la mayoría de los casos pasan a ser la principal fuente de los ingresos, el pago es fijo y regular e independientemente de las características del servicio prestado. Todos estos hechos hacen en definitiva a una relación de dependencia.

Sin embargo, nuestros actuales empleadores no se hacen cargo del pago de las vacaciones, aguinaldo, aportes patronales para los aportes jubilatorios ni servicio de la seguridad social para la salud. Nos obligan indirectamente a contratar seguros para cubrir los riesgos de la práctica médica, siendo claramente ellos los responsables de los daños que se producen en los lugares de la atención.

Este fraude lo realizan las empresas a fin de mantener la operatoria clandestina de trabajo. Este tipo de engaño que los empleadores, tanto privados como públicos realizan para obtener beneficios económicos, son llevados a la práctica gracias a la inercia de nuestras denuncias, que son queja y finalmente quedan plasmados como simples reclamos declamatorios. No los materializamos durante muchos años de manera fehaciente a los organismos de aplicación, entiéndase al Ministerio de Trabajo y ni siquiera de hecho por acciones gremiales contundentes que los afectaran para cambiar su actitud explotadora. Fuimos los eternos perjudicados al realizar facturas como trabajadores autónomos, cuando en realidad estamos en una clara relación de dependencia.

No solo aligeran de esta manera costos y gastos, sino que nos explotan tomándonos como verdaderos necios, que en cierta forma se

deja traslucir por nuestro comportamiento laboral durante estas décadas. En el sector público sucede lo mismo, el ingreso a la actividad laboral es establecido con contratados o becas, que luego no se materializan como la ley establece en un pasaje a la estabilidad laboral, pasando muchos años hasta la transferencia a la planta permanente. La gravedad institucional en este caso es injustificable, ya que estos hechos los realizan desde el Estado municipal, provincial y nacional. Se evitan el pago de la antigüedad y cumplen los gobiernos con las pautas establecidas por el orden internacional.

Ningún gobierno democrático, del '83 en adelante queda exceptuado de este análisis, cosa gravísima hablando de un "Estado de Derecho". Mas adelante tocaré la falta de institucionalidad como factor que favorece al fraude laboral. Aquí viene otra vez a marcarse la seria dificultad que tenemos como colectivo para identificar cosas sencillas de la vida cotidiana, en contraposición con las profundas abstracciones que somos capaces de realizar en el orden científico y técnico específico de la profesión. Imaginamos un marcador biológico que es invisible, denominado con siglas y lo gigantemente visible no lo podemos dimensionar y guardar como una simple abstracción. Al mundo laboral, que cualquier trabajador lo sustancia desde el primer momento en que toma contacto con él, nuestro colectivo, y a mi parecer, siempre tomó ese compromiso con liviandad, de manera superflua y compensó la baja paga salarial empleándose en otros trabajos.

No tuvimos en todos estos años la subjetividad suficiente para generar los vínculos necesarios e integrarnos en el mundo laboral. ¿Será que esa autoridad que generábamos antiguamente no fue compensada económicamente?

Algo de eso debe haber, la historia nos daba derechos adquiridos, surgidos del prestigio de nuestra profesión. Desde la funcionalidad laboral, faltaron que algunos locus se modificaran para el fenómeno adaptativo en nuestra especie. Aquí se equivocaron los ideólogos del modelo médico hegemónico.

Este desorden, claramente provocado, tiene como partícipes no solo a los poderes ejecutivos y legislativos, que no trabajan o se hacen los distraídos, sino también al poder judicial. Los trabajadores médicos pedimos que se nos exima del impuesto a las ganancias. Gravar al trabajo, al salario como una ganancia es una de las mayores contradicciones que se pueden plantear desde el derecho, máxime cuando los mismos jueces se autoeximieron de este tributo. La injusticia está en la misma justicia, aunque el pueblo piense por su educación que en realidad deben los jueces ser personas morales para la aplicación de sus dictámenes.

Hay compañeros médicos que siguen sosteniendo que la solución a los conflictos deben plantearse mediante la judicialización del caso en cuestión y generar sumarlos de manera individual hasta que la situación se revierta. Otra vez apuntan al individualismo. Debemos alguna vez diferenciar los casos individuales de la conflictividad de nuestro colectivo y las problemáticas que de él se desprenden.

Sostengo que los conflictos del mundo laboral se ganan con los debates cara a cara, con el reclamo presencial de los colegas, con las acciones administrativas y si no, se resuelven con acciones gremiales para el caso. El reclamo administrativo debe existir como herramienta previa pero solo para formalizar la inconsistencia de la situación que genera el conflicto.

Hablo de demandar presencialmente porque el poder nos mide por la cantidad de trabajadores que realizamos el reclamo y nuestra fuerza sería muy importante actuando solamente con un bolígrafo.

Un resonante fenómeno de actual vigencia es el de las redes sociales, que en mi opinión, no aportan mucho si no hay entre los interlocutores una verdadera formación gremial previa. Se quiere sustituir el debate personal, con toda la impronta afectiva que demuestra el fervor y el compromiso con unas palabritas de texto de personas que apenas se conocen o ni siquiera saben con quién están tratando. Ahí hay un vacío, (específicamente en nuestro gremio por la falta de conciencia gremial masiva) pero ya estamos trabajando desde la prensa y difusión para acercar a los colegas y debatir concretamente.

Ese tipo de forma de comunicación se utiliza justamente para desmantelar el pensamiento social. Las personas que realizan los comentarios creen que han participado y que quedaron comprometidos con las soluciones de un problema. Nada más erróneo. Giovanni Sartori en su libro “Homo videns, la sociedad teledirigida” hace una maravillosa exponencia sobre este tema y cómo se plasma esta situación en el comportamiento humano del tele-ver y video-ver.

El mundo social se diseña para que la comunicación pase por la televisión, pantallas de internet, computadoras, teléfonos, es decir por el ciberespacio. El homo sapiens, producto de la cultura escrita se estaría transformando en el homo videns, para quién la palabra está siendo destronada por la imagen o el contacto mediante aparatos. Sustitución de la lectoescritura que es la que nos permite generar las abstracciones del pensamiento.

El tema central de nuestro debate es lo no visualizable precisamente y que ocupa la mayor parte de nuestra realidad. ¿Cómo acordamos solo usando esos medios actualmente propuestos?

Me pregunto no es un proceso culturalmente regresivo para la defensa de nuestra profesión y demandas laborales. No se puede sustituir el contacto directo entre las personas para apoyar un logro colectivo.

Debemos tener en claro la diferencia entre información y comunicación. Como pensamiento propio digo, actualmente el que maneja estos medios no es el que más desinforma y más inmoviliza para que se produzcan los cambios necesarios de nuestra realidad. Los sociólogos inicialmente fueron preparados por las patronales y el poder político para domesticar a los trabajadores y estudiar cómo mejorar el sometimiento sin el uso de los grilletes. Luego surgió la contracara de de los estudiosos del comportamiento social humano para precisamente neutralizar ese accionar. Este tema es para un debate largo, dado que no hace al núcleo principal del capítulo, pero lo debemos tomar en cuenta, sobre todo porque se están formando las nuevas camadas de profesionales médicos.

Sí está claro que nuestra estrategia comunicacional debe enfocarse en los logros obtenidos y como un resultado positivo de las situaciones de conflictos laborales resueltos mediante las negociaciones. Los dirigentes tienen que tener esto en claro, pero deben estar acompañados de las bases, con una participación y compromisos activos para darle una mayor representatividad al logro y la cohesión al desarrollo del colectivo médico.

El empleador sabe que hoy nuestra fuerza es limitada, pero entiende que nuestro crecimiento, dada la realidad actual, es inminente. Cuando hacemos algún tipo de manifestación pública se espantan, y no por la realidad contractual y laboral establecida, sino porque sus empresas queden expuestas ante la sociedad y que los pacientes que de ellas dependen se horroricen de conocer la trastienda. Actualmente, sus clientes, esos pacientes que los profesionales médicos atendemos, creen que nosotros los atendemos mal porque les dispensamos breves lapsos de tiempo y nos responsabilizan de ese hecho. No ven por ahora que la verdad es que el empleador exige que el acto médico sea de cinco minutos para que su fábrica sea redituable. El personal administrativo es el encargado de citar a los pacientes, que no comprende lógicamente el criterio de selección del tiempo necesario para cada especialidad. Siguen órdenes y juegan al rol de estimar el tiempo de dedicación que se necesita para resolver una consulta. En los centros privados es corto, por una realidad de facturación y rentabilidad, pero en el sector público la cosa no cambia mucho salvo el rédito buscado. Los directores, como funcionarios de la patronal, tienen las órdenes de exigir “que la producción sea la adecuada”, para mostrar las estadísticas y llevarse los galardones en el ascenso político. Afirman que las consultas deben ser de “15 minutos para un paciente de segunda vez y de primera consulta de 20 minutos”. Para ello inventaron las “turneras”, un neologismo espantoso a la hora de significar el valor del tiempo dedicado a la atención de una persona enferma.

En lo relacionable a las condiciones de de trabajo y sus estructuras, pienso en el estado de abandono de numerosos centros públicos

y privados que deberían estar cerrados, por sus condiciones edilicias y por su mal funcionamiento. Muchísimos no son aptos para la atención humana por el estado de abandono. Hago el planteo para desnudar la situación porque son los lugares en los que desarrollamos las tareas como podemos y nos usan, mostrando nuestra presencia como el aval para hacer legítimo el funcionamiento: ¡claro está, si hay médicos trabajando el lugar debería ser apto! Debemos pensar hasta qué punto no somos responsables al no exigir la corrección del déficit desde nuestro colectivo.

Personalmente, no creo que debamos seguir dilatando la solución a esta problemática. Nuestra conflictiva realidad debe ser normalizada, simplemente vinculándola a la legislación vigente. El problema de los empleadores que lo resuelvan ellos mismos. A la hora de presentar sus dificultades, siempre aducen problemas de índole monetaria.

Olvidemos nuestra inacción anterior, que solo generó sometimiento y fue plasmado en formas de trabajo indignas y empobrecimiento profesional. Por supuesto que cada uno decida en consonancia con su necesidad propia, pero hay que advertir que seguir esperando por cuestiones de forma o cronológicas no resuelve nada. El oponente sigue avanzando, pero tenemos la opción de demostrar nuestra capacidad de hacerle frente a esta situación y superamos colectivamente. Si ello no ocurre pondremos sobre el tapete nuestra incapacidad, haciendo que la doctrina del individualismo siga reinando como hasta ahora.

Así como el capital económico se unificó mediante consorcios transnacionales haciéndose cada vez más fuertes y aislando al que quiere jugar por fuera, la contraparte en el orden actual del trabajo médico fragmentado, es decir, nuestra desunión, nos debilita y nos aleja cada vez más del reclamo, abriéndonos por fin a la desintegración de la profesión, al menos como hoy la concebimos.

Desde las organizaciones médicas deberemos tener la inteligencia y la capacidad para limar los puntos de roces y accionar de manera

conjunta, para que todas ellas se beneficien en sus propósitos por las cuales se fundaron y que no dejan de ser estratégicamente complementarias. Los movimientos del capital son rápidos y por ello debemos agilizar nuestros reclamos, si nos quedamos inmóviles y rígidos nuestras estructuras por separado se romperán. El pensamiento estratégico de los dirigentes debe estar presente y acordar de alguna forma. Los fundamentalismos no ayudarían en este caso a crear las políticas necesarias para el fomento de nuestro cambio gremial.

En esta actualidad y ante las crisis económicas notamos que las empresas de la salud se flexibilizaron para evitar el quiebre, pero de una manera deshonesta, fraudulenta, irregular e ilegal. Cosa que no es nueva en los grupos de capitales económicos argentinos, conectados directamente a las presiones económicas internacionales.

Ante las magras remuneraciones muchos de nuestros colegas dejan de presentarse para los puestos de trabajo. Contrariamente al pensamiento de la protección de la salud pública y al aumentar la oferta laboral, las clínicas y sanatorios contratan a médicos sin matrículas y sin pedir los certificados éticos a los Colegios Médicos o las entidades regulatorias de las provincias que no tuvieran delegadas esta actividad. Esa deslealtad propia de los corruptos domina este “mercado del trabajo”. De ese proceder inescrupuloso hemos encontrado en las inspecciones realizadas, no solo médicos ejerciendo de forma irregular sino una cantidad alarmante de falsos “profesionales médicos”.

Los empresarios “informales”, que viven en un mundo en negro, siempre encuentran causas para justificar sus actos y profundizar los problemas funcionales del empleo pasándolo a sabiendas en desempleo estructural. Lo único que logran es distanciar a las personas del derecho a la salud, limitando el acceso y el buen ejercicio de la profesión. No se les cruza a esos empleadores en su ideario avaro e individualista que el trabajo tiene una función social y mejora las relaciones del medio en el cual vivimos todos

Esos empleadores, patrones, empresarios, que ya no sé cómo de-

finirlos por su inescrupulosidad, se agrupan en diferentes “cámaras empresariales” en las distintas provincias y en el país, para defender los intereses de su sector. Mantienen un mismo discurso, sosteniendo que nuestra profesión es liberal y de tipo autónomo. En una especie de conjuro mantienen esa postura para seguir dominando el terreno en su propio beneficio. Acuerdan entre ellos que no debe haber un contrato laboral para poder evadir los aportes patronales.

Ambos sectores podemos coexistir como sucede en otros grupos de la economía, pero mediante la negociación entre los empleadores privados y los profesionales asalariados con un Convenio Colectivo de Trabajo, inscribiendo por supuesto las condiciones remunerativas por nuestra labor y las condiciones específicas que nuestra tarea profesional requiere para desarrollar las diferentes especialidades.

Trabajamos en ambientes hostiles, precarizados laboralmente, con condiciones de trabajo inhumanas, con extensas jornadas que en el mundo son condenadas como esclavitud, horarios que alteran nuestras funciones biológicas, sobreexponiéndonos al desgaste profesional hasta quemarnos, ¿cuánto más tenemos que esperar?

Es muy loco entender este tipo de sobreadaptación y seguir tratando de justificarla desde adentro, desde el interior de un colectivo que padece la situación y tiene el deber de cuidar la salud. Aconsejamos a las personas, a nuestros pacientes a evitar esta forma de vida y no cuidamos la propia, la contradicción es imposible de sostener si media la lógica y la reflexión.

Decía el Dr. Ramón Carrillo, “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas” y creo que aplica a nuestra realidad laboral.

En la Recomendación 198 de la OIT se establecen las bases para la aplicación del “Tripartismo” que no es más que la estructura organizativa o de funcionamiento que se aplica entre los tres sectores representativos producidos en el desarrollo de los conflictos sociales. Estos tres sectores fundamentales son el gobierno, las organizaciones

de los empleadores y los sindicatos. Este tripartismo trata de generar una conjunción favorable entre la política económica y la situación social. Como se menciona en la recomendación de la OIT, el marco representativo debe ser equivalente entre los diferentes sectores. En una formulación dinámica se buscan las soluciones pacíficas, a las controversias planteadas en los conflictos. Es camino del diálogo social para tratar de establecer un acuerdo entre las partes, Estado, capital y trabajo.

En el caso de la Recomendación 198 hay una serie de puntos a seguir para comenzar a definir y reconocer la existencia de una relación laboral. Solo quiero enumerar algunas para demostrar que nos encontramos afectados como trabajadores médicos por la ausencia de estas. Pero para un análisis mas exhaustivo recomiendo volcarse a su lectura textual.

Por ejemplo, el no reconocimiento de normas claras para entender cuándo hay una relación laboral, desprotege a los trabajadores. La globalización en nuestro país ha empeorado esta situación, precarizando el Estado y siendo más notable en muchísimos municipios, desapareciendo las Ordenanzas que regulaban el empleo de las carreras profesionales. Sí está vigente la nueva Ley 14656 en el territorio de la Provincia de Buenos Aires para regular las relaciones laborales y ya se están firmando los Convenios Colectivos entre los municipios y los trabajadores. Habrá que adaptar las relaciones profesionales antes normadas en las Ordenanzas Municipales.

A esas prácticas anteriores y muy difundidas a partir de los 90, se sumó el dumping social, que es una práctica desleal, condenada hasta por la Organización Mundial del Comercio (OMC). La explotación social de este dumping o descarga, hace que los empleadores produzcan contratos de corto plazo, sin los beneficios laborales y empleen a los sectores más vulnerables de los trabajadores. En Argentina esto se da con los médicos en formación o los médicos de los países del continente que en sus propias naciones ganan salarios mucho más bajos y por ello se vuelcan al mercado laboral nuestro. Estos

colegas extranjeros en numerosas ocasiones envían los excedentes de dinero que no utilizan a sus familias, que residente en los países de origen para asegurarles la subsistencia, generándose un circuito vicioso difícil de controlar.

Los empleadores, como mencioné anteriormente, los contratan sin la documentación requerida por la legislación y trabajan de manera clandestina. Este hecho abarata sus costos laborales por un doble mecanismo: no pagan los aportes patronales y por supuesto bajan las sumas ofertadas por la clandestinidad. El Estado está ausente, siendo este vínculo más manifiesto en las clínicas privadas, sanatorios y sistemas de emergencias móviles. Existe un agravante en relación al dumping laboral y se trata del fenómeno de los “falsos médicos”. En esta situación, que está organizada, los supuestos médicos utilizan matrículas falsas otorgadas por reclutadores, que serían el vínculo entre el país de origen y los establecimientos locales. En alguna inspección realizada hace poco tiempo por el Sindicato de Médicos AMRA, el Colegio de Médicos y la Caja de Previsión del Distrito IV de la Provincia de Buenos Aires, el individuo reclutador se definía como el “coordinador”. Aquellos contratados realizan trabajo forzoso, muy similar a la de los talleres clandestinos de los fabricantes de vestimenta. En este punto debo calificar a estos hechos no solo de deslealtad desde la patronal sino como un modo de delincuencia organizada.

Nuevamente observamos cómo es violada una Recomendación de la OIT, en este caso la número 29⁴, que data del año 1930 y establece las formas de trabajo forzoso, explotación comercial de las personas, sometimiento a la servidumbre o condiciones análogas a la esclavitud. En la actualidad, el 90% de estos individuos que ejercen de manera irregular la medicina o que incluso no son médicos,

4 http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C029

se manejan en la economía privada. Así lo vemos en las clínicas y servicios de ambulancias, donde los trabajadores duermen durante los viajes o de a ratos en galpones donde se estacionan los móviles (denominadas “bases”) y comen al paso en las estaciones de servicio.

Algunas Residencias Médicas ubicadas en establecimientos sanatoriales forman en diferentes especialidades a futuros profesionales extranjeros, que luego retornan a los países de origen. De este modo, les cobran por la capacitación y efectúan actividades asistenciales de manera indebida, todo ello en un marco que se corre de la legalidad. Las currículas son de baja monta y no están registradas ministerialmente, a la vez que evaden las Direcciones de Capacitación en el territorio provincial. Algunas cuentan con el aval de universidades, pero no cumplen con las inscripciones territoriales para su implementación.

Esto que describo se produce porque se juntan varios factores, el más importante es el desinterés social por la salud pública y otros no menos valorables como la falta de control por parte de las autoridades gubernamentales, haciendo de esto una realidad gravísima. A su vez, faltan las instituciones para aplicar el marco normativo y ejercer el control para cuidar a la salud pública.

En toda actividad del ejercicio de nuestra profesión existe la relación laboral. Quiero resaltar que hay relación laboral “cuando el trabajo se realiza según la instrucción y bajo el control de otra persona, que ello se integre a una organización o empresa, que es efectuado de manera única o parcialmente en beneficio de otra persona, que debe ser ejecutado personalmente, dentro de un horario y lugar aceptado por quien solicita el trabajo, que el trabajo tiene cierta duración y continuidad, requiriendo de la disponibilidad del trabajador”. Abstractándonos, creo estar describiendo una forma de actividad y desempeño correspondiente a un trabajador médico.

Este trabajo requiere para su práctica del suministro de los materiales de trabajo por quien requiere el trabajo, la paga de una remuneración periódica, y que esta remuneración constituye la única

o principal fuente de sus ingresos”. Sigo describiendo la situación de un numeroso grupo de colegas. Otros factores que demuestran la relación laboral son el derecho al descanso semanal y vacaciones anuales. Todos estos son los llamados “conjunto de indicios” sobre los cuales se basan los fallos judiciales al respecto.

Con la manera actual de trabajo seguiremos revistiendo como changarines o trabajadores a destajo, como lo hemos encontrado inscripto incluso en algunos contratos en el Estado nacional y municipales. Desde lo gremial deberemos propugnar las ideas y crear las acciones necesarias, y defender la relación laboral para nuestra actividad profesional, que es lo justo.

¿Nuestro trabajo es autónomo o subordinado?

Es una pregunta que muchos se estarán haciendo en este momento. Para diferenciarlo hay una técnica aportada y relacionable a lo antes enunciado. La técnica se denomina “haz de indicios” y es utilizada para establecer si los trabajadores tienen cierta autonomía para desarrollar su trabajo o no, como en nuestra profesión. Se la utiliza en la demostración del derecho del trabajo y no hace falta que se den todos los indicios de manera conjunta, pero sí que varios de estos se hallen presentes para comprobar la existencia de la subordinación laboral.

Voy a enumerar algunos de ellos, pero lo que es importante en la actualidad en la doctrina internacional es que el vínculo depende fundamentalmente de la dependencia económica y no ya de la sumisión técnica a las órdenes de un tercero en la ejecución del trabajo.

Existe subordinación cuando el interesado se compromete a realizar tareas futuras, y él mismo es el que las realiza, tiene la disponibilidad futura para la tarea, la relación tiene cierta permanencia y ésta tiene cierta exclusividad. Por otra parte, el interesado está sometido a órdenes o control de la otra parte en lo metodológico y el lugar o el tiempo del trabajo está acordado. Los medios para la realización del

trabajo son aportados y también los gastos por la otra parte. El trabajo es remunerado y el trabajador está en una posición económica y social de un asalariado. Cabe mencionar aquí que no queda duda de que somos trabajadores de profesión médica y que hay que defenderla para ganar mejores remuneraciones y condiciones de trabajo dignas. Comparemos nuestros salarios con otros empleos, como podría ser un recolector de residuos o un controlador de peajes y deberíamos reflexionar para dedicarnos a conquistar nuestra dignidad.

Siguiendo con la comparación, no nos olvidemos de luchar para mejorar nuestras condiciones de trabajo. Los trabajadores que hoy gozan de los beneficios sociales se los ganaron. Los aportes que les brindan la previsión futura, vacaciones, controles laborales de la salud, ART, atención de la salud y enfermedad, derechos indemnizatorios y los derechos de género tanpreciados para las mujeres durante los embarazos y la maternidad, ningún empleador quiere pagarlos, pero lo hacen simplemente porque están obligados y no por las leyes, sino por la fuerza activa que ejercen los trabajadores organizados. Cuando esta fuerza generada desde los trabajadores cede, avanzan las lógicas empresariales flexibilizando las normas y las condiciones de contratación. Es un claro juego de fuerzas y no de voluntades.

Nosotros, a pesar de tener el acceso al mismo derecho la laboral, somos presas fáciles de los despidos sin causas, trabajo en negro, acoso laboral, violencia laboral, discriminación, trabajo parcialmente registrado, nos condenan a autofinanciarnos las licencias, y no contemplan la enfermedad por carecer de relaciones laborales formales o registradas.

Desde hace un tiempo las obras sociales, prepagas, clínicas y sanatorios pasaron a ser nuestros patrones. Se organizaron en cámaras, que funcionan como organizaciones patronales para defender sus mezquinos intereses y ver la forma de que no avancemos sobre ellos. No me equivoco en esta expresión, porque mezquino también significa avaro, falta de nobleza, o moralmente despreciable, porque a la hora de hacer justa nuestra retribución nos endilgan que si se

hacen cargo de esos gastos “quiebran” y nos hacen cargo del daño que le provocamos a la salud pública. Solo les interesa defender su capital, comportándose de forma contradictoria en la sociedad, por no estar integrados en una política sanitaria real a la que deberían responder para igualar los derechos al acceso de la salud.

¿Por qué no podemos organizarnos colectivamente si ellos lo hacen?

Por otra parte, el médico como trabajador en todos estos lugares de empleo, realiza su actividad como monotributista cuando en realidad no se trata de una actividad autónoma. No funcionamos como unidades económicas que producen para estar gravados para pagar impuestos al trabajo o tributar ingresos butos, que en definitiva paga una vez más quien utiliza el servicio. Se hace muy difícil explicarlo desde el análisis racional del derecho a la salud. Solo mentes retorcidas pudieron diseñar esta deformación para justificar el empleo ficticio de “trabajadores autónomos”. Difícil de explicar y entender, pero así funciona en los hechos y el Estado contempla la irregularidad. Nosotros contemplamos durante muchos años sin reconocer la adulteración de la realidad y no nos manifestamos suficientemente en contra de tal injusticia.

En otros tantos lugares oscuros, públicos, privados y de la seguridad social, figuramos como trabajadores temporales, con contratos de renovación automática, por locación de servicios y locación de obra, predominantemente en los conurbanos de las grandes ciudades donde las irregularidades se hacen menos visibles. Estos contratos se renuevan de manera automática, en la mayoría de los casos durante años. Todos estos empleos, claro está, son no registrados, en negro, siendo más aberrantes aún cuando se establecen estas figuras fantasía de contratación y las mismas son utilizadas por el “Estado Empleador”.

Aquí la situación es tan contradictoria, pero quiero expresarla pues se fomenta desde los distintos gobiernos el debido registro de los trabajadores mientras los empleadores siguen operando de manera clandestina. El argumento de estos es, “si tengo que pagar las car-

gas sociales cierro, pongo la plata en el banco y con los intereses vivo bárbaro”. No hacen caso a las reglas sociales legalmente establecidas, con una impunidad total y creo que nosotros como trabajadores se las facilitamos al no denunciarlas a los organismos de aplicación. En los pocos casos en los que realizamos la delación del hecho, esta no es tomada en cuenta por la falta de fuerza gremial necesaria, que como mencioné la da el número de afiliados y la capacidad de las medidas de acción directa con que contamos.

Alguien aquí podría cuestionar diciendo que el profesional médico trabaja de esta manera por tratarse de un profesional de índole liberal o autónoma, siendo esta la argucia que utilizan precisamente los empleadores negreros y la etiqueta que el Ministerio compra para hacerse a un lado con mayor facilidad. Durante muchos años los médicos fueron deformándose laboralmente en una sociedad que así lo admitió.

Antes fueron profesionales que practicaban una profesión, casi cumpliendo con un sacerdocio durante la mañana en los hospitales, dispensarios o instituciones de internación de personas con afecciones crónicas neuropsiquiátricas, tuberculosis y lepra; que a la tarde trabajaban en sus consultorios en forma privada cobrando en la mano de quienes sí eran sus pagadores al surgimiento de la intermediación. Con ello quiero expresar que el médico trabajaba de manera remunerada para sí mismo, con un honorario que le permitía generar su previsión futura, vacaciones y el respaldo monetario suficiente ante las contingencias que la vida le generara, y se transformó luego con la falsa entrega de un valor remunerativo disfrazado de honorario por un tercer pagador.

Esta forma de trabajo anterior sí era un contrato directo entre las dos partes. Con esto no intento dar a entender que esa fuera la forma adecuada y a lo que hay que volver, al contrario, creo que era una situación tan asimétrica e inaccesible como dinero no tuviera el paciente.

Está claro que el médico desarrolla su actividad para terceros.

En todos los subsectores surgidos la profesión médica fue mutando. Son tantos los actores sociales en este merengue que es difícil identificar quién es quién. El rol del médico sigue siendo el mismo, ayudar a los enfermos, tratar de aliviar el dolor, su sufrimiento y si es posible ayudar a la cura. Podemos agregar a ello tareas nobles como la docencia, la formación continua que nuestra profesión requiere de manera permanente y la generación del conocimiento mediante la investigación. Pero la forma de trabajo ha variado de tal manera que ha generado y ha desarrollado un gran desconcierto, tanto para nuestros compañeros o colegas como para la población a la cual atendemos.

Cuando me pongo a pensar en nuestro comportamiento como profesionales médicos en las últimas décadas, me queda un sabor a frustración. Vivimos expresando opiniones acerca de cómo deberían cambiar las cosas en el sector, pero la mayoría de las discusiones suscitadas se refieren a los modelos de atención y no recuerdo, de las reuniones de políticas sanitarias, que alguno de nosotros abriera el tema acerca de las condiciones de nuestro trabajo. Teníamos el conocimiento y generábamos todo tipo de presupuestos de cómo debería ser el cambio en el modelo de la atención, pero nunca nos figurábamos nosotros como trabajadores. Qué negociación nos ha gobernado.

En una oportunidad le preguntaban a Atahualpa Yupanqui qué opinaba acerca de la vida. Entonces, tomándose un tiempo, dijo: “No puedo responder sobre un tema que no conozco, no se pueden inventar las cosas, en todo caso esperen que primero tengo que vivir y después le digo cómo me fue en la feria”. Con esto intento plantear que sin el conocimiento ni la experiencia no se puede generar una propuesta sólida y firme que responda a la realidad de ese momento ni del futuro. Si hacemos la analogía respecto a la vida de los trabajadores médicos y proponemos la creación de una comunidad organizada que nos represente en el mundo del trabajo, tendríamos que pensar que un sindicato de profesionales médicos debería fundarse desde abajo. En la historia de la humanidad debemos el progreso

precisamente a los insatisfechos que cuestionaron el orden social establecido. Para crear un sindicato de médicos que represente a nuestra profesión de forma solidaria deberemos fundarlo, con nuestro saber, experiencia y necesidades recogidos de este período.

En mi caso en particular, fui 35 años a la feria de la vida laboral del trabajador médico y siento la necesidad de escribir para buscar las respuestas que creo comunes a muchos de los médicos argentinos. Por otra parte, durante ese tiempo me especialicé y me capacité en forma continua. Generé experiencia y conocimiento, que creo tiene el suficiente valor para cambiar esta realidad. Esta misma situación, por supuesto, la han pasado una gran mayoría de nuestros colegas y sería maravilloso sumar todos esos saberes. Los ideales no son una fórmula exacta, sino hipótesis perfectibles para ser elaboradas. Creo que llegó el momento de reclamar de manera organizada nuestros derechos laborales para ejercer con dignidad nuestra profesión. Así debería surgir nuestro sindicato, ya creado desde abajo con el conocimiento de nuestra labor. Por lo tanto, el sector médico debe tener una representación gremial para representar, defender y reclamar nuestras condiciones laborales y remuneración acordes a nuestra realidad actual. Los reclamos deben ser ante el Estado y los gobiernos y de esta manera pueda darse tratamiento a nuestros intereses del sector.

Si nos presentamos al Ministerio de Trabajo y al Ministerio de Salud como los representantes de una comunidad médica organizada, podremos proponer, sugerir informar y orientar para que las políticas sean las mejores posibles, de acuerdo a una realidad que conocemos muy bien y nos involucren laboralmente. Si bien hubo algunos intentos anteriores, no debemos volver a ser solo funcionales a las políticas de los gobiernos de turno. No cometamos los errores que se suscitaron en otras situaciones, cuando otras organizaciones propusieron que en las empresas privadas se adhirieran a la cogestión. Estos trabajadores con entusiasmo terminaron siendo socios y desvirtuando la fuerza del reclamo y la sociedad constituida fue,

en estos casos, para las pérdidas y no para las ganancias, como lo muestra la historia. Otra forma que sirvió para desvirtuar la lucha de los reclamos pero en el sector público fue la triste “autogestión”. Este mecanismo distrajo al trabajador, se dispersaron las tareas genuinas y le sacó también fuerza en el reclamo sindical, al hacerlos “partícipes” de la gestión. Comprometió a los trabajadores pero los perjudicó, ya que fue un verdadero fracaso, pues les restó derecho al reclamo por haber sido considerados como constructores de ese modelo. De ese modo, el empleador se desvinculó con astucia de sus responsabilidades verdaderas y le sacó provecho propio, dilatando una inversión verdadera en salud. Hablo del famoso recupero a los demás financiadores, en el que los hospitales corrían con lápiz y papel y los aprovechadores con la cibernética de carrera. En caso de que la cosa hubiera salido bien, no nos habría beneficiado en nada.

Creo que debemos buscar, como trabajadores médicos, un nuevo escenario para ejercer nuestra profesión que es única, no porque se diferencie de cualquier trabajador, sino porque el producto de nuestro trabajo es la salud. Por esto no debemos buscar solamente una política de salud conciliatoria. No podemos aceptar una reforma paliativa para el modelo fragmentado actual. Si seguimos aceptando un modelo paliativo, que solo contemple una salida para el momento, no haremos más que estirar el sufrimiento de un gran número de personas enfermas, que son las víctimas de la inoperancia existente. Nuestra responsabilidad pasa primero por no dejar de lado a los más vulnerables y después defendernos laboralmente para que la solución sea definitiva. No nos olvidemos de que la Organización Mundial de la Salud declara a la salud como un derecho inalienable de los pueblos y obliga a los Estados a garantizarlo de forma indelegable.

¿A quién enfrentar en un modelo fragmentado?

Desde mi posición personal pienso que ningún empleador va a regalar nada. Si somos dependientes del modelo fragmentado, no seremos respetados como trabajadores médicos ni como profesionales médicos. Seguir en la situación actual es continuar con el reclamo

individual, y para liberarnos del sometimiento como trabajadores tenemos que reclamar desde el colectivo, como comunidad médica organizada, es decir, luchando desde un sindicato. Por esta razón, nuestro Sindicato Médico está organizado y conoce cómo es la lucha, pero nos falta incorporar a un número mayor de afiliados y movilizarlos con un fin en común. En esta etapa el número de afiliados es parte de la herramienta del cambio, pues nos daría la fuerza necesaria para llevar a la práctica nuestra conquista de la reivindicación laboral y profesional.

A los colegas les digo que a veces hay que postergar alguna actividad e invertir tiempo para la construcción de un futuro más promisorio. Las nuevas generaciones de médicos tienen que ser los receptores de estas actitudes ya que serán los futuros mentores de una medicina más humanizada. Me suena tan mal, una verdadera controversia, hablar como médico de una medicina deshumanizada o humanizada, pero el pasado debe ser considerado como un referente necesario. El médico trabaja en diferentes facetas que involucran la clínica, la docencia, la investigación, la técnica y la ciencia, pero todas son dirigidas a mejorar la condición de la vida humana. No debemos participar en la deshumanización de nuestra profesión por intereses de terceros que solo buscan su beneficio económico. En palabras del Dr. Carrillo: *“No hay enfermos sino enfermedades, porque el concepto del hombre, su circunstancia, su entorno social económico, condicionan sin lugar a dudas su patología.*

Como expresé anteriormente, nuestro trabajo es sanar al enfermo y solo se mide con la mejoría, cura de la enfermedad o recuperación de su discapacidad, si fuera posible. Muchos opinarán que la promoción y prevención de la salud es fundamental en el abordaje de un sistema de salud. Sí, es la respuesta, podemos ser parte en esa estrategia pues tenemos el conocimiento. Siempre como médicos nos pondremos de parte de la salud. Es por esto que es necesario un cambio: promocionemos nuestra salud laboral, prevengamos las formas fantasías de contratación que hoy soportamos y mejoremos

las deterioradas condiciones de trabajo para no seguir enfermando y reparemos el daño que este modelo nos ha causado.

La Seguridad Social, que tiene un desarrollo histórico ligado a los sindicatos y movimientos obreros, se generó con principios solidarios, siendo los financiadores los propios trabajadores. Los gremios más grandes poseen sus propios establecimientos y los más pequeños contratan a su vez a clínicas o sanatorios. En este punto entra a tallarse una controversia profunda: ¿por qué no contrataron o se realizaron convenios con los hospitales públicos, que en los inicios, por supuesto, tenían una excelente capacidad instalada? Tal vez sea este el momento histórico para que los trabajadores médicos seamos el nexo para asegurar que ambos sistemas solidarios se unan. Ambos subsectores, al estar fundados en el principio de la solidaridad, poseen los mismos objetivos. Sería una unión funcional, en la que cada uno conservaría su estructura independiente y su administración propia. De esta manera, los trabajadores médicos realizaríamos nuestra labor profesional en iguales condiciones de trabajo, salarios y en el marco de una Ley de carrera única o un Estatuto. Plasmear esta situación en un Convenio Colectivo de Trabajo sería un objetivo prioritario.

Por otra parte, si el principio fundamental de los sindicatos es que sus trabajadores estén enmarcados dentro de las normas laborales, es incomprensible que a nosotros como médicos nos contraten en negro. Hoy en día la mayoría de los médicos que se desempeñan en las obras sociales sindicales son contratados de manera fraudulenta. A ello también me refería como una gran controversia. Es necesario aclarar que muchas organizaciones, a partir de la infame década de los noventa, utilizaron a las llamadas “gerenciadoras” para realizar esa tarea sucia.

Nos conviene trabajar en un estatuto, ya que seguir reclamando mediante una multiplicidad de leyes especiales y un número indefinido de convenios, no haría más que dispersar el reclamo y nos haría perder poder sindical, político y gremial. Fragmentar al sindicalismo

es uno de los objetivos prioritarios de los totalitarismos y de las corrientes despolitizadoras como el neoliberalismo. No debemos olvidar la historia: por algo el modelo sindical argentino como lo conocemos hoy siempre fue combatido desde adentro de nuestro país y también desde afuera. Como organización intermedia debemos surgir de abajo hacia arriba para no quedar atrapados a merced de los poderes políticos de turno que gobiernan y mucho menos a los llamados de sirena del poder internacional. Al surgir desde abajo responderíamos genuinamente a los intereses nacionales, que los trabajadores médicos bien conocemos. En definitiva, los que conocemos nuestra realidad y lo que debemos reclamar para nuestra profesión como trabajadores, somos los trabajadores médicos. El condicionante, como fuerza genuina y verdadera que le daría la vida necesaria al reclamo sería el sindicato de médicos. El principio solidario para aglutinar una lucha de reivindicación sindical es el sentimiento de la solidaridad profesional, que es único e irremplazable para no perder la cohesión.

Por supuesto, si la salud pública volviere a ser un derecho en la práctica, y quedara asegurado el compromiso del Estado como garante de una administración y normativización central, en el contralor del financiamiento sería probablemente aplicable bajo un Estatuto único. De esta forma los subsectores deberían responder a esas normas centrales para la promoción, prevención, y asistencia. Unificaríamos los avances de los de las conquistas remunerativas y las condiciones de trabajo tomarían un cauce de respeto por lo establecido en la legislación laboral vigente. Las Obras Sociales podrían mantener su financiamiento y administración de acuerdo a la normativa nacional, para que esté asegurada la atención de los trabajadores que es a quienes pertenecen.

Esta situación sería posible de llevar a la práctica y se aseguraría su funcionamiento ya que nuestro sindicato es parte de la Confederación General de los Trabajadores y desde adentro podríamos monitorear el cumplimiento. No hablo de estatizar a las obras sociales

mediante un sistema de salud nacional como pretendía el Proyecto Neri, del gobierno radical del alfonsinismo. Ahí sí estaba claro que el fin del proyecto era quedarse con la plata de los trabajadores y quedarse de esta manera con el poder político y económico de las Organizaciones Sindicales.

Dado que el sindicato de médicos forma parte de esta unión, podrían usar nuestros afiliados y sus familias las instalaciones, aparatología, insumos y normas de asistencia y de ese modo aseguraríamos la mejor atención posible para el grupo de pertenencia. Siendo el Sindicato de Médicos una parte constitutiva aportaríamos una supervisión del funcionamiento, para lograr la eficiencia y eficacia que a su vez generaría un ahorro para los afiliados y de esta manera se aseguraría aún más la salud de los trabajadores.

Todavía hoy se aplica un nomenclador nacional que en teoría nominaliza consultas y prácticas y les otorga un valor por las cuales nuestros compañeros deberían cobrar su trabajo. Se me hace imposible pensar que esa sea una moneda de pago, cuánta irracionalidad debieron utilizar sus mentores para transformar un papelito o una firma en una planilla de un paciente en una moneda. Suena a billete falso. En general, por la labor se nos pagaba a los colegas con bonos, que luego eran canjeados a través de las llamadas “entidades primarias”, que intermediaban para que se hiciese efectivo el pago.

Estas organizaciones, constituidas por colegas que en algún momento ejercieron una actividad gremial para defender el valor de ese bono, fueron perdiendo el poder de intermediación. Mediante acuerdos que se firmaban entre las obras sociales y dichos organismos, se valoraba nuestro trabajo de manera discrecional y nada de ello se registraba en las entidades de aplicación como el Ministerio de Trabajo. Funcionaban como un acuerdo de partes y hoy en día las entidades primarias, que funcionan por zonas o regiones, al haberse dividido, perdieron asociados. Es así como hoy en día poseen menor fuerza y el valor del canje de esos bonos se ve claramente disminuido. En los últimos años, la electronificación de la consulta contribuyó

notablemente a la sustitución del bono o práctica, debilitando aún más a las entidades primarias.

Por otra parte, esta relación establecida directamente entre el financiador y el profesional médico debilitó el poder de reclamo colectivo de nuestro gremio. Haciendo historia, y sobre todo en el interior, dichas organizaciones primarias se presentaban como círculos cerrados en los cuales había que ser presentados para poder ingresar, como si fueran sociedades de elite, en las que se pedía para poder “facturar”, la localía de residencia, debiendo depositar el interesado una suma importante de dinero para pertenecer a la misma. Los socios de estas supuestas asociaciones gremiales a su vez eran los dueños de las clínicas y sanatorios. Éstos contrataron durante años a otros trabajadores médicos menos pudientes, que debían vender su trabajo por salarios bajos o por un bono al que realizaban un descuento como un tributo necesario al trabajo realizado. Se trataba de dueños e intermediadores del trabajo y decían defender gremialmente a los colegas para negociar mejor con los financiadores. En general, se quedaban con un 30% del valor del bono y el remanente era para el que realizaba el trabajo. Es así como el trabajador médico fue perdiendo poder adquisitivo y en muchos casos debió recurrir al cobro de un coseguro que pagaba el paciente a fin de darle mayor valor al trabajo realizado.

Con esta forma laboral, ni autónoma ni con una relación de dependencia, el trabajador médico también debe emitir un recibo o factura, dejando en evidencia la incongruente relación laboral desde el encuadre legal. El médico no trabaja en forma independiente y liberal como en este sector se argumenta, sino que trabaja para terceros, que serían los financiadores, como lo establecen en la actualidad las recomendaciones de la OIT y por ello debe existir una relación de dependencia.

Como el lector puede interpretar, nuestro trabajo en cada uno de los subsectores tiene los rasgos que aplican al de la precarización laboral. Todo lo relatado hace que nuestros ingresos sean magros para

la mayoría de los compañeros, y por lo tanto debemos trabajar más horas para poder vivir y sustentar nuestros hogares. Por otra parte, no debemos olvidar que mantener nuestra profesión activa involucra una serie de gastos fijos necesarios como la matriculación, caja de seguro y previsión y cursos de actualización, entre otros. En este contexto, la sobreexposición a jornadas largas ha provocado en los colegas un desgaste anticipado, generando enfermedades y muerte anticipada, si la mensuramos al resto de la media poblacional.

Entiendo “por trabajo digno” al empleo permanente, que es el que hace previsible el futuro laboral de todo trabajador. Estar excluido de esta forma, bajo la condición inestable, lo único que trae es incertidumbre, ansiedad y angustia al trabajador. Económicamente hablando, al empleador que apunta a los cortos plazos, este hecho poco o nada le importa. Está claro que en esas condiciones donde la contratación no está definida en el tiempo solo trae poco compromiso con la actividad que uno desarrolla. En una profesión como la nuestra, el desaliento que genera esta situación puede llegar a ser grave, ya que no solo afecta al que realiza la labor, sino también al producto de su trabajo, o sea, una atención que puede terminar siendo deficitaria. A los gestores del gerenciamiento se les llena la boca hablando de eficacia, eficiencia y calidad de la atención pero solo venden basura, a la cual ellos o sus familias jamás se someterían. Luego, cuando una persona o la comunidad reclaman, se las categoriza como conflictivas. En estos casos se los aísla de diferentes maneras, siempre coercitivamente, o se les ofrece un trato individual o diferencial para aquietar las aguas y manejar reglas de excepción para que el conflicto no se convierta en un reclamo colectivo, que les provocaría mayores pérdidas. La idea siempre es desmantelar el conflicto para que todo siga igual.

Como trabajadores médicos con una profesión que debería ser considerada formal, hoy debemos incorporarla para este análisis, como perteneciente a una economía informal. Ahora bien, pertenecer a una clase profesional incluida o encasillada en una realidad que

no está definida formalmente después de dos décadas, en situaciones ya degradadas, hace que no se pueda intervenir de manera preventiva. Habrá que buscar una autodeterminación desde lo laboral, un eje de definición y fuerza que nos permita defender la profesión que practicamos.

No solo debemos defender los principios de nuestra profesión, la forma del trabajo para nuestro ejercicio del acto médico, sino también los valores de la salud de los pueblos. Los materiales de uso para resolver la problemática de la salud pública, deben estar enmarcados desde la convicción social para disminuir la intervención privada en la definición de los derechos a la salud. Con esto no digo que los criterios de la relación empresas privadas y la sociedad no deban existir, al contrario, pienso en que debe existir un desarrollo más integrador desde las necesidades y no desde la oferta. La producción, como ocurre en otros países, puede ser pública o privada, pero su regulación la debe dar en este caso el Estado y no la ley de la oferta y la demanda. Este mercado que no deja de ser mercado debe dejar claro el acceso con igualdad de posibilidades a las personas de todos los sectores sociales. Actualmente, muchos tratamientos y sobre todos los más nuevos e innovadores, se ofrecen solamente a las personas pertenecientes a los sectores pudientes y los médicos, aunque tengamos el conocimiento, terminamos haciendo una práctica de la medicina de primera, segunda y de última. En ese desbalance, sumamente conflictivo desde lo ético, debemos trabajar y mantener nuestro propio equilibrio mental y físico. Así es la mercantilización actual que solo marca la gran asimetría del derecho y la moral de esta sociedad.

Desde el punto de vista de la comunidad médica y del trabajo del profesional médico, podríamos preguntar ¿por qué tan pocos ingresos para el que trabaja y quién se lleva el resto?

Cobramos con papelitos y a largo plazo. Otros expresarían que trabajamos para terceros mientras nosotros damos un recibo en vez de recibirlo. Claro, sin vacaciones, aguinaldo ni el resto de los aportes patronales. Contratados de manera temporaria en forma

perpetua por el Estado. Muchos otros como becarios, pasantes, concurrentes, changarines, destajistas, por locación de servicios y locación de obra. Obligados a firmar ya, porque si no lo toma otro. Pero si le hubiéramos dado esta letra al poeta Santos Discépolo, hubiera escrito “Cambalache 2”, esta vez diciendo *“sindicalicense y defiendan el trabajo”*.

Pero en el pasado no fue así en Argentina, ya que pensar y reclamar podía significar ser perseguido o desaparecer. Debo reconocer que el miedo o la vergüenza, muchos años después nos ganan cuando debemos reclamar. Al médico, y es casi una constante, le cuesta reclamar. Percibo que la mayoría siente que esto es algo mundano y que su misión está más allá, que reclamar por un salario es de otra clase social. En la actualidad, nuestra posición es diferente a la de otros momentos, cuando históricamente había una distancia notoria con el común de la sociedad y hoy debemos pedir aumentos y mostrarnos como una persona sin los recursos monetarios indispensables para la vida cotidiana o sin poder sostener los gastos de la profesión. Esta negación al reclamo organizado es un tema digno de ser estudiado. Quizás muchos piensen que reclamar, como lo hacen muchos otros trabajadores, sea una manera de perder un status que le permitía mostrar superioridad o autoridad ante la sociedad o los pares. Personalmente, creo que la dignidad como valor se conquista de otra manera, se gana reformulando la profesión al servicio del que lo necesita, con el tiempo necesario y suficiente para ello. El salario lo deberá reconocer la sociedad y seguramente funcionará como en otras naciones si se encamina a la salud pública con el valor que merece: el de una política de Estado social.

Una nueva modalidad recientemente surgida son las consultas médicas por la web, un no tan nuevo desastre que irrumpe en el campo de la salud. No hay nada más pueril que creer que una persona pueda percibir de otra, mediante una computadora, qué es lo que le pasa por a raíz de interpretar algunas respuestas sobre síntomas, aisladas del contexto vivencial de la presencia. ¿Cómo se puede in-

terpretar el sudor, el olor, la facies o el exámen físico imprescindible para el entendimiento del sufriente sin un contacto cara a cara? Es simplemente una irracionalidad más, pero que si no estamos alertas se irá imponiendo para que los maliciosos hagan sus negocios. De eso se trata, si cualquiera de nosotros ingresa a una de esas páginas, comprobará que llegado un momento de la interacción fría de la máquina le pedirán dinero para seguir la consulta.

A diario registramos innumerables hechos de insatisfacción de los pacientes y que exceden nuestra voluntad para darles solución a los problemas, porque esta rueda fragmentada ya está en funcionamiento. Asimismo, nuestros compañeros se plantean en la actividad diaria cómo de manera sistemática replicamos estas técnicas en el ejercicio de nuestra profesión y cómo las terminamos ejecutando a diario sin poder parar esta diabólica manera de efectuar el trabajo. Fuimos dejando de lado el arte de curar. Arte es cuando a nuestra técnica la podemos enriquecer con esa variable humana que surge en nuestro intelecto y así se plasma nuestro acto médico. El modelo multifragmentado lo único que produce para el trabajador médico es caos, desde lo relacional con el resto de los actores y de esta forma se desfigura nuestra actividad profesional. La presencia del multitiempo terminó produciéndonos una sobrecarga de horas diarias, semanales y mensuales, generalmente en tareas asistenciales y hemos perdido la capacidad de reclamar de manera adecuada por un salario digno a la profesión y las condiciones laborales adecuadas para asistir a los pacientes.

¿Por qué nos cuesta tanto a los profesionales médicos comprender que el ejercicio de la profesión se materializa a través de una actividad que se denomina trabajo?

Quizás porque es el mecanismo socialmente aceptado para generar nuestros propios ingresos, dentro de un marco que fueron estableciendo los usos y costumbres. Y para qué lo hacemos, para tratar de no renunciar a nuestra vocación por un lado, o tal vez una forma de interpretación de la vida, siempre con el mismo principio solida-

rio. No debemos olvidarnos en este contexto que ante la falta de elementos de trabajo y contrataciones esclavizantes, siempre estuvimos y estaremos presentes ante las personas que sufren, hecho que parece resultarle incomprensible al financiador, sea cual fuere, intermediario o funcionario.

Hasta la fecha tuvimos organizaciones que defendieron nuestra condición profesional con un profundo espíritu solidario, pero específicamente en lo gremial y sindical no pudieron establecer una lucha con resultados eficaces y no por mala voluntad, solamente no pudieron actuar como un sindicato.

Resalto el valor solidario por que ha sido un estandarte propio de nuestra profesión, al menos en compartir los saberes de nuestra práctica y los avances de la ciencia ligada a la medicina. Pero en los últimos años la solidaridad ha mutado como valor en la defensa de los colectivos de las profesiones en lo referido al trabajo. El avance de la autonomía de las personas, para asegurarse su forma de subsistencia, manteniendo la actividad, es el producto de la precarización del trabajo. La crisis económica en la producción y el volcado del capital a un mundo financiero, generó indudablemente mayor pobreza para grandes sectores de la población, precisamente la por destrucción de esa economía formal.

La economía informal ha tomado un gran auge y los médicos debemos admitir que quedamos atrapados dentro de ella, y por ello insisto tanto en que es una situación desfavorecedora que inclina la balanza para poner en riesgo nuestra profesión. En este contexto, reformular a la solidaridad como un elemento de defensa va a ser un gran desafío, importante en sí mismo para defender la estabilidad laboral de la comunidad médica.

En esta realidad de la globalización, los trabajadores que desarrollamos actividades laborales de índole profesional, no estamos exceptuados de ser parte de una precarización laboral creciente. Le ocurre a la mayoría de los grupos que organizados de forma solidaria defienden sus derechos laborales, se trata de llevarlos a fases de in-

dividualización en su actividad, induciéndonos solo al compromiso personal para la defensa de la actividad y que de esta manera respondamos como un mecanismo de contraprestación para que no se desarme este modelo.

Pero a los ojos de la sociedad, en este estereotipo de individualización nuestra imagen como profesionales médicos queda plasmada como que el fracaso de esta realidad producto de nuestro accionar. No se evidencia que la fragmentación es la consecuencia del accionar de un montón personas invisibles en la realidad cotidiana, como los dueños de las empresas de salud, los funcionarios públicos y los responsables de la seguridad social. En este modelo de individualización en la salud, cada uno debe hacerse responsable de su persona y terminamos siendo el foco de reclamo más débil y accesible. Por eso nos terminan agrediendo en nuestros lugares de trabajo.

Algunos autores sostienen que en la actualidad hay una gran y permanente transformación de la identidad. Antes los procesos que se configuraban para definir y diferenciar los perfiles sociales que de las comunidades eran más lentos y tal vez más estables. Actualmente, el aceleramiento de las comunicaciones ha hecho que los cambios tengan una dinámica más vertiginosa y ello podría ser la causa de no poder establecer líneas comunes para generar un cambio de identidad frente a la realidad laboral de nuestro mundo laboral multifragmentado.

La hegemonía de la comunicación en la profesión la establece la necesidad de la actualización del conocimiento por múltiples causas. Estar actualizado es parte de una competencia para tener más saber, estar más capacitado y no solo dar una mayor respuesta a la enfermedad, sino también no quedar expuesto a que otro colega nos gane en obtener un trabajo, no tener problemas ante la judicialización de nuestra actividad laboral, presuponiendo que tendríamos una mejor defensa. En esa carrera loca descuidamos el cuidado del colectivo, seguimos buscando siempre la salida individual. En definitiva, ello nos debilita.

Este dominio o supremacía en nuestra forma de pensar o abordar la vida laboral, ha hecho que creáramos nuestra propia cultura del trabajo y del individuo y así, seguimos concibiéndonos como trabajadores autónomos. En realidad, es un comportamiento basado en un pensamiento fantasioso, ya que siempre estamos trabajando para alguien que nos paga por nuestro trabajo y que precisamente no lo realiza el paciente de manera directa.

El médico en estas décadas perdió su identidad colectiva, la multifragmentación del empleo ha sido sin duda uno de los elementos más contundentes para romper la cohesión de los intereses comunes a la profesión para defenderla. El trabajador médico en esta etapa eligió el camino individual para el salvataje de sus intereses económicos y marcó una clara etapa de los valores que se anteponen ante un ataque tan claro al colectivo. No obstante, existen muchas islas que intentan resistir este avasallamiento de los intereses del conjunto e intentan construir un proyecto común de defensa laboral. Los empleadores conocen estas debilidades y las utilizan abiertamente sin ningún tipo de tapujos para imponer un nuevo contrato ilegal, ya que no hay condena legal ni social alguna. ¿Alguna vez nos animaremos a pelear por nuestros derechos grupales o seremos siendo manejados fácilmente desde lo laboral en este mundo en el cual prima la industria de la salud como modelo ya impuesto? Habrá que reflexionar al respecto y espero que las camadas de reciente graduación comiencen a participar en la lucha de sus derechos laborales y que sumadas a nuestra organización actual ayuden directamente a consolidar a nuestra profesión, con una concepción humana, para que no gane la postura mercantil.

nada. Si somos dependientes del modelo fragmentado, no seremos respetados como trabajadores médicos ni como profesionales médicos.

2. UN PAÍS SIN SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO

Quiero iniciar esta parte con una pregunta simple, ¿tenemos una política de Estado en el área de la salud pública? No sería una irrealidad sostener que un derecho se pueda garantizar sin ella. La otra pregunta es, ¿se pueden dar las garantías que la constitución establece sin estar el Estado presente?

Al hablar de políticas de Estado se confunde muchas veces con políticas públicas y políticas de gobierno. A lo largo de las últimas décadas y en un marco de tendencias privatizadoras, se fue desdibujando el concepto por un uso abusivo y para esbozar lo que no es privado y corresponde al mundo público y sobre todo al pronunciamiento de la política. En la salud pública, desde lo discursivo, siempre se habla de “sistema de salud” como política de Estado. Eso existió por los años 50, durante el gobierno justicialista, y luego se fue desarmando, a la vez que se fue transformando el modelo hasta llegar a su forma actual, ya vacío de ambos elementos. Ni política de Estado ni sistema es lo que quedó y si gobernar es generar políticas, esta lo fue desarmando en presencia de una sociedad que ni se enteró de que ello ocurría. Los medios masivos siguen usando un lenguaje confuso y autorizan a muchos de los actores a que conceptualmente sigan disfrazando la realidad.

Desde mi concepción, una política de Estado es la cual, por medio de un acuerdo nacional establecido en un momento, se logra trascender los cambios políticos, ideológicos o los intereses de ciertos sectores, manteniéndose a través del tiempo, y si se modifica es por nuevos acuerdos de ese colectivo. Es en realidad un concepto dinámico y su

vigencia se adecua según las necesidades del momento histórico. Así descartamos su definición cuando esta se formula de forma unilateral, pues le conviene solo a ese sector. Para hablar de salud no considero que deba explayarme más sobre este concepto, es decir, definir a la salud pública como una política de Estado implicaría tener que acordar en la sociedad argentina, poniendo como acuerdo entre las partes y a consideración de sus actores qué es lo más conveniente para todos los integrantes de esta Nación. Para llegar a ello, lógicamente, deben primar las prioridades y definir las va a ser duro conociendo el paño. A todos nos corresponde ese derecho, pero cómo ponerlo en la práctica, quién es más o menos para tener el acceso. Hoy, claro está, existen categorías de acceso y el boleto de entrada lo da el dinero. En una política de Estado el ingreso deberá ser igualitario, de la misma calidad y los lugares similares en la estructura. Cuando hablo de “estructura” me refiero a lo edilicio, al equipamiento, y sobre todo a los recursos humanos disponibles para el desempeño.

El trabajador médico debe responderse a sí mismo esta cuestión. Debemos socializar la respuesta para debatir nuestro futuro laboral y profesional. Cuando las instituciones, que deberían ser las normativas, juegan con una doble moral es porque la sociedad las legitima. Nosotros sabemos que no otorgamos al pueblo una salud con los mismos estándares y estas diferencias radican en la fragmentación del modelo, que a su vez obedece a los diversos focos de poder que se ocupan de diseñarlo. El poder económico es el que distribuye las cartas, para que cada sector abra su propio juego, pero el tema en cada uno de ellos es el financiamiento y su distribución. En los últimos años, el impacto de las diferentes políticas de gobierno ha producido que a su vez se fragmentara la institucionalidad de la salud por enfermedades o necesidades surgidas desde la coyuntura. Es decir que no hay un hilo conductor para abordar a la salud y las enfermedades dentro de un contexto único, organizado y sistematizado. De hecho, no se garantiza la salud dentro de un marco de la prevención con un eje centralizado y mucho menos coordinando sus acciones.

Estas se delegan a las provincias, municipios, seguridad social o a las empresas privadas y cada nivel hace lo que le parece en base a la interpretación propia, regida en la mayor parte de los casos a la conveniencia política, económica y sin comprometer en lo posible a la comunidad. Para el trabajador médico, desempeñarse en diferentes sitios implica que deba aplicar diferentes normas surgidas de la improvisación local o de ese sector. Por ejemplo, cuando surgen epidemias como el cólera, dengue, influenza, obesidad, diabetes o accidentología, las políticas con las que se abordan dichos temas son reactivas, locales, fragmentadas y con los criterios más o menos acordados en el momento. Al no haber normativas centrales la acción preventiva termina siendo casi anárquica, poco racional y las respuestas son de menor eficacia y eficiencia. Luego de un lapso de tiempo se plantean políticas de gobierno y el más ducho presenta un proyecto de Ley para tratar a las enfermedades y la cobertura de sus gastos en nombre del derecho. ¿Pero esto no lo antecedía ya el derecho? Por qué no anticiparnos con una política de Estado, que nos ahorraría personas enfermas, recursos financieros y los médicos trabajaríamos haciendo una medicina más racional, útil y de menor gasto y despilfarro.

El Estado nacional maneja la salud con normas muy raras. Por ejemplo, el poder legislativo ha sacado una serie de leyes sobre las enfermedades que deben ser tratadas. Así, hay leyes sobre la diabetes como enfermedad, obesidad, celiaquía y tantas otras que tienen como objetivo forzar a las empresas, obras sociales, o al sector público a cubrir su tratamiento, pero superponiendo los mismos recursos financieros. No coordinar esto aumenta el gasto y los costos que podrían ser encaminados a otros resultados, y por supuesto, al mejor financiamiento de los trabajadores. Entonces, cómo puede haber en una sociedad democrática la necesidad de legislar para definir a las enfermedades y para que ellas sean tratadas, ¿no suena irracional? ¿Dónde están las normas del Ministerio de Salud, que deberían existir como un hecho concreto de su gestión?

Si desde una nación un ministerio de salud escribiera la definición de salud y enfermedad, con el acuerdo de todas las provincias para respetar el federalismo, actuando en conjunto con los distintos actores sociales, sería sencillo acortar todos estos procedimientos. La ausencia del Estado como institución estuvo presente durante décadas, pasaron muchos funcionarios y las fuerzas que condicionaron su accionar ganaron abiertamente. Salvo por el Dr. Carrillo y por un muy corto plazo el Dr. Oñativia, hasta la fecha no tengo recuerdo ni he leído que alguno haya propuesto un plan o un proyecto presentable y sostenible al respecto. No quiero responsabilizar de manera directa a todos ellos, alguno ha tratado de maquillar la cosa, pero tenían la opción de quedarse en otro lugar. Es importante contemplar que las políticas partidarias nada hicieron, por estar claramente marcadas en la mayoría de los casos por las mentiras de las determinantes económicas, pero también faltaron las demandas sociales que reclamaran un cambio, porque a la hora de decidir hubo otras prioridades. Cuestiones prioritarias como la educación, la alimentación, la vivienda, el trabajo que hacen al cuidado de las personas y casi siempre tienen mayor prevalencia. Cuando nos enfermamos dejan de tenerla y ahí debió haber estado la previsión de fomentar la existencia de un sistema verdadero de atención y no depender del azar y de la buena voluntad de los trabajadores del sector para que hagan lo que puedan y no lo que correspondería. En un Estado de estas características, que espasmódicamente retoma y deja el tema, no hay previsión y las personas sufren y los trabajadores médicos desgastamos nuestras energías la mayor parte de nuestro tiempo apagando incendios como si fuéramos bomberos de tareas continuas.

Acordar de esta manera un plan de salud para todos los habitantes sería más fácil y menos costoso. No es un tema económico el necesario para producir un cambio: los que vivimos las últimas cinco décadas entendemos claramente que las famosas recetas de los modelos implementados son solo mentiras y muchas de ellas se repitieron para cambiar nada. Las economías aplicadas fueron solo ma-

temáticas con resultados malos para la gente pero muy buenos para pocos. La sociedad debe comenzar a plantearlo a través de sus organizaciones, porque tal vez esas cuentas mal hechas produjeron más enfermedades y muertes que las propias determinantes biológicas.

Resumiendo, para los que no actuamos en la política de forma directa, pero sí somos trabajadores médicos, quienes ejerciendo nuestra profesión somos testigos diarios de este desastre, las políticas públicas son necesarias que se apliquen en salud desde una verdadera política de Estado. Pero las políticas públicas son muy difíciles de llevar a cabo si no hay un acuerdo social. Serían lo que el Estado organiza y administra con los fines de satisfacer las necesidades en salud de un pueblo y su vida social. Una vez tomada la decisión se deben incluir la políticas para su aplicación, contemplando los factores culturales, económicos e institucionales, pero tienen necesariamente que tener la actuación los diversos sectores, para que exista un acuerdo y la legitimidad para consolidarlo como un proyecto nacional.

El Estado tiene la obligación de trabajarlo y desarrollarlo, asegurándose de que la vida privada y pública de las personas sean responsables. En salud esto se traduce, en que debe tener la capacidad instalada, el equipamiento y el acceso igualitario para todos, pero debe existir el acuerdo para los trabajadores en lo referente a las condiciones de trabajo y lo salarial para iniciar una etapa sólida y duradera. Luego debe asegurar la estabilidad de lo pactado, evitando las relaciones antagónicas de los opuestos que pudieran plantearse, y esto debe ser llevado a la práctica por medio del orden institucional, por medio de las normas, autoridades, los medios del gobierno y los actores sociales deben controlar que se cumpla con el acuerdo. El resultado debe ser justo para la sociedad y ello se asegura con garantizar la seguridad en el empleo del sector de la salud, con los beneficios sociales y la estabilidad para un proyecto trasladable a través del tiempo. Por supuesto, siempre garantizando la igualdad del acceso para las personas.

Una política de Estado en salud debe trascender las políticas e

ideologías particulares, debe sustentarse dinámicamente y debe existir un espacio para debatirlo permanentemente con la integración de todos los sectores. Es decir, crear una política pública no es un fenómeno lineal, debe ser un proceso que se inicia con la construcción del problema público, en este caso la salud de un pueblo y todos sus actores incluidos. Fundamentalmente debe comprender en nuestra sociedad democrática a todos los actores, principalmente a las personas que demandan la necesidad de la atención y los trabajadores del sector. Aquí el trabajador médico y otros profesionales, por su idoneidad y conocimientos, deben jugar un rol fundamental, cada uno de acuerdo a sus incumbencias. El administrador público debe conocer y responder al planteo inicial de esta construcción, para lograr las metas y buscar los resultados esperados.

En definitiva, una política pública debe partir de las necesidades en la salud de los diferentes grupos sociales a los que deben ir dirigidos, debiendo integrar a todos los sectores: los financiadores -es decir, al capital-, al pueblo que demanda la atención y a la fuerza del trabajo, en donde debe estar incorporado el trabajador médico como profesional. De esta manera, el sistema funcionaría con una norma centralizada, aplicable con las diferencias regionales del caso. Se podría someter a que el poder legislativo lo estudie y lo vote para darle todo el tinte de la legalidad correspondiente y fuera aplicado para cubrir el derecho en cuestión. El trabajador médico, con un estatuto propio, podría ayudar a ejecutar esas acciones, aportando con su conocimiento y experiencia, para ir adaptando ese plan y adaptarlo a una realidad práctica. Sé que todo tipo de plan, al intentar aplicarlo, se encuentra con muchas dificultades y surgen los inconvenientes del realidad social, pero con el ejercicio de nuestro saber construido en la adversidad, lo haríamos seguramente dinámico y cada vez más eficiente.

No siempre la postura de los gobiernos fue retrógrada o errada ante el derecho a la Salud. Así como el Dr. Ramón Carrillo produjo un innovador desarrollo en la concepción del entendimiento y el

abordaje de las enfermedades, otra cuestión que quiero resaltar es la propuesta efectuada durante el gobierno del Dr. Arturo Umberto Illia. Su Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, el Dr. Arturo Oñativia, un salteño que había desarrollado múltiples cargos públicos y académicos y fue el creador el Instituto de Endocrinología a principios de los 60. Este hombre fue quien propuso la Ley de Medicamentos como un bien social. En esencia, la norma limitaba el pago de las grandes regalías de medicamentos a las empresas en el exterior, regulaba los precios internos para que fueran accesibles para los enfermos, proponía la receta por su nombre genérico y permitiría la fabricación de productos farmacológicos a nivel nacional, hecho revolucionario para ese entonces. Así es como esta Ley fue calificada por las multinacionales y los sectores militares como “comunista”. Ese fue el argumento para desatar la crisis con la Ley de Patentes y por ende afectar las ganancias de la industria farmacéutica internacional, que terminó de desestabilizar al gobierno y fue subvertido por una cruel dictadura llevada a cabo por las fuerzas armadas en 1966. Todos los vaivenes que provocaron las interrupciones democráticas contribuyeron a sostener el desorden y que no se pudiera establecer desde nuestra sociedad una Política de Estado en Salud.

Considero igual de grave que en el período democrático no se hayan ocupado los diversos gobiernos de instalar en el pueblo la idea de que tener una política de este tipo es la única que puede establecer un derecho verdadero. Con políticas de gobierno lo único que se logró fue desorden y que el derecho solo fuera declamatorio, cuando en realidad un derecho es tal en tanto se implementa, se lleva a la práctica y el mismo es igualitario para el que lo requiere. Este debe ser igualitario, porque la salud es un derecho de las personas, por tanto un Derecho Humano. Con un “modelo fragmentado” como el actual, que ni siquiera es equitativo en todo el territorio nacional y sin un sistema de salud, el Estado Argentino no asegura el derecho a la salud del pueblo. Muchos proponen replicar el SNIS o Sistema Nacional Integrado de Salud, que fuera puesto en práctica en la dé-

cada de los 70 por el gobierno peronista. El mismo proponía integrar a los diferentes subsectores, y se desarrolló en algunas provincias como prueba piloto pero fue abortado, no por la dictadura sino por la inamalgamable situación que generarían los conflictos de intereses del financiamiento entre los diversos subsectores.

Una idea que desarrollaré durante el transcurso del ensayo consiste en que las instituciones públicas y privadas no pueden coexistir sin un verdadero acuerdo social. Agua y aceite no se unen por sí mismos. Solo se los puede unir mediante grandes fuerzas que las emulsionan y luego ayudan a mantenerlos en ese estado. Por eso los subsectores de la salud con intereses contrapuestos no se unen, salvo que una fuerza externa los unifique, siendo el interés del colectivo su denominador común. Solo en esas condiciones la salud llegará a ser un derecho en nuestro país. No es utópico este planteo y si lo fuera tampoco estaría mal: para trazar un camino hay que tener una imagen de futuro, un horizonte ideal que funcione como guía para construir y lograr los objetivos. Hago esta observación porque los lectores lo pueden plantear y no es inadecuado por nuestra historia política y social que hemos vivido en las últimas seis décadas. De hecho, en muchos países capitalistas o socialistas la salud pública funciona con un financiamiento único. Para que no se asusten los pudientes, quiero contar que en esos países también existen establecimientos exclusivos donde se puede “comprar” la salud. La diferencia en ellos es que la salud básica esta asegurada para el conjunto y de manera adecuada, siendo un ejemplo de lo expuesto Inglaterra, con un sistema de salud único y estatal, inserto en la cuna del capital.

Un plan de salud que desde la racionalidad es sencillo de crear, fue imposible de implementar. ¿Qué intereses se trastocarían si hiciéramos el juego mental de ponerlo en práctica? Los del poder económico seguramente. Si tuviéramos un plan integral que ofertara las mismas condiciones para la cura de las personas, los profesionales médicos seguro trabajaríamos en paz. Ganaríamos salarios dignos de nuestra profesión, y tendríamos condiciones de trabajo confor-

mes a un sistema de salud. Hoy no las tenemos porque, al menos desde mi concepción de sistema, contamos con un modelo a duras penas, fragmentado y que no articula nada. Cada subsector hace lo que le parece. Para ejemplo, vale el de la provincia de Buenos Aires, en la cual hay 135 municipios, con 135 secretarías de salud, en donde cada una aplica la norma como considera o puede y contrata a sus trabajadores médicos como quiere. Eso se traduce en desorden, con estados municipales que funcionan cercados, que no permiten la atención de vecinos de la otra vereda de la calle que divide, como si no fueran habitantes del mismo país. Ese accionar va por encima de la ley y de la constitución, y nos obligan a discriminar al enfermo. Al admitir este estado de situación somos partícipes -forzados por supuesto-, porque si no se sostiene el mandato municipal, el médico pierde su trabajo precarizado. El miedo a perder el puesto siempre está presente, no hay que ser necio para entenderlo, porque es muy simple rescindir el contrato ilegal y reemplazarlo con otro trabajador. No importa quien sea y que haga, el empleador ilegal se cubre legalmente. Si en este ejemplo el estado provincial no puede gobernar a la salud pública, más difícil aun es pensar en la integración con el empleador privado de las clínicas y sanatorios, las obras sociales o las empresas prepagas. Entonces, colegas, ¿qué oscuros intereses económicos manejan esta situación? Dejo que cada lector establezca sus propias conclusiones.

En este sentido pretendo exponer la situación a fin de plantear los intereses comunes que nos unen a los médicos en este caos que nosotros no generamos. El primer interés es defender nuestra profesión, porque el desprestigio es nuestro frente al paciente y como trabajadores médicos nos cabe esta responsabilidad. De otra manera, terminamos siendo el mostrador de quejas del Estado Ausente. El segundo interés en común es mejorar nuestro salario, tan atrasado respecto a otros trabajos, regularizar las formas de contratación a las que fuimos sometidos durante las últimas décadas y dignificar las condiciones de trabajo, que hoy son inhumanas y que ya hemos na-

turalizado, pero que nos terminan desgastando. Todas estas cuestiones están escritas, pero a través de los años dejamos naturalizar este avasallamiento y lo convertimos en una normal por no participar en cambiarlas. Esta realidad en la que vivimos, el poder no nos la va a solucionar, porque precisamente el poder económico y sus colaboradores son malignos. No les interesa la salud, solo el lucro de un comercio que ya está establecido. A este poder solo se le podrá arrancar lo que nos corresponde mediante la lucha gremial con la participación activa de los trabajadores médicos afiliados y comprometidos.

3. ¿CÓMO LLEGAMOS HASTA ACÁ?

En mi opinión, al caos actual se llegó a causa de los emparques al modelo existente desde la década del 60 y 70 del siglo pasado hasta la actualidad, que de forma pragmática fueron llenando los huecos existentes en la atención de las personas que requerían la atención. En este trazado de arreglos coyunturales cada sector social peleó por instalar, a su propia conveniencia política y económica, un modelo que desde lo operativo le sirviera y dio como resultado el modelo multifragmentado actual. Decir que fue diseñado “a propósito” sería difícil de afirmar, pero al haberse generado en el convulsionado Estado de aquellos tiempos, con una innegable conflictividad en la inconstitucionalidad imperante por las interrupciones de los gobiernos democráticos por las dictaduras militares de esas décadas, no se pudo desarrollar un plan de salud como política de Estado. En esa época era muy difícil pensar en un acuerdo social en el que las partes se pudieran sentar para construir: no hay que olvidarse de que el peronismo y antiperonismo estaban en plena vigencia, con heridas muy recientes.

Aún así, los gobiernos surgidos de neta estirpe e ideología neoliberal, querían instalar las leyes del mercado y la salud no quedaría ausente en ese juego. Entraban ya en esos momentos las grandes políticas privatizadoras como salidas novedosas para desarmar todo lo que tuviera que ver con un Estado protector construido en la década gobernada por Juan Domingo Perón. Como mencioné anteriormente, su Ministro de Salud, el Dr. Ramón Carrillo, dejaría huellas imborrables desde lo académico y sanitario que aún siguen vigentes y de la misma forma siguen siendo denostadas y combatidas hasta

nuestros días. El Dr. Arturo Illia y su Ministro de Salud, el Dr. Arturo Oñativia, también trataron de reflotar doctrinariamente aspectos de la salud pública, sobre todo en el acceso al medicamento como un bien social y ello provocó un enfrentamiento tal con las multinacionales extranjeras que le costó, junto a otros temas y factores, la pérdida de la presidencia por una interrupción de facto a manos de los militares al servicio de esos intereses centrales, representados en esos años por los Estados Unidos.

En esos años comienzan a crearse con un gran auge las organizaciones de salud privadas como las clínicas y sanatorios, junto a las incipientes empresas de la medicina prepaga. No se crearon para producir el daño en forma directa, pero sí para generar ganancias económicas por los muchos actores intervinientes. Los médicos participaron creando una especie de consorcio, asociándose para competir con las empresas de la salud y no quedar fuera de la mano de obra autónoma o evitar pasar a ser un trabajador dependiente de un empleador.

El lucro fue la meta principal de muchos de esos sectores, es decir, buscaron la veta mercantil en las personas vulnerables que sí o sí pagarían para recuperar la salud. Otros grupos, que sí operaban directamente para quedarse con los fondos ajenos, argumentaron con sus políticas de ahorro desde diversos tipos de gobierno diciendo había que achicar el gasto público, y muchos funcionarios trabajaron directamente para ello. Dentro de esa doctrina nos formamos los médicos que actualmente ejercemos la profesión. El achique fue incesante y desde los primeros pasos desde la década del setenta hasta la actualidad los gobiernos, en menor o mayor medida, hicieron todo lo posible por reducir al Hospital Público, para mostrarlo ineficaz e ineficiente ante las empresas privadas.

Esto que esos individuos denominaban gasto y no inversión en vidas humanas, no hizo más que restringirle los recursos económicos a las personas que querían recuperar la salud. A muchos enfermos en esta triste historia les sacaron tal vez sus únicas oportunidades

para curarse. Por supuesto, estos individuos, en su mayoría serviles al pensamiento neoliberal, en muchos casos funcionarios y los grandes generadores de la opinión pública de esos tiempos, que con su oratoria convencían a un gran sector de la sociedad, son culpables. Pregonaban que lo privado era mejor y que lo estatal era ineficiente y solo daba pérdidas. Así le sacaron el derecho a la salud a las personas sin recursos. Los que propiciaban e instrumentaban estas atrocidades políticas de propaganda eran individuos pertenecientes a clases adineradas o pudientes y respondían a los poderes económicos que querían obtener la renta del negocio privado. Claro está que ellos podían pagarse la cura y sin miramientos operaban la instalación de las normas para activar su funcionamiento.

Otros, como los funcionarios que actuaban en consonancia desde los gobiernos instalados para lograr esos fines lo hacían con el recurso financiero del Estado, pregonando el recorte del presupuesto en salud para disminuir el gasto estatal, afectando de esa forma a los más pobres, que dependían del hospital público. Ese hecho significó el abandono de las estructuras edilicias, la falta de reequipamiento de tecnologías modernas y el congelamiento de las vacantes de los profesionales médicos que se jubilaban, enfermaban o fallecían. Así se produjo el crimen: los hospitales que prestaban una importante función asistencial, como producto de la restricción de los recursos humanos rompieron la actividad académica, docente y de investigación que en ellos se producía. Se pretendió sustituirlas con centros privados que no pudieron equiparar la calidad y cantidad de esa formación de grado y postgrado. En más de tres décadas no he conocido a ningún funcionario de cualquier rango que acudiera al hospital público para ser asistido. Tampoco a los adinerados, salvo en situaciones de urgencia en las cuales se les salvaba la vida y rápidamente los familiares los trasladaban a un servicio privado. Parecía que tenían miedo de contagiarse de humildad o pobreza al estar compartiendo su curación con personas de otras clases “inferiores”. Por otra parte, cursa en mis recuerdos la gran cantidad de trabajado-

res y sus familiares que sí acudían a nuestro hospital para ser tratados por sus propios compañeros. El sentido de esa elección, expresado por los colegas, era que se sentían en su casa, por el afecto recibido y el rigor académico del establecimiento, sumado a la idoneidad de los profesionales que trabajaban en el sector. Claro, eran hospitales escuela y sentíamos orgullo de pertenecer, en verdad sentíamos que era nuestra segunda casa. Pasábamos más horas ahí que en el propio hogar. Lamentablemente, en la actualidad tengo que confesar que me da vergüenza ser parte de estas organizaciones tan deterioradas.

Describir esta realidad que vivo a diario me expone a tantas críticas como lectores haya, pero eso es positivo para estimular el pensamiento reflexivo de los colegas. Es estimular un camino hacia el debate y que de este surjan cambios que favorezcan al colectivo. No debemos dejar de lado que la defensa del colectivo en la historia de los dos últimos siglos se dio desde las organizaciones sindicales, para el caso de los trabajadores ya sea agrupados por oficio o profesión. Cuántas veces fuimos engañados con la seducción de los cantos de sirenas que sugerían que los cambios que vendrían de manera positiva en lo concerniente a nuestro trabajo, surgirían por la bondad de quienes consideraban a nuestra profesión por la abnegación y la ayuda social que realizamos. Nadie regala nada y sobre todo en las sociedades en las que el premio es precisamente el dinero. La avaricia de los que están en el poder no lo permite. Es cruel pensar así pero los derechos y los beneficios laborales durante la historia se lograron peleándolos.

Estamos en una encrucijada a la cual la misma realidad nos fue llevando y creo que debemos ser los verdaderos protagonistas en la construcción de nuestra propia situación laboral actual y futura, para que no se siga lesionando. Desde hace unos treinta años solo nos defendemos para no seguir retrocediendo, ¿será la hora de poner un límite a todo esto y por fin avanzar?

Si la salud es un derecho, para los gobiernos es un deber garantizar el acceso en igualdad de condiciones. De otra manera se discrimina,

se maltrata y se hace daño. El acceso mide la igualdad, es un marcador concreto de este derecho, a tener la misma posibilidad de ocupar una cama, un diagnóstico y un tratamiento.

Trabajar con el derecho de recuperar la salud es trabajar con un derecho humano básico. ¿Por qué no pelear por ello? En lo personal y por lo recogido del pensar de muchos de los colegas y compañeros de los años de trabajo, surge la necesidad de que no seamos nosotros los que decidamos quién vive o no. Traigo este planteo como una controversia cotidiana. Cuando nos preguntan en dónde conviene internarse, o cuál es mejor medicamento según su nombre y no la droga, estamos avalando la desigualdad que sí existe. En el multiempleo se da claramente esta vivencia, la fragmentación del modelo termina siendo una fragmentación de la medicina. Está claro que todos los trabajadores médicos sabemos que tal o cual estudio, o determinada medicación la cubre una obra social, empresa prepaga u hospital público y otras no. Ahí estamos obligados a hacer una diferencia entre una y otra persona, acción de la cual no somos los ideólogos y venimos denunciando desde hace muchos años. Usamos las herramientas que cada empleador nos otorga y de ello surge otra necesidad, que es pedir que esta sea exactamente igual en cada lugar donde se atiende a personas enfermas. Claro está, respetando el acceso según los niveles de complejidad.

Los grupos de poder económico se valieron de los medios masivos de difusión para instalar en la sociedad este modelo de atención de la salud. Cuánto se habrá pagado durante estas décadas para producir el cerco mediático y que las voces que lo denuncian sean acalladas como sonidos sin sentido y se presenten como ecos fuera de un contexto. Esta así claramente enfocado a una salud pública diferenciada, según la capacidad de pago del enfermo. El modelo es bajado desde los países centrales, cuyo beneficio está ligado a la enfermedad y no a la salud. Si hay sanos no vendemos y si falla la atención primaria nos aseguramos las ganancias. Uno de sus objetivos es la venta de productos farmacológicos, aparatología e insumos de alto costo pro-

ducidos por las industrias multinacionales. En nuestro país, las regalías son inmensas comparadas por unidad de venta en las monedas patrón utilizadas respecto a los países desarrollados.

Cuando se tomó en la década de los sesenta la decisión de modificar la Ley de Patentes y producir de manera nacional los medicamentos de alto impacto y bajo costo, el gobierno del Presidente Dr. Arturo Illia fue derrocado. Fue un aviso claro para los países subdesarrollados de la región. Había que respetar la ley de patentes y el medicamento no podía tener la mala palabra de bien social, debía ser un bien de mercado. Si lo analizamos en un contexto más global, es tan contradictoria la situación que en esos mismos países centrales, sobre todo en los europeos capitalistas y neoliberales, la salud pública es un bien social. Por supuesto, el medicamento también es considerado de la misma manera.

La propaganda política de los noventa en la República Argentina vendía este modelo. Debemos recordar el eslogan que pregonaban los medios de comunicación de que “lo estatal no sirve y lo privado es bueno, eficaz y eficiente”. Nuestros compatriotas y un gran sector de la comunidad médica apoyó la barbarie. Muchos países centrales son consejeros de la implementación de las políticas privatizadoras para países en vías de desarrollo o “emergentes”, mientras que su propia salud pública es estatal y funciona adecuadamente. Gran Bretaña es uno de esos centros de poder con salud pública estatal. La dura historia que nos tocó vivir demostró a claras que el resultado fue devastador. Con la consigna del Consenso de Washington y sus estándares mínimos para los países de Sudamérica, América Central e Islas del Caribe lo que se logró fue llevar a la práctica la desfinanciación del sector público y la destrucción de su capacidad instalada. De esa forma se favorecía al sector privado, para que crecieran sus regalías y ello fue una manera de seguir precarizando nuestra forma de trabajo.

Pasamos a ser más dependientes de esos patrones, quienes nos pagaban con “bonitos”, firmitas en planillas que debíamos presentar

para cobrar a destajo y que con el tiempo pasaron a ser tarjetas magnéticas que permitirían un mejor control sobre los trabajadores. El otro cometido para llevar a la práctica el objetivo fue la creación de empresas que gerenciaran el plan maestro y desdibujaran la estafa. Surgieron mágicamente empresas que tercerizaban los servicios en la salud de las personas. Hubo por supuesto responsables de este accionar, verdaderas asociaciones creadas entre los funcionarios, empresarios y dirigentes de las obras sociales. Hubo intencionalidad clara y manifiesta, no surgió como lo hacen las catástrofes naturales, que son inevitables. Fue una verdadera epidemia que terminó afectando al trabajador de la profesión médica. El patógeno de esos momentos, y que a la fecha se instaló como un mal endémico, se denomina “mercado de la salud”. Esa realidad nos puso de rodillas ante cualquier reclamo, figurábamos como profesionales médicos, de estirpe autónoma liberal históricamente reconocida y la sociedad así nos consideraba. Nuestro colectivo no contaba con una representación gremial verdadera, es decir, un sindicato que defendiera nuestros derechos laborales y profesionales. En ese momento perdimos la gran batalla.

Faltaba eliminar al sector público y la mejor forma era devastar al sector de los recursos humanos. La famosa historia de que “sin pilotos los aviones no vuelan” fue puesta en práctica. Esta intencionalidad ya la mayoría de los colegas la conoce. Era vital desmantelar al hospital de los médicos y otros trabajadores, y no solo porque atendían bien a la población, sino que también actuaban como una masa crítica y pensante que podía hacer fracasar el proyecto. En eso estamos, con este análisis que no es más la conclusión de las políticas económicas iniciadas en la dictadura genocida, y cómo el miedo, que estaba fresco y muy presente para resistirlas, se aprovechó para su implementación. Los trabajadores médicos en esa etapa sufrimos el más grande retroceso laboral de nuestra historia, a mi entender, ahí se impuso la flexibilización laboral como lógica de administración de los recursos humanos.

El norte fue la producción de contratos laborales temporarios, de renovaciones automáticas en el mejor de los casos, ofrecimientos de retiros anticipados al personal en relación de dependencia. Desde lo gremial, muchos compañeros en ese momento no aceptaron tal ofrecimiento y optaron por sindicalizarse, porque tenían la concepción de que lo peor que le puede pasar a un trabajador es perder su fuente laboral. Aún escucho en mi memoria las discusiones del caso del PAMI, y parecía irreal que algunos compañeros vendiesen su estabilidad laboral por un manojito de plata de manera compensatoria por firmar la renuncia. Entonces el empleador contraatacó y les ofertó la continuación laboral mediante un contrato turbio, que muchos aceptaron y las condiciones posteriores hicieron que se arrepintieran. Ya era tarde, hoy son mano de obra tercerizada.

Otro sector migró en los noventa ante la caída salarial del sector público al privado que en ese momento pagaba mejor. Pero compañeros, es la oferta y la demanda, cuando la oferta de mano de obra del trabajo médico creció, los salarios se deprimieron. Los profesionales médicos de esa época hasta la actualidad fueron perdiendo el poder de su salario y ganaron las condiciones de trabajo que ahora reinan. Estas condiciones son lugares de trabajo minados de violencia laboral interna y externa, es decir desde la misma comunidad, compañeros desgastados prematuramente o quemados, por soportar una sobrecarga laboral de una población que consulta desde el sector más pobre, estructuralmente hablando. Un caso interesante pero doloroso es el de los llamados sistemas de emergencias privados, en los cuales los trabajadores médicos viven 24 horas sobre una ambulancia, que acuden esporádicamente a las llamadas bases y no tienen aseguradas condiciones mínimas de descanso e higiene. No pudimos acceder a la información de quién las habilita, ni siquiera judicializando los casos específicos a los cuales nos acercamos.

Los políticos hablan de lo bueno, montan operaciones de prensa para disfrazar esta realidad y que no se llegue a desnudar la verdad. Los ministerios no pueden desconocer estas condiciones de explota-

ción que en definitiva atentan contra la salud pública. Si en realidad desconocen esta situación es porque nunca asistieron a sus habilitaciones que por norma deben realizar y si en algún caso lo realizaron nunca volvieron a valorar su funcionamiento. La intencionalidad marca esta realidad, nada es azaroso en esta historia.

Todos los procesos de descentralización estatal y la falta de normas con la debida regionalización confluyeron en el actual panorama de fragmentación de las esferas, complejizando y complicando aún más la participación de los trabajadores médicos que se encuentran dispersos en los diferentes sectores.

4. LOS DUEÑOS DE LA VERDAD SANITARIA

Los trabajadores médicos, por imposición de nuestra profesión, nos acostumbramos al rigor de la metodología científica al analizar los temas inherentes a la salud pública. Este pensamiento es útil en lo relacionable a los temas técnicos y hasta en los operativos. Pero creo, y con ello quiero plantear un nuevo debate, que no es razonable este tipo de pensamiento a la hora de analizar cuestiones pertinentes al derecho humano como la salud. Somos humanos que asistimos y ayudamos a otras personas humanas a aliviar sus sufrimientos y/o curar sus enfermedades si fuera posible. En esta relación poco valen las estadísticas, ya que aquí el rol principal está marcado por la confianza y un interés común. Nosotros queremos la cura porque así lo sentimos y el enfermo aspira a lo mismo. Para el trabajador médico esta es la verdad, si no estaría trabajando en labores de otra índole. Aquí la verdad es solo una concepción de conformidad con lo que el profesional piensa, dice y realiza, tal cual la definición de verdad lo establece. La verdad aquí es aliviar el dolor y el sufrimiento de un sujeto, y tratar de establecer su cura. Probablemente esto nos ponga en una situación de proyección, como si un familiar o nosotros mismos estuviéramos del otro lado, deseáramos la máxima dedicación posible del profesional tratante y la estructura sanitaria.

En este vínculo dual a ninguno de los dos actores intervinientes les interesan los números de las estadísticas. Los números son importantísimos, esenciales, pero para otra cosa, para la administración de la salud y esto es sinónimo de poner a disposición de esta relación humana los medios necesarios, por igual y para todos,

como los derechos lo establecen. En la realidad esto no se hace y una razón probable es porque a nadie del poder le interesa. Aquí quiero introducir el concepto de falsedad para cerrar la idea. Falsedad es falta a la verdad, pero en este caso hay intencionalidad de distorsionar datos o presentarlos fragmentados. Con la descripción parcial trasladan la situación al universo y esto no nos indica el estado de la realidad concretamente. Cuando los indicadores del costo de vida analizan la canasta básica, alimentaria o profesional, nunca nos coinciden con nuestro bolsillo. Por esta razón, el derecho considera un delito a la falsedad.

Hay personas que piensan diferente y es porque en su mente tienen otra concepción acerca del sufrimiento. No se puede unificar el pensamiento social. No sería malo si un administrador de la salud, por ejemplo, quisiera ahorrar dinero para distribuir mejor los recursos para los sufrientes. Pero en este análisis los valores de la gran mayoría de los administradores son diferentes a los del trabajador médico. Para los administradores, gerenciadoreos o gestionadores, la cuestión siempre pasa por los gastos, costos y flujos de dinero. Para el médico la ética lo dirige a realizar siempre el máximo esfuerzo para aliviar al enfermo. En cierto momento hasta parecen intereses antagónicos los enunciados y tal vez sea porque para el administrador que solo maneja el dinero todo esto signifique pérdidas dinerarias. Para nosotros, que manejamos a la salud como un valor supremo, en realidad curar significa una inversión humana.

Sí es cuestionable y repudiable que la redistribución de los recursos se de de manera diferenciada y discrecional para que algunos se salven y otros no. Aquí es el punto de inflexión donde el trabajador médico entra en cortocircuito, en una contradicción interna, porque lo hacen participar de manera involuntaria en la selección de quién tiene que sobrevivir o no. Por ello los trabajadores médicos debemos estar colectivamente organizados y darle más fuerza a nuestro Sindicato Médico para tener una postura unificada y que no se siga avasallando y maltratando nuestra actividad profesional.

Los trabajadores médicos desempeñamos nuestra actividad con un sujeto y no con un objeto. Los administradores sí resuelven sus problemáticas con objetos. Si nuestra labor fuera fabricar bisagras y una sale mal, no habría un daño directo, pero en nuestro caso este razonamiento no es válido, porque nuestra concepción ideológica y ética no lo permite y mucho menos nuestros sentimientos y afectos. Desde la postura teórica no deberíamos fallar nunca y ello suena utópico. Pero si se disminuyeran las asimetrías establecidas, presentes en este modelo multifragmentado de la atención que fueron establecidas durante las últimas décadas, a la hora de tener que efectuar nuestro acto médico, este sería mas ecuánime y menos contradictorio.

Un sistema de salud debe respetar la igualdad de oportunidades en base al derecho. Cuando los números median, esta aspiración no es posible, ya sean indicadores de la enfermedad o valores monetarios. El planteo en esos casos es ideológico y político y es otro el ámbito para la discusión. Es así que nuestro Sindicato debe participar en esos debates, con los dirigentes formados para defender esta postura.

Aquí si tenemos un dilema, y es cómo acordar esta posibilidad en la práctica cotidiana. Es el interés individual versus el colectivo. Se podrán acordar ideas y realizar una construcción colectiva para buscar una solución al conflicto existente. El médico como funcionario o patrón, si lee esto, estará en un verdadero problema. No puede tener una doble moral para pensar en resolver un derecho como el de la salud. Si no se cambia el rumbo de acuerdo al compás de la lógica en la salud pública, la contradicción los va hacer encallar. La ambivalencia es entre el individualismo y poseer dinero para salvarse o que todos tengamos un salvavidas puesto. Hoy hay habitantes de nuestro país que no tienen el salvavidas, y por lo tanto ante la contingencia de la enfermedad, ven francamente disminuidas sus posibilidades de subsistencia.

Y por si acaso esto es leído por alguien del poder judicial o legislativo y quieren ser justos, la acusación deben realizársela al poder responsable y no seguir buscando un chivo expiatorio, como lo ha sido

el trabajador médico desde los años 90 en adelante. Si bien somos responsables de nuestros actos, no lo somos del deplorable estado en que se encuentra la estructura de la salud en todos los subsectores. No se puede medir con una misma vara cuando las estructuras edilicias están prácticamente destruidas, los equipamientos obsoletos o directamente faltantes y los recursos humanos diezmados durante tres décadas en el sector público. En el sector privado y prepago las mayores falencias se plasman en la gran precarización laboral, el maltrato al profesional médico y la falta de disposición del tiempo necesario para la consulta, que precisamente lo desvaloriza como profesional y lo expone a cometer errores involuntarios por los que luego deberá responder por supuestas impericias, imprudencias o negligencia, siendo los empleadores los verdaderos responsables que imponen las condiciones de trabajo inapropiadas para desarrollar nuestra labor de manera correcta.

Si los colegas no nos unimos con un Sindicato fuerte, para dar vuelta esta realidad, no haremos más que aumentar nuestra vulnerabilidad profesional.

5. ROL DEL ADMINISTRADOR DE LA SALUD

Administrar la salud siempre obedece a algún tipo de interés económico. El eje pasa por el dinero disponible y cómo este es usado. El administrador, cuanto menos de ese capital gaste, más ganancias va a tener, sobre todo en el sector privado. Pero cabe la pregunta, ¿qué son ganancias en un modelo de salud?

Desde una visión humanística los trabajadores médicos no podemos hablar de pérdidas o ganancias y menos desde un análisis economicista. Para nuestra profesión, pérdidas son la frustraciones que genera la aparición de la enfermedad, sus complicaciones, las discapacidades residuales producto de ellas o finalmente encontrarnos frente a una muerte. Sobre todo cuando ella hubiese podido ser evitada. Para los médicos, por principios, el dinero debería estar al servicio de las personas. En realidad un presupuesto para la salud debe estar basado en el concepto de la inversión. parte del mismo para su promoción, otra para la prevención, con una diferenciación importante de ese capital monetario para evitar la enfermedad o encontrarla en etapas tempranas. Claro que de ese recurso monetario van a desprenderse gastos para remediar la enfermedad. Durante muchos años, desde la teoría aprendí que estos conceptos sanitarios eran básicos y funcionaban como una premisa para elaborar un plan de salud. Muchos años después comprobé que toda esa teoría no se aplicaba. Se gasta solamente en la enfermedad, que es la etapa de mayor costo y sobre todo cuando está en etapas más avanzadas. La tendencia actual del ejercicio de nuestra profesión ha hecho que ante cualquier anomalía que una persona presente, se destinen muchos recursos en prácticas

de alto costo para los fines diagnósticos, sin prácticamente examinar a la persona se realizan una batería de estudios, siendo la gran mayoría innecesarios. Para que esto se produjera sucedieron previamente y durante años una serie de hechos que transformaron nuestra práctica profesional, a manera de una nueva cultura médica.

Tres hechos importantes han modificado nuestra cultura profesional: el corto tiempo para la consulta, los bajos salarios y el temor instalado en las dos últimas décadas a que se judicialice el acto médico de los colegas.

Legué a preguntarme en algún momento si esta manera de abocarnos a la atención era parte de una moda devenida de la tecnocracia, y, que como toda moda, no fuera más que una etapa de novedad e imitación. Se me planteó la ambigüedad en la examinación minuciosa del enfermo para detectar síntomas y signos al escuchar sus pesares para que me orientaran hacia una idea diagnóstica, contra no escuchar ni examinar pero sí pedir la mayor cantidad de estudios para cubrir mi acto médico de posibles demandas. En estas décadas se produjeron un nudo de contradicciones, que no dejan de ser enigmáticas. Cambiamos nuestro comportamiento como médicos, no basados estos en los cambios científicos y el conocimiento, sino en factores externos producidos en nuestras condiciones de trabajo. Es verdad las nuevas circunstancias producen consecuentemente nuevas reacciones. Fueron nada más que reacciones y no cambios producidos por nuestras facultades críticas y creadoras.

Privó la instintiva desconfianza que se nos presentó en un medio hostil, producto de ideas globalizadoras que unificaban el accionar y pensar de las personas. Lo que funcionaba fuera de ese circuito estaba mal, era desautorizado. La tecnocracia jugó un rol definitorio en la instalación de los pensamientos uniformes. Pensamientos que nivelaban las condiciones de vida de las mayorías para abajo y la de unos pocos para arriba. Hoy, en esta actualidad de retroceso en el sector, no podemos dejar de sustraernos, contemplarnos e interrogarnos para reflexionar cómo continuar.

Está claro que en esta realidad, el miedo nos puede servir como pretexto para tener una conducta expectante. Alguna vez leí que las épocas viejas nunca desaparecen por completo y que de todas las heridas del pasado, aún de la más antiguas, emanan sangre todavía. En lo personal esa actitud no es la correcta, no podemos seguir flotando y debemos conciliar las maneras de realizar nuestras prácticas médicas anteriores y fusionarlas con las actuales. Así saldríamos de ese nudo de contradicciones en el cual ahora nos movemos. Tal vez de esta forma volveríamos a tener el tiempo necesario para examinar y escuchar, contaríamos con los mecanismos de estudios necesarios, alcanzaríamos un salario digno y se disiparía el monstruo de la judicialización de la medicina que tanto daño produce.

Uno de los roles del Estado es justamente ser el garante de la administración de la salud de un país, que los recursos disponibles sean eficientemente utilizados, mediante normas centrales y que no solo dependan del poder político del gobierno de turno. Cuando los poderes de turno deciden unilateralmente cómo se administra la salud pública, siempre algún sector pierde y otro gana. La salud pública no es un estadio deportivo en el cual compiten sectores para ver quién gana la contienda. En este tipo de competencias el perdedor puede morir y los organizadores se quedan con las regalías de su administración. Así nos encontramos en estos últimos cincuenta años, de temporada en temporada, en las que a veces se beneficia más a un sector que a otro, pero no existe ni la igualdad de derechos a la salud ni la equidad a la hora de distribuirla. Por esto, todos los sectores deben estar representados a la hora de tomar las decisiones para distribuir esos valiosos recursos.

No digo que la administración de la salud se trate de una cuestión dialéctica, pues el destino de los recursos para el área de una técnica no depende de dialogar y presentar razonamientos o argumentaciones. Su producto serían solo opiniones, como hoy ocurre. Al estar representados todos los sectores intervinientes en una administración, aparece el saber de cada uno de ellos. Mediante el intercambio de

todos los participantes, los razonamientos concluidos producirían los acuerdos sociales necesarios para buscar salidas que beneficien a todos los sectores sociales. De la manera actual solo seguiremos agitando para tratar de unir el agua con el aceite. La intermediación de un organismo centralizado permitiría estabilizar el conflicto, tal cual ocurre en la biología.

En la actualidad los servicios de salud poseen financiamientos desiguales en cada subsector de nuestro país. Por otra parte, hay sectores de la población más o menos desprotegidos, lo que provoca una mayor asimetría al acceso de la atención. Ahora bien, en todas estas imperfecciones producidas por una mala administración, pareciera que el responsable ante la sociedad fuera el profesional médico. Cualquiera sea nuestro lugar de trabajo, los que damos la cara finalmente ante el paciente somos nosotros. Somos como el mostrador de reclamos de lo que no funciona, sea el consultorio de una obra social, prepaga o un establecimiento público. No existe un organismo único que de la cara y le explique al paciente la falla del funcionamiento y mucho menos cuáles son sus causas.

En la seguridad social parte de los fondos se utilizan desde hace años para otros fines, sobre todo en el caso del PAMI o del IOMA. El administrador del Estado, o sea, el gobierno de turno que carece de un plan de salud, malgasta el porcentaje del PBI destinado a esa área. En general, los administradores se basan en órdenes de los dueños de como gastarlo y los beneficiarios no opinan a pesar de que por derecho les corresponde.

Los trabajadores médicos de cada subsector a su vez somos la otra variable para ajustar cuando los números no le cierran a los que administran. Para los diferentes financiadores representamos una forma de hacer la transferencia de los riesgos a la hora del ajuste. Pero si las ganancias son buenas y tienen superhabit en sus ingresos nunca nos convocan para hablar de aumentos. Cuando desde el Sindicato le pedimos a las empresas de salud firmar convenios de trabajo, no solo no se presentan a las audiencias en el Ministerio de Trabajo,

sino que también argumentan públicamente que si tienen que blanquear al trabajador médico colapsaría el sistema. Con ello admiten que sus trabajadores médicos no están registrados y las autoridades no intervienen, porque están ausentes como Estado. Por otra parte, pagan poco al que trabaja y según las reglas económicas de época, lo único que provocan es una “invitación a la retracción del trabajo”. Con esta manera de encarar la realidad se perjudican los trabajadores y los enfermos. Los financiadores, que son los dueños de la plata, no pierden nunca. Los colegas lo entenderán fácilmente, en estos establecimientos privados a veces le conviene más cobrar por cápita y otras por prestación, siendo que así se le compensan las cajas y el ajuste es para el los recursos humanos.

Estas maneras de pago son ciclos viciosos que se repiten a través del tiempo, pero la modalidad del financiamiento depende de los terceros pagadores. Son estos “terceros pagadores” los que especulan con las maneras de contratación de la capacidad instalada que les prestan las clínicas y sanatorios. Dicen que pierden, pero la realidad ha demostrado que todos esos establecimientos hace cuatro o cinco décadas cuando comenzaron, eran los primeros pequeños emprendimientos que nacieron de alguna manera bajo los intereses económicos de los colegas para defender su trabajo. Fueron creciendo, se fue desvirtuando el principio de la defensa laboral a manera de grupo o pequeño sistema cooperativo. Tuvieron que entrar en el negocio del avance de la competencia invirtiendo dinero en estructura para competir entre ellos, como en cualquier sistema capitalista. Los colegas trabajaban todos realizando su actividad clínica o quirúrgica hasta que llegó el momento de organizar la empresita para que fuera rentable. Los que mayores ingresos tenían comenzaron a acopiarse de esos establecimientos y se constituyeron como los dueños. El resto pasaron a ser los trabajadores médicos que hoy conocemos como simples asalariados que rentan su conocimiento con reglas escritas en el aire. Los dueños, que en su mayoría son médicos de profesión, comenzaron a justificar la poca paga que podían ofrecer a los que

hasta hacía poco eran sus compañeros o colegas de profesión. Desde esos años y hasta la fecha nosotros como trabajadores médicos solo miramos desde afuera un partido en el cuál estamos jugando. Tomo este breve desarrollo dentro del capítulo de la administración de la salud, porque este modelo privado que dice ofertar salud a la comunidad no solo está funcionando en negro desde lo laboral sino que no cumple con los registros sanitarios de denuncia obligatorios. Es un claro ejemplo de que el modelo multifragmentado no es un sistema sanitario de un Estado.

En la actualidad, estas formas de constitución de los establecimientos están permitidos, al menos en los centros urbanos. La moda desde el advenimiento de las políticas neoliberales y fundamentalmente de la década de los noventa fue abrir establecimientos o brindar formas de atención “pre-compradas”, mediante inversiones de capital. El mundo de las finanzas comenzó a gobernar y los dueños de la plata vieron a la salud como un negocio muy rentable para ofrecerle a un sector de la población que pudiera pagarlo. Era una inversión ideal porque venía con la destrucción sistemática del sector público y el cierre de fuentes laborales que generaba un importante retroceso de la seguridad social. No tuvieron que dar grandes explicaciones con esos tipos de gobiernos y sin un marco regulatorio hoy siguen funcionando a su real antojo. Estos determinan el funcionamiento de manera autárquica y establecen los aumentos de manera leonina a sus adherentes, que se quejan pero terminan pagando. Ninguno de los gobernantes de estos últimos treinta años le puso el cascabel al gato. En esta actualidad el médico de profesión y trabajador de hecho, no es asalariado ni un trabajador autónomo. Se anota en esos lugares que dan trabajo, el dueño dice cuánto ofrece y si le cierra el valor para subsistir, agarra la changa hasta que el cuero le de. Estas son nuestras formas de contratación, colegas. Como trabajadores que utilizamos el intelecto para desarrollar nuestra tarea, habla muy mal de nosotros. Muestra una gran incapacidad para resolver tareas simples, que están legisladas y no sabemos o no queremos utilizar.

Los expertos cuando hablan de la salud pública en la Argentina, expresan solo sin sentidos, enuncian una montaña de formulaciones desde hace muchos años pero no solucionan nada. Al contrario, siempre aparece algún iluminado con una enmienda para las miles que ya hubo y que en muchos casos son las mismas ya planteadas anteriormente y que con el paso del tiempo y la falta de gobierno del sector quedaron en el olvido. Esto es administrar la salud en nuestro país, un malgasto permanente.

Tengo que admitir que me rehusó a pensar que esto solo sea el producto de un plan siniestro que procura aterrorizar a los actores de una sociedad. Pero sí pienso que la perversión está presente en este modelo. ¿Cómo todas estas representaciones contradictorias siguen su curso? ¿Donde están las posturas críticas de los diferentes sectores afectados? Personalmente creo que ya forma parte de nuestra cultura. Nuestra cultura donde todo es de nadie y por eso no lo vamos a defender. ¿Cuál sería nuestra pertenencia actual dentro de la salud pública, si en un mismo día cambiamos de ámbito de trabajo con condiciones laborales ambiguas y hasta contradictorias en lo profesional?

La respuesta la tenemos que dar desde el presente, teniendo en cuenta los factores del pasado, y de manera organizada como trabajadores médicos. De esta forma más que plantearnos respuestas a nuestro pensamiento desde lo individual, debemos respondernos en conjunto, con un plan y de manera duradera. Por supuesto, vuelvo a insistir en que la hora de iniciar acciones tendientes a modificar la situación laboral en el sector hay que ser cautos. Cuando en la década de los setenta se inició una etapa de transformación con el SNIS, el mismo fue boicoteado desde adentro y afuera. Este Sistema Nacional Integrado de Salud fue previo a la más cruel dictadura sufrida en nuestro país.

Insisto en defender las formas laborales, nuestra remuneración con contratos registrados que contemplen los beneficios del trabajo en blanco y exigir condiciones de trabajo acordes a nuestra profe-

sión. La medicina ha tenido avances impensables en la década del 50 y 60, e inclusive en la actualidad se trabaja con nanotecnología, anticuerpos monoclonales, manipulación genética de estructuras biológicas y el complemento con elementos diagnósticos que nos acercan cada vez más a la cura de diversas enfermedades o a las complicaciones invalidantes de esas patologías. Sin embargo, nosotros desde lo laboral retrocedimos. Creo que se pueden contemplar ambas posturas, que coexistan las diferentes tecnologías en función de herramientas y el arte de su aplicación. Podemos modificar el modelo actual, no solamente con un criterio pragmático, sino también desde el sentimiento hacia nuestra profesión.

En conclusión, ¿quién controla el manejo de los fondos en disputa? Para mí no participan ni los beneficiarios de la atención ni los que trabajan. No debemos olvidar en este análisis que para mantener los servicios de la salud nosotros como trabajadores médicos también aportamos cuantiosas sumas de dinero con las retenciones obligatorias del salario y a la hora de pagarnos con esos mismos fondos no nos devuelven lo debido por nuestro trabajo. Administradores, financiadores, prestatarias públicas, privadas y demás yerbas en la realidad solo funcionan como intermediadores de los recursos en salud. Desempeñan actividades burocráticas de tipo contable con el fin de cumplir con los estándares mínimos establecidos pero son totalmente ineficaces e ineficientes (para utilizar una terminología algo decorosa) a la hora de manejar los recursos de las personas enfermas. Las respuestas en salud son totalmente asimétricas, si entendemos como esto al mal uso de los recursos económicos.

¿Qué clase de moral es la que regula esta realidad, que una sociedad acepta, en la que los Poderes del Estado no intervienen para regularizar tamaña irregularidad y que la política no pone en su agenda? ¿Cuáles son los valores que se produjeron desde la educación y la cultura de un pueblo para que se instalara en nuestra sociedad que esta situación está bien? ¿Cómo la comunidad médica se fue amalgamando a este desatino? Parece el relato de una obra de ironía,

absurdo y tragedia a la vez. Pero es nuestra realidad y el sufrimiento y el dolor que producen estas situaciones son evitables. Hay solo dos salidas: transformarla, o que los protagonistas usen un verso que todos los argentinos conocemos: “sus ojos se cerraron y el mundo sigue andando”, y hagan mutis por el foro.

6. EL MÉDICO FUNCIONARIO Y/O EMPLEADOR

En nuestra realidad coyuntural de un modelo multifragmentado, muchos profesionales médicos terminan trabajando en situación de empleadores, o siguiendo las directivas empresariales siendo gerentes de estos. Otros, como los funcionarios en las áreas de la salud, siguen las directivas de los políticos para quienes terminan trabajando. Aquí quiero recordar que no trabajan administrando políticas de salud de estado, sino apenas políticas de los gobiernos de turno. En este marco, la opinión pública, surgida de los constructores de esa misma noción y difundida al colectivo por los medios masivos, acepta esta realidad como normal. Es un modelo totalmente discrecional, propio de la libertad liberal en la que nada está reglado y no se somete a una norma común.

De hecho, un trabajador médico en funciones de gerente o funcionario debe realizar prácticas hasta contrapuestas, ya sea porque se desempeña en los subsectores diferentes y en un mismo momento. Suponiendo que el médico en el caso de que trabaje en un establecimiento de salud y según tenga o no cobertura el paciente que se asiste, el profesional debe decidir la atención o la práctica a implementar de manera desigual. El modelo actual le impone de forma obligada lo que le está permitido utilizar para el fin debido. Es decir, la resolución del caso termina siendo según la cobertura que los enfermos de una misma enfermedad presenten y no de acuerdo a lo que la ciencia y el conocimiento determinen. Nuestro acto termina siendo impuesto como atención de primera, segunda y hasta tercera. Aquí el trabajador se encuentra sometido y no le queda más

que desempeñarse en esas condiciones que el empleador establece. Por otra parte, al no haber un marco regulatorio único estas asimetrías son las que nos hacen jugar en el rol laboral en un estado de contradicción permanente. Por supuesto vivir laboralmente con esta carga también es un factor más del desgaste que presentamos los médicos. Seguimos órdenes del empleador, que en muchos casos son médicos gerentes en el sector privado o funcionarios en el sector público. Pero en definitiva en el supuesto de que estemos obligados a aplicar tratamientos de primera o segunda, sabemos que algunos de los pacientes tendrán mas chances de cura que otros y tendrán mas o menos complicaciones surgidas de una u otra forma del tratamiento. El riesgo lo corren dos actores: el paciente que quiere curarse y el trabajador médico ante un reclamo. El tercer actor, llámese empleador, empresario, patrón, o gobierno, no corre riesgos. Esta situación solo se justificaría en estado de catástrofe o guerra, donde se hace lo que se puede. Pero en una sociedad que en teoría está en paz, en un supuesto “estado de derecho” y con una convivencia democrática, no debe permitirse.

Jugamos con un doble discurso y/o una doble moral, impuesta por normativas múltiples y que de ninguna manera responden a un sistema. La salud pública se debe planificar, pero no basada en una categorías de derechos. Este modelo multiframegmentado es lo que se propone en la actualidad. Si ejerciéramos nuestra profesión enmarcados dentro de un sistema normativo único, que respetara a la salud como derecho, tal vez la actividad del médico funcionario o gerente no sería tan cuestionable.

La enfermedad y las estructuras sociales marcan una clara consonancia desde el siglo XIX con el advenimiento de la revolución industrial. Si bien ya en el siglo XVI y XVII muchos colegas describían como enfermedades a aquellas producidas por el trabajo (morbis metallici) en las actividades de mineros y fundidores de metales, el hito lo produce Bernardino Ramazzini. En 1700 publicó el primer tratado las enfermedades de los trabajadores, describiendo el desa-

rollo en mas de cincuenta ocupaciones manuales e intelectuales. Con el trabajo de Ramazzini dejan de ser objeto de curiosidades la relación enfermedad-trabajo, comenzando a ser ciencia y trabajando formalmente entre la causa y las enfermedades laborales, por eso al médico Bernardino Ramazzini se lo considera el padre de la medicina del trabajo. Durante el siglo XIX, con el advenimiento del aporte de Darwin, se comenzaron a traspolar sus ideas y se relacionó a la evolución natural de las especies con las situaciones sociales.

Hubo autores reaccionarios en esa época, que quisieron imponer leyes biológicas y de la herencia en el desarrollo social de las relaciones entre los hombres en este contexto, proponiendo la idea de un “darwinismo social”. Estos afirmaban que en la sociedad humana sobreviven las personas fuertes, que se adaptaban bien, mientras sucumbían los débiles. Lo apoyaban con principios biologicistas y de la herencia por la lucha de la vida. En cierta forma esta etapa de retroceso negaba el impacto de de las condiciones de vida, con las inequidades existentes y al medio natural y social como causa de enfermedad. Otro médico como Rudolf Virchow, que conocía la enfermedad y el sufrimiento de las clases pobres de Alemania, decía que “el conocimiento de las condiciones de vida de las personas y de los pueblos, permitirá que las leyes de la medicina y la filosofía sean las normas del género humano”. Por ultimo, el médico Josué de Castro, científico brasileño que fuera presidente de la FAO en las Naciones Unidas entre 1952 y 1956, publicó dos libros: Geografía del Hambre (1946) y Geopolítica del Hambre (1951), en los cuales desarrolla y acusa a los poderes de los países centrales como responsables del hambre y la miseria del mundo. Al dejar el cargo, en su discurso de despedida expresó: “estoy muy lejos de menospreciar la obra realizada por la FAO, pero quiero decir con toda sinceridad y pido disculpas, por expresarme con una franqueza tan brutal, me siento decepcionado por la obra que realizamos. Apenas rozamos su superficie, sin penetrar en su esencia, sin querer en verdad resolverlo, por temor a desagradar a algunos”. Por ello Josué de Castro en 1964 fue expulsado

de la Universidad por el dictador mariscal Castelo Branco. Ante esta situación debió exiliarse y falleció en 1973 en Francia.

Qué quiero significar con estos tres ejemplos que elegí, de los que hay miles en la historia de la medicina hasta la actualidad: quiero mostrar que salvo los avances tecnológicos y de la ciencia, nada cambió en la salud en lo referido a la condición humana. Al hablar del médico como empleador o funcionario, me refero al enfoque humano que el colega debe asumir. Sin embargo, en la ideología y en la lógica se está de un solo lado. Los médicos también nos enfermamos por las condiciones de trabajo, como ya Ramazzini describía hace siglos. Si bien los responsables máximos están escondidos detrás de las faldas del poder, los empleadores y funcionarios colaboran.

Hay una doble moral para analizar el tema y esto depende del modelo perverso y la corrupción que ya está institucionalizada. Hay quienes miran este problema desde la racionalidad y otros desde la conveniencia. Si usáramos el pensamiento lógico, partiendo del propósito de que si la salud es un derecho y sumadas las garantías se produce la salud, afirmamos que sin garantías la salud no es posible para todos. Es decir que las garantías la brindarían no solo las normas declamatorias, sino que deben llevar ese derecho a la práctica y asegurar que se cumpla el precepto enunciativo.

Aquí me quiero detener y no solo culpar al modelo multifragmentado, como causa de las decisiones que debemos tomar. Nuestros actos basados en acciones positivas para restablecer la salud son en definitiva hechos individuales y es nuestra moral la que determina el curso de estos. Esto se aplica sobre todo en la actividad asistencial, ya que con nuestro saber y los elementos de trabajo con los que contamos, realizamos la tarea de la mejor manera posible. La ética en estos casos nos guía.

Ahora bien, qué pasa cuando el médico es el que programa o diseña el modelo y la forma de atención, en el rol de funcionario o gerente, ¿utiliza el mismo criterio de producir con un pensamiento superior como un hecho positivo, o solo administra o gerencia los recursos con un criterio economicista? En la práctica siguen las or-

denes de los superiores que son los financiadores y en definitiva son funcionales a disminuir el gasto y costo. Y así es como los colegas quedan atrapados en esta situación, debiendo optar. ¿Pueden responder en estos casos desde un pensamiento moral en brindar una igualdad de derechos para los enfermos?

Personalmente creo que no, pero deberá cada lector hacer su propio análisis. Para mí, la forma de justificación se puede dar solo por acto de “moralina”. Esta, en definitiva, sería la manera de justificar ese comportamiento humano, mezquino, superficial o falso. La forma más habitual de despegarse de este rol, es la afirmación que esto es lo que siempre se hace, y son los usos y costumbres en el manejo de la situación. Aquí lo que siempre se realiza, pasaría a ser lo normal, la norma imperante y de esa manera todo queda justificado. Lo habitual entonces termina siendo lo normal y no lo que debería ser. Es un manera a su vez de perpetuar el desorden y que impere el caos. Se reproduce el modelo y se establece el caos de manera permanente.

El individuo que cuestiona este estado de cosas es el problemático, el que desea romper lo establecido, lo que todos aceptamos, es el despreciado, e inclusive en la práctica diaria se lo persigue moralmente y se lo acosa laboralmente. A estas personas se las aísla y todo sigue de igual manera. El status quo determina qué se toca y qué no se puede modificar en esta relación de fuerzas. La intermediación es el negocio. Un modelo multifragmentado que aplica anárquicamente lo que entiende por salud, cumple con ese objetivo. A ese modelo que hoy tenemos algunos lo denominan “sistema”, pero de sistema nada tiene. La palabra sistema es una acepción mas abarcativa e integradora, en definitiva ofrece la idea de que cada parte de su estructura esta integrada para lograr un mismo resultado, un mismo fin.

¿Qué rol juegan los colegas administradores o los denominados gerenciadorees en el desarrollo de esta situación? ¿Para quién juegan en esta disputa los expertos epidemiólogos, legistas, auditores y médicos laborales? Los hay de una y otra vereda seguramente, hay epidemiólogos al servicio de la cura, legistas abocados a la de-

fensa de los colegas, auditores que quieren analizar resultados para mejorar la atención y médicos del trabajo que favorecen las condiciones del trabajo y así evitar la enfermedad. Pero también hay epidemiólogos que trabajan para justificar la realidad y evitar gastos, legistas que como peritos favorecen en los pleitos a los demandantes sin fundamentos o adulteran el contexto de análisis, auditores que restringen el uso de los servicios para ahorrarle la plata a los empleadores y médicos del trabajo que solo hacen el control del ausentismo para el patrón. Es una realidad que se fue instalando de acuerdo a las necesidades inmediatas y no a la planificación de lo mediano para hacer bien una actividad, como hecho positivo y productivo. Aquí hay que realizar una autocrítica, para que nos movilizemos y evitemos quedar quedemos expuestos a estas condicionantes en el futuro.

Tampoco quiero abarcar a todos, pues otros están convencidos de que alguien tiene que controlar el trabajo y al trabajador para que las cosas salgan bien. Si hay normas de trabajo, el control debería ser horizontal, pero cuando no hay normas la paga es poca y las condiciones de trabajo son malas los patrones imponen el control vertical. Ese control, el impuesto contra la razón de lo bien hecho es el que inicia o agrava el conflicto. Aquí es donde la ética entre los trabajadores de una misma profesión debe privar como acuerdo tácito.

Seguramente todos hemos experimentado este tipo de situaciones en cualquiera de los subsectores en los que hemos desarrollado la profesión, pero si hubiera normas claras de funcionamiento en los lugares de trabajo y la clara aplicación de la legislación laboral, muchas de las asperezas que puede generar un debate al respecto se limarían. Por supuesto, a este tipo de acuerdos se llega desde el debate colectivo.

En varias ocasiones me he planteado, cómo es que algunos colegas que en situación de trabajadores son avasallados en sus derechos laborales, no generan una condición de clase que los humanice. Cuando menciono los derechos laborales no solo me refiero al salario o su baja remuneración sino también a las condiciones laborales a las que

nos someten. ¿Por que motivo será que esos mismos colegas, compañeros de trabajo en cierto momento o situación de vida, pasan a formar parte del empleador, cambian su comportamiento? Antes se quejaban del sueldo insuficiente o de las condiciones inadecuadas de trabajo y luego ellos mismos las aplican.

¿Cambian o ya eran así y carecían de valores solidarios, de afectos o de generosidad? ¿Tenían un lado oscuro en su persona? Una forma de entenderlo desde mi perspectiva, es que tal vez en esas ocasiones los tiene la propia miseria humana que en su interior guardan. Cuando hay posibilidad de acceder al poder sobre el resto su codicia y avaricia ciegan su mente a la reflexión y se esclavizan al dinero. ¿De qué manera autojustificarán su comportamiento frente a los que antes eran sus pares?

Por su parte, los Colegios de Médicos establecen que los colegas en desempeño de estas actividades dañinas deben ser sancionados. En realidad, creo que la mejor sanción es la que provenga del colectivo, repudiando esta actitud, que vulnera los derechos laborales de sus pares. No solo vulneran los derechos salariales y contractuales generándoles a sus colegas sufrimientos innecesarios, sino también en sus condiciones de trabajo indignas. Esas condiciones de trabajo que ya describían algunos médicos de la Edad Media. No es una novela, es una imagen de la realidad cotidiana, existe y es maltrato o violencia laboral.

En mi actividad sindical como negociador en favor de los derechos de los colegas, ante las autoridades gubernamentales siendo paritario, no pude comprobar la intención de ayudar al interés de los trabajadores. Funcionan como embajadores de los intereses económicos. El interés económico se antepone al valor de la vida misma. Con los empleadores privados la situación no es diferente y hasta es lógica su respuesta, pero en los funcionarios, que en teoría cuentan con los recursos de la comunidad para resolver la situación, la restringen. Debo reconocer que en ese ámbito solo conocí gente mezquina, avara y arrogante. Viven hablando de equidad, visión, misión

y tantas otras denominaciones desde la teoría y los papeles, pero en los hechos todo sigue siendo inequitativo y desigual.

HABRÁ QUE CURAR A LAS ORGANIZACIONES

Las organizaciones tienen ética en sí mismas o son el producto de la comunidad que las constituyen. Por más que nazcan sanas, poco a poco se van instalando transgresiones o deformaciones en su funcionamiento y con el tiempo se naturaliza el desorden y pasan a ser normales las actividades que en ellas existen o producen. En nuestra realidad de las últimas décadas, deberemos analizar si ellas han sufrido en realidad un proceso involutivo. Se fue desviando el principio ético y moral en el contexto que fue creado desde el inicio y así comenzó a forjarse la destrucción de la organización y/o la institución que debió regularla.

Si alguien tratara de iniciar un proceso destructivo de estas características, deberíamos hablar o plantear sin dudas la perversión como eje de ese comportamiento. Aunque nuestra sociedad no es de estas características, sí lo son algunos actores de ella. En el caso de la salud pública, son muchos los actores que coexisten como partícipes, pero por supuesto desde diferentes niveles de poder.

No es lo mismo que un trabajador se retire una hora antes de su trabajo, alterando el horario de salida, para ingresar al otro lugar de trabajo porque no le alcanzan sus magros ingresos como profesional, que el empleador que realiza el acto de pagarle poco para desviar esos fondos que le fueron asignados para financiar ese propósito a otra finalidad y rompiendo un compromiso contractual. Desde la moral tal vez ambos estén mal, pero debemos darle la derecha al escalón más débil. Tal vez soportar como trabajadores médicos esos tipos de imposiciones es lo cuestionable. Sin querer, también fuimos partícipes y nos faltó involucrarnos y darle volumen a un reclamo colectivo. Nos acostumbramos al reclamo individual y a autopercebirnos como trabajadores.

Sentirnos profesionales nos hacía sentir diferentes, con ciertos privilegios sobre el resto, una ilusión generada por esas supuestas ventajas. Sin ir más lejos, para mantener un estándar de vida correspondiente con una canasta profesional solo aumentamos el trabajo en horas, pero mantenemos remuneraciones malas. Nos equivocamos en la forma de compensar ese déficit y solo logramos provocarnos una sobrecarga y un desgaste innecesario en nuestra propia vida. La paradoja es que, manteniendo la línea teórica, nosotros trabajamos para evitar que esta realidad no le ocurra a las personas.

¿Serán las organizaciones las que hay que curar?

Es una incógnita interesante, de aquí en adelante deberemos plantearnos la situación y buscarle una solución más racional y madura que proteja a nuestro colectivo. Personalmente creo que debemos trabajar en ambos planos, las organizaciones están muy enfermas pero nosotros no hicimos mucho para defendernos en estas últimas décadas.

Esta asimetría de poder sería en definitiva la que define la doble moral. El que se escapa porque no le alcanzan sus ingresos, en el caso que expuse antes, está en una situación de poder desfavorable y hace lo que puede. El perverso es el que desvía los fondos o recursos financieros. En la práctica se argumentarán una serie de justificativos del desvío, pero en definitiva no se está garantizando la salud. Si el desvío es por una situación de emergencia y por única vez, sería tal vez justificable. Pero si se trata de una sistemática, hay intención destructiva en el hecho, y es destruir la organización. Es como predicar el derecho a la salud para todos, pero en lo concreto se beneficia a individuos o sectores. Aquí nos encontramos nuevamente ante un nudo gordiano.

El egoísmo, ese amor exagerado que las personas sentimos hacia nosotros mismos, a veces se presenta de manera inmoderada y hace que se perjudiquen terceros. Cuando un colega es empleador o funcionario y atiende de manera desmedida su propio interés, sus actos van a favorecer su propia conveniencia. Termina produciendo

con sus acciones hechos de orden negativos para el resto. No quiero expresar con ello que el empleador o médico funcionario deba ser una persona altruista, buscando primero el bien ajeno y anteponerlo al propio, pero sí tener claro que los trabajadores médicos debemos pelear en este escenario para que los personajes que encarnan este tipo de comportamientos se perpetúen en esos puestos, ejerciendo manipulaciones que perjudiquen al colectivo.

Cuando me referí en párrafos anteriores a hechos que ya generaban conflictos en el pasado, quería resaltar precisamente el valor de la historia. Del hecho histórico, como aprendizaje ya que cíclicamente se vuelven a presentar las mismas problemáticas sociales. En la medicina específicamente cambiaron las condiciones del ejercicio de la profesión, específicamente en lo ligado al avance del conocimiento aportado por la ciencia y la tecnología, pero el comportamiento humano sigue siendo el mismo.

Por lo tanto tener un marco regulatorio en el campo laboral es imprescindible para establecer las relaciones de fuerza entre los trabajadores médicos y los empleadores. Son intereses diferentes los que cada grupo defiende. En esta profesión no se puede estar de los dos lados. El profesional médico por vocación está del lado del enfermo y no puede estar del lado del interés económico.

Cuántas generaciones pasaron en estas cinco décadas y no se ocuparon de resolver el problema. La salud no les interesó, ni interesa a los artífices de las medidas económicas, oyen y hacen que escuchan, pero en definitiva las personas que no se sensibilizan ante el sufrimiento humano son indolentes y dudo que los debamos llamar colegas. Es difícil defender lo indefendible y sería pueril esperar que la situación se resuelva de manera espontánea, o que el otro la resuelva por uno mismo. Es el colectivo el que debe resolverlo. La demanda de los derechos que nos corresponden y nos fueron arrebatados debemos reconquistarlos. El conjunto debe dar la pelea y para ello nuestros compañeros deben estar movilizados interiormente. Quienes son electos deben representar el espíritu del reclamo y llevarlo a la práctica.

Los artífices de la doble moral generan esta situación y en el entrevero sacan provecho, que siempre es económico.

Cuando los trabajadores médicos realizamos reclamos de orden laboral, también quedamos subsumidos en las generales de la ley. Pero nuestras condiciones de trabajo son diferentes y por supuesto nuestro objeto de trabajo también lo es, ya que trabajamos con la vida misma. Desde mi experiencia personal, como paritario, cuando planteo este pensamiento, por supuesto no es valorado como tal, y la respuesta es siempre numéricamente respondida, no queda ni siquiera plasmada una respuesta de replanteo para el futuro. A veces es frustrante volver al lugar de trabajo, solo con un número a comunicar y saber que todo el resto sigue igual. Desde la Ley laboral debemos ajustarnos como quienes realizan otras actividades, pero desde nuestra profesión debemos pelear por una legislación única aplicable a todo el estado nacional y aplicable en cualquier ámbito de trabajo. Podríamos hasta hablar de un estatuto del profesional médico, que contemple un crecimiento horizontal y vertical para dignificar nuestra actividad. Sería también parte del inicio para una curación.

Los trabajadores médicos debemos entender que este cuerpo de modelo multifragmentado está en una etapa terminal. A esta altura es imposible sostener esta situación y desde hace años lo mantenemos con tratamiento paliativo, pero es hora de pensar en iniciar otra forma de vida de la salud pública. El tratamiento paliativo en este caso está representado por el esfuerzo de los recursos humanos y en el depósito se están quedando los estantes vacíos.

Las nuevas ideas suelen ser denostadas, buscando justificativos de cualquier índole. Claro está que siempre y mirando el desarrollo histórico de la humanidad causaron estragos, ya que tocan los puntos álgidos de los diferentes grupos de poder ligados al movimiento que se produce. Pero, ¿cuánto más se puede esperar en un medio en el que la pérdida de la producción, según los enfoques actuales, significa solo costos y gastos, pero que en realidad se debería medir en

vidas? ¿Por qué tenemos que aceptar este enfoque establecido, que es irracional y lejos está de una respuesta humanística al problema?

Donde se plantea una solución humanística, la limitante siempre es el valor económico. Pero en este caso no debería ser así porque si habláramos de un sistema sin superposición de estructuras se produciría una lógica disminución de gastos monetarios. El nuevo nudo gordiano está planteado entonces en los intereses de los que intermedian en salud. El desafío no es solo desatar el nudo sino también encontrar la forma de evitar un nuevo caos si no se cuenta con un plan apoyado por todos los sectores. Como ya expresé, desatarlo podría plasmarse en una integración racional de los subsectores, reglamentada con una normativa común que siempre debe estar fundamentada en el derecho a la salud como fondo. Un sistema de salud en un eje de pensamiento unificado en las estructuras, la medición de su actividad y los resultados deberían ser parte de un solo cálculo, una misma cuenta.

7. POSTURA SINDICAL SOBRE ESTE TEMA

Sin demasiados rodeos, debo plantear que para establecer las condiciones del trabajo desde nuestro sector, es fundamental contar con un estatuto del trabajador médico. Con un Estatuto podríamos disponer de la principal herramienta para consolidar nuestra relación laboral, sea cual fuere el sector o nivel y responder con nuestro saber en cualquier sitio de trabajo en igualdad de condiciones.

Desde un sindicato de trabajadores médicos no podemos evadir la realidad, tenemos una doble obligación: defender los derechos laborales de nuestra profesión y no dejar de atender la realidad del que sufre. No podemos salir por el costado de este escenario y presentarnos nuevamente en nuestros lugares de trabajo sin intentar cambiar las relaciones de fuerza que condenan a algunas personas a no tener derecho al acceso de un mismo tratamiento. Este es otro entrevero y el poder lo sabe y lo usa en nuestra contra. Somos fáciles de explotar porque para nosotros el paciente está primero, y de eso se valen los empleadores. El nuestro es un compromiso con la vida, la ciencia y el saber, mientras que el de los administradores es con el dinero. Son raíces contrarias las que nos movilizan en este pasaje por la vida.

Es una cuestión de fuerzas y no solo de moral lo que se requiere para vencer esos obstáculos, pues si no todo sería más fácil. Los políticos, funcionarios y empresarios solo ven la enfermedad desde los escritorios en oficinas alejadas de la enfermedad. El contacto que estos tienen con las patologías y el dolor que producen es cuando a ellos los afecta. Ahí está presente y a la brevedad el tráfico de influencias para que no falte nada, todo salga bien y sin medir el

costo ni gastos. Es la realidad lo que a cada trabajador médico le ha ocurrido en algún momento de su ejercicio profesional. Personalmente no creo que en todos los casos se trate de maleficencia, pero si desconocer el principio intrínseco del valor de la palabra beneficencia. Se comportan como objetos a la hora de dar y pretendiendo ser personas a la hora de recibir. Como decía en párrafos anteriores, podemos acompañar a funcionarios y políticos responsables del funcionamiento de la salud pública desde un lugar de asesoramiento, ya que contamos con el “saber” y la idoneidad para tal fin. En definitiva, la organización del trabajo del profesional médico puede ser establecida en forma vertical descendente por parte de la patronal, pero si la decisión va contra los derechos de los pacientes y pone en contradicción nuestra actividad y saber, es una obligación del colectivo observarla y tomar las medidas de acción gremial para defender nuestra dignidad.

Es al empleador a quién le corresponde pagar por nuestro trabajo y por supuesto asegurar las condiciones de trabajo para que la labor sea efectiva. A nosotros nos corresponde cuidar que se cumpla y de esta manera desarrollar nuestra profesión. La salud de un pueblo debe ser cuidada y vigilada por el mismo pueblo y las organizaciones intermedias que representan a los trabajadores del sector, para poder asegurar buenos resultados y aún perfeccionarlos. Sin la participación de estos actores que cuiden sus propios intereses, en la práctica los resultados no serían ecuanímenes. ¿Quién vigila en la actualidad al administrador?

El funcionamiento del modelo actual es legítimo. Se ha ido legitimando a través de los últimos cincuenta años, pero es el producto de una sumatoria de parches, que de ninguna manera pueden configurar un sistema, como lo quisieron mostrar los gobiernos de esos períodos. Son legítimos pero no justos. Desde el poder siempre se habla del sistema de salud y los trabajadores, con el tiempo, tomamos esa denominación para referirnos al multifragmentado modelo, en el que al paciente alguien siempre lo va a atender. Lo que varía

es el modo en que las personas serán atendidas, y por supuesto los resultados son totalmente diferentes.

En este escenario el que tiene plata se atiende y el que no, se arregla con lo que le queda. En síntesis, si a la salud no se la regula desde el estado, la termina regulando el tristemente famoso mercado. El mercado no tiene en cuenta al derecho como derecho humano. Lo toma como derecho al consumidor, como quedó establecido en la neoliberal Constituyente de 1994, apoyada doctrinariamente por el Consenso de Washington. En esta relación planteada de esta manera siempre gana el poder, pierden los trabajadores, se perjudica a las personas enfermas y los sin vergüenza limpian sus culpas afirmando que hay legitimidad. En síntesis, en una relación de mercado siempre gana el poder. Para estos individuos con tan pocos escrúpulos, recién es injusto el modelo cuando pasan de categoría social bajando escalones y palpitando en su propia carne el sufrimiento de no poder curarse por no tener el dinero.

Con todo lo expuesto, los trabajadores médicos debemos defender el derecho a la salud de manera igualitaria y de esa manera trabajaríamos de manera digna. Pero por supuesto con salarios justos y condiciones de trabajo que se ajusten al conocimiento y no a la simple opinión del lego. Estas condiciones nadie las va dar de manera espontánea, hay que pelearlas y exigirle al empleador lo que por derecho nos corresponde. Cuando permitimos que se disminuya el valor del salario, en realidad estamos autorizando que esa diferencia que nos falta se le transfiera al poder. Los intereses de las partes son irreconciliables, pero con una organización sindical fuerte podremos negociar colectivamente, primero los derechos perdidos y luego ir por las mejoras del sector. Es una falacia interpretar que ese valor remunerativo que debemos exigir como justo, se le saca al pueblo. El que le saca al pueblo son los capitales concentrados y todos los intermediarios que para estos opera.

Como relatara Octavio Paz en una de sus grandes obras literarias *“...ambas actitudes me parecen irreconciliables y en su estado actual in-*

suficientes. Mentiría si dijera que alguna vez he visto transformado el sentimiento de culpa en otra cosa que no sea rencor, solitaria desesperación o ciega idolatría. La religiosidad de nuestro pueblo es muy profunda, tanto como su miseria y desamparo, pero su fervor no hace sino darle vueltas a una noria exhausta desde hace siglos...” (El laberinto de la soledad, 1950).

8. EL PAPEL DE LA ACADEMIA EN LA ACEPTACIÓN DE ESTA GRAVE REALIDAD

Desde mi época de estudiante de grado siempre traté de aprender el conocimiento médico porque creía que de esta manera se curaba la enfermedad. Imaginaba que si cada uno de los médicos cumplíamos con nuestra labor, las patologías serían controladas y otras desaparecerían. Sería este hecho por una sumatoria simple de la labor individual, la resultante que evitaría el sufrimiento de las personas y otras enfermaran. Nos pasó a la mayoría. El estudiante en general tiene en ese momento como prioridad sumar conocimientos para promocionar y volcarse a la labor profesional.

Si bien a medida que fui avanzando en la carrera tuve materias relacionadas con la salud pública, aprendíamos fundamentalmente indicadores. Creíamos que sumando nuestro conocimiento sobre la patología y relacionándolas a los indicadores se solucionaba el problema. Creíamos, porque la transferencia del conocimiento en ese ambiente académico es una verdad absoluta para el alumno. Las verdaderas causas para que las enfermedades se propagaran eran someramente explicadas y no eran tema para formular las evaluaciones. Por lo tanto, las condiciones de vida de las personas que enfermaban eran románticamente explicadas y no pasaban a ser consideradas como las verdaderas causas de la propagación de las enfermedades. El germen patógeno está, por tanto hay que matarlo con un antibiótico y todo terminará bien. Ese era el razonamiento enseñado, que por supuesto es lógico y con un resultado eficaz. Si tomamos este desempeño desde nuestra actividad profesional como un modelo de “reflejo” a través del tiempo, al menos en mi caso, no avancé nada.

Mi experiencia no marca la general de la regla, pero creo que a la gran mayoría de nuestros colegas le ocurrieron situaciones similares. Como cualquier reflejo biológico, con el paso del tiempo este se agota. Hoy, pasó el tiempo y nos agotamos tal vez anticipadamente, reciclando el reflejo de una verdad acotada, que responde a los intereses de terceros. Por ejemplo, si hubiésemos desarrollado una política de Estado en un país como el nuestro donde el agua sobra, no estaríamos soportando enfermedades pestilentes descriptas hace miles de años, relacionadas a la miseria.

Nunca nos enseñaron la importancia de las políticas en salud ni nos construyeron como actores para su diseño y gestión, pues sería caótico que la currícula mencione tales cosas. Si las enfermedades se pudieran prevenir, los remedios no se venderían y las empresas fabricantes pierden. Las ganancias de esas empresas son debidas a la existencia y perpetuación de la enfermedad.

De esto se trata, solo de plata. Los médicos debemos defender nuestra profesión, nuestro trabajo, nuestra rama de actividad. Debemos defender a la salud y no solo pelear contra la enfermedad. La pelea con la enfermedad la debemos dar en el escenario de la investigación, ahí se logran los avances que conducen al progreso. Por supuesto, creo que la docencia es el otro puntal crucial para lograrlo.

Nuestra idiosincrasia, ese comportamiento que responde a un momento histórico diferente, deberá ser cambiada. Debemos asumir que nuestra manera característica de pensar, sentir y actuar quedó fuera del tiempo. Esos rasgos culturales que caracterizaban a nuestra profesión, como una actividad de estirpe liberal desde lo laboral ya no existe. El médico de antes era un privilegiado porque poseía el conocimiento que otros no tenían. Hoy esos conocimientos están a disposición de todos en los ordenadores. Lo que sigue siendo nuestro arte, es aplicarlos con un criterio. Son otros los rasgos distintivos y peculiares, entonces, que definen nuestra profesión en lo individual y como colectivo, es decir, la comunidad médica. Nuestro

rol como profesionales del sector de la salud es insustituible y como trabajadores debemos defenderlo.

Considero que el profesional médico en general es un ser solidario en esencia, por ello seguramente elegimos una carrera que nos pone a disposición para la ayuda a la cura de las personas enfermas. Pero no puedo afirmar mediante mi pensamiento que somos solidarios entre nosotros como trabajadores, no nos interesa la ayuda al otro colega y si alguna vez así fue, se perdió. Defender al colega de manera organizada menos aún y me atrevo a afirmar que en mas de treinta años de profesión médica lo vi pocas veces y como fenómenos aislados.

¿Por qué nos cuesta ser solidarios entre nosotros? Considero que existe un factor clave durante nuestra formación académica y es la insistencia y el énfasis en el poder individual y las capacidades personales. Bajo ese paradigma, no nos animamos a compartir ese poder, por más declamaciones que al respecto hagamos. En latín “Soliditas” significa una realidad que es homogénea, entera, unida; donde los elementos que conforman ese todo son de igual naturaleza. Etimológicamente, entonces, se hace referencia al comportamiento “in solidum”, en el que se entrelazan los destinos de un grupo o el conjunto de personas. Dicho de otra manera, una persona es solidaria no solo cuando ofrece ayuda sino también que el concepto implica un “compromiso” con aquel al que se intenta ayudar.

Hay una manera habitual de utilizar la palabra solidario, ligándola a la cualidad de dadivoso o bienintencionado y aquí yace la confusión. Son pocos los colegas que tienen incorporado “el compromiso” de la defensa del trabajo, que en definitiva no es mas que defender nuestra profesión. Ser solidario apunta al ser humano en estado de necesidad, que nuestro caso es la necesidad de trabajar dignamente, con un salario, condiciones de trabajo y crecimiento profesional dignos. El término en la actualidad incluye entonces una conciencia global colectiva, donde las personas luchan contra las injusticias sociales de todo tipo. En nuestro caso sería seguir lu-

chando contra la enfermedad y el injusto trato que se nos brinda como trabajadores médicos.

Por ello considero que además de la participación en el ámbito sindical y la organización para la defensa de nuestra profesión en el marco de un sindicato, también debemos revisar y aportar, desde la perspectiva gremial, líneas de pensamiento que se incorporen al ámbito académico, que permitan formar una conciencia de solidaridad entre los futuros profesionales y de compromiso con la defensa de su actividad. A su vez, es necesario construir una educación académica que les permita comprender desde los inicios que serán trabajadores al servicio de una comunidad y fundamentalmente, reforzar la noción de la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado.

De no ser así, ocurrirá siempre la misma historia: pasamos de la facultad a la residencia y luego nos incorporamos al modelo multi-fragmentado sin la mínima noción de nuestros propios derechos, hasta que la misma realidad laboral, años después, nos desborda o nos enferma y recién ahí nos preguntamos cómo solucionar todo eso.

Nuestra profesión exige que tomemos el compromiso de producir un acuerdo formal y cumplir esta obligación. En realidad, es en defensa del colectivo, de la comunidad médica. Para comprometernos con este propósito, primero tenemos que tener este conocimiento y actuar en consecuencia para alcanzar este objetivo. En el ámbito gremial este compromiso engloba a la responsabilidad de todas las partes. Debe existir la colaboración de todos los afiliados y no solo de los que dirigen. Es como el valor cívico de la participación de la comunidad, asegura los resultados cuando acompaña a un gobierno. El beneficio de esa participación se traduce realmente como un bien a toda esa comunidad. No se trata de tener un pensamiento único, sino al contrario, se trata de aprovechar las diferencias para acordar en pos del beneficio colectivo.

La opinión de las personas de una comunidad es muy útil cuando se quiere llegar a un acuerdo que beneficie al conjunto. La opinión

en sí puede ser usada como una herramienta, pero debe estar ligada al conocimiento de ese contexto definido. Por lo tanto, no tiene la misma validez según quien la realice. Por supuesto, la opinión se acercará más a una verdad si quién la realiza estudió el tema o cuenta con una experiencia amplia ligada a un hecho o el tema en cuestión. En síntesis, desde lo filosófico nos acercamos de esta manera con mayor certeza en lo expresado y solo con una tendencia a la verdad.

Sin embargo, en un debate parecería que cada uno de los participantes que opinan son los dueños de la verdad. Creo que en principio todos tenemos en nuestras opiniones algo de verdad en la descripción de una realidad. ¿Pero es la opinión de cada uno la que refleja la realidad del conjunto? Por más autoridad que alguien tenga no puede expresar la realidad del conjunto como una verdad. Por lo tanto el colectivo, en nuestro caso el de los trabajadores médicos, debe encontrar las causas que producen determinados hechos y abordar la solución de manera organizada. De esta forma nuestros reclamos en lo salarial, las condiciones de trabajo y la defensa de la profesión se acercarán más a la verdad. Pasaríamos de ser teóricos individuales a resolver de una manera operativa el conflicto. El sindicato de los médicos debe ser quien vehiculice nuestras demandas, lo comunique a la sociedad de la que formamos parte y se pueda pensar en que esta situación en la que nos encontramos cambie para mejor.

¿Por qué una organización sindical es la que debe dar la opinión? Porque tenemos el saber de lo que nos ocurre como trabajadores en el desempeño de nuestra profesión. Conocemos los lugares de trabajo, por estar presentes a pesar de las condiciones adversas. Si la opinión entonces, es el juicio que se forma sobre algo cuestionable, ¿cuál será el valor de la opinión pública acerca de nuestra realidad? ¿Cuál es entonces el pensamiento social respecto al profesional médico en la actualidad? Es un tema desafiante como propuesta para iniciar un análisis.

La opinión entonces impresiona como un juicio subjetivo acerca de un tema y nos aleja de la realidad. Frases como “En mi opinión...”,

“Yo opino que...”, no conducen desde lo operativo a la resolución del conflicto y el poder lo sabe, lo utiliza y por ello trata de impedir que nos unamos gremialmente. Esta es una cuestión que deberemos superar. El saber nos acerca mucho más a la realidad de lo que nos pasa como trabajadores médicos. El saber como conocimiento en la materia o tema lo dispone el conjunto de los trabajadores médicos. Adquirimos este saber mediante la experiencia del contacto diario con nuestra realidad, lo aprendido desde la teoría y la experiencia práctica que nos enriquece el conocimiento.

Por todo esto tenemos la autoridad científica, moral y política para defender al colectivo médico. El concepto que se contrapone al saber es la ignorancia. Las personas que proponen este modelo fragmentado de la salud continúe tienen la ausencia de conocimientos y son ignorantes o les conviene que el mismo se perpetúe. Si es así, pasaríamos no solo a ser trabajadores precarizados dentro de una economía totalmente informal, sino también víctimas del devenir de la salud pública en estas últimas décadas. Salud pública que no solo no cumplió de la manera debida con la población a la que debía proteger, sino que castigó implícitamente al que trabajó de buena fe en el sector.

Cuando hablo de saber me fundo conceptualmente en que el estudio y la experiencia producen en esa mezcla un conocimiento enriquecido. Por ello en nuestra profesión comenzaron a plantearse las especialidades. Además, para andar conforme a la Ley, hubo que legitimar la situación. Surgieron así otras especialidades, sumadas a las clásicas o tradicionales para adaptar la profesión a los cambios que requería el tiempo. Es así que hay médicos sanitaristas, auditores, epidemiólogos, del trabajo, legistas, que asisten con sus saberes al que los necesita. ¿Es hora de que tengamos médicos de especialidad gremial?

Si el trabajador médico se enferma y deteriora su profesión por la exposición a salarios no acordes a su dedicación y condiciones de trabajo aberrantes, ¿por qué no tener para prevenir este estado de las

cosas antes expuestas y curar a su vez los afectados un especialista? Nuestro trabajo se fue adulterando poco a poco, quedando fuera de la Ley, literalmente desamparados. Este hecho, y perdonando la redundancia, nos invalida laboral y profesionalmente hablando, y se instaló por nuestra falta de presencia en este ámbito, el gremial. Hoy en día cualquier persona puede desautorizarnos porque leyó o escuchó un informativo elaborado desde una opinión. Quedamos desvalorizados frente a la nada, no ante algo superior o superador. Así que no solo deberemos organizarnos para rever aspectos de nuestra autostima sino también dar vuelta un proceso histórico ya instalado.

Por otra parte, hoy en día un “chief executive officer”, lexicalización del inglés “CEO” sabe más que toda una comunidad médica. No quiero denostar a esas personas en sí, pero no me parece procedente que organicen lo que no saben. Sé que de una lucha se trata y que los que dirigen el destino de la medicina juegan para sus propios intereses, que no son precisamente la salud pública. Trabajan para ver que pueden sacar del manejo de la salud pública, económicamente hablando.

Entonces, si no nos defendemos como trabajadores y profesionales por rama de actividad, seguiremos viendo que nos queda poco o nada para repartir a la hora de levantar una red. Vivimos en un sistema mercantil, el ajuste económico lo aplican al los recursos humanos, porque si no se le paga al resto, patalean y se les produce un conflicto. ¿No será que debemos reclamar lo que nos corresponde?

Quieren hacerle creer a la sociedad que están “gestionando”, pero creo que lo que hacen es malgastar los recursos de manera superpuesta, con subsectores que ofrecen los mismos servicios. Pero en esa desorganización perdemos todos por no funcionar como un sistema de salud. Gestión es un término de moda. Gestión en sí es hacer una diligencia, en general relacionado a un trámite administrativo, pero también puede estar referido al seguimiento de proyectos. Proyectos que requieran de planificación, un desarrollo, una implementación y un control para ver sus resultados. En la Argenti-

na actual no hay un plan de salud formalmente escrito, que es indispensable para ello. Falta escribir el plan, y lo que hay son principios declamatorios que por sí solos no producen salud y mucho menos garantizan un derecho.

9. LA DIGNIDAD DEL TRABAJADOR MÉDICO

La desidia, la desconfianza y el miedo son algunas de las actitudes que prevalecen actualmente y a mi entender, son motores que frenan la participación y el compromiso del trabajador médico. La situación no es de generación espontánea, sino que se fue instalando durante el desarrollo de las últimas décadas, tal como lo planteo en los diversos apartados. El nigeriano Wole Soyinka, profesor de literatura, preso político en la dura época de los años 60 y 70, escribió un libro llamado “Clima de miedo” y en 1986 obtuvo por esta obra el Premio Nobel de Literatura (el primer africano en recibirlo). Lo presento aquí porque el miedo tiene una máscara cambiante y este autor lo desarrolla muy bien. A su vez, expresa conceptos acerca de la dignidad que trascienden las definiciones de los diccionarios. En nuestro pensamiento hay mecanismos asociativos que emparentan el miedo a nuestras actitudes en la participación y compromiso en la esfera del trabajo. No participemos porque... y ahí viene la asociación, sin gran esfuerzo consciente: la dictadura, la desaparición, la pérdida del trabajo o la profesión, y se pueden agregar un sinnúmero de ideas. Lógico es pensar que si durante las dictaduras criminales esto sucedió, por qué no podría volver a ocurrir, si el que se involucra en temas de reclamos laborales y ofende al poder puede ser castigado. No hablo de cobardía, sino de un mecanismo de autopreservación. La manipulación del miedo va ganando el partido: hoy puede que no haya torturas físicas o desapariciones pero hay otras formas de castigo y disciplinamiento,

La dignidad es una cualidad que se referencia a establecer que algo o alguien merece respeto y que a su vez le pertenece. Es una cualidad

que nos hace valer como persona, que esa persona se comporta con seriedad, responsabilidad y respeto a si mismo y los demás. Sería no permitir que nos humillen. Los trabajadores médicos en el transcurso de estas décadas perdimos la dignidad y esta afirmación surge no desde la teoría, sino que en mi caso y por lo que veo en los compañeros es lo que pasó. El miedo generó en el colectivo el clima de la desconfianza y nos reclinamos en el individualismo para sobrevivir en este modelo laboral multifragmentado, en el cual terceros negociantes de la salud se benefician a sus anchas. Hoy reina la desidia. Culpamos a la ausencia del Estado del cual nosotros mismos formamos parte. Culpamos a los distintos gobiernos que nada hicieron, pero también somos responsables de lo que sucede. No somos culpables, ya que no creamos esta situación con la intencionalidad de dañar, pero no nos agrupamos de la manera debida para defender esta realidad. En la República Argentina tenemos una amplia legislación que nos permite agremiarnos, sindicalizarnos y defender nuestro trabajo para que impedir se deteriore aún mas nuestra profesión. La desconfianza en las instituciones la sembramos nosotros mismos, nos hicimos parte de la desidia. El abandono es grave porque no es solo funcional, también es estructural.

Como médicos entendemos fácilmente por analogía la situación planteada: esta enfermedad requiere de un tratamiento intensivo y que a su vez involucre al colectivo como grupo de tratamiento. Después de todo, cada uno construye el concepto y el valor de su propia dignidad, ese valor intangible por terceros. Pero creo que llegó el momento para que el colectivo médico defina la dignidad de nuestro grupo de pertenencia, en lo laboral, ya que esto incide directamente en nuestra profesión, que tiene avances y retrocesos según la situación en la cual se la analice. Técnicamente hubo en los últimos años avances que se tradujeron en un progreso impensado hace algunas décadas, pero en lo humano el retroceso a mi entender fue directamente proporcional, pero de manera inversa. El tiempo dedicado a la atención y para escuchar al que sufre fueron sustituidos por una

supuesta certeza que brindan los estudios complementarios. En concreto, nuestro saber y la comprensión del dolor fueron reemplazados por aparatos y reactivos y los resultados que de estos se desprenden.

Fuimos y somos reemplazados por variables fácilmente mensurables, a las cuales se les puede establecer un valor económico concreto. ¿Cómo se puede valorar una hora de tiempo para contener a alguien que sufre en este modelo mercantil? Ni al paciente ni al que lo atiende se nos incorpora ni analiza con variables propias de la condición humana. No importa el “ser humano” sino como tener el cobro de esa relación. Los intermediarios de productos si entienden de esta relación, que es la que hoy prevalece.

10. JUDICIALIZACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO

La judicialización de nuestra actividad profesional es una macabra actividad de la que fuimos víctimas los trabajadores médicos. Difícil es imaginar que a un soldador de una fábrica de de sillas se le haga un juicio de mala praxis cuando la silla se rompe y el usuario se fracture el cóxis. En esos casos es el fabricante o sea el patrón el que debe responder. ¿Por qué entonces, nuestros empleadores no lo hacen? Nos trasladaron la pesada carga de responder por las malas condiciones de trabajo que los patrones deben asegurar en los distintos subsectores y que no hacen. El escenario es macabro, nos proponen como trabajadores autónomos, sin que fijemos nosotros las condiciones de trabajo, mientras las condiciones las determinan unilateralmente ellos y los platos rotos debemos pagarlos nosotros. Vuelvo a la reflexión y a la lógica y me alejo de la interpretación de la injusticia. No hay nada más subjetivo que la justicia, puesto que es una balanza en la cual el peso lo termina determinando una persona que lo calcula y para nada lo mide objetivamente.

En la misma época en la cual comenzó a reinar la ley del mercado de forma establecida y dominante, la salud pública comenzó a sufrir un nuevo embate. La privatización de la atención de la salud debía ser el modelo prevalente, mediante la implementación y transferencia del modelo público al privado. La Constitución Constituyente del 94, de la que formaron parte los representantes del pueblo, clarificó el mandato del poder económico. La salud quedó inscrita como un derecho con un propósito declamatorio y nada más. El reclamo de las personas ante la falta de garantías para acceder a la

salud, debería a partir de ese momento realizarse de acuerdo a lo votado por los constituyentes en su artículo 42. Ese reclamo no sería ante los poderes del Estado tradicionales, sino ante los organismos de derechos al consumidor. La salud pública se reorganizaría como un valor de consumo más. Se reafirmó todo lo antes mencionado: el que tuviera dinero podría consumir salud o la cura de su enfermedad y el que no, debería asumir la evolución natural de las enfermedades o a lo sumo recibir tratamientos de segunda, tercera o cuarta en los ⁵dispensarios o en los rezagos de los hospitales públicos. Hoy esas directrices están materializadas: los hospitales son verdaderos tachos de basura. Al diablo con una tradición que nuestra sociedad había establecido durante el siglo XX. El que tiene dinero la compra y el que no tendría su destino inciertamente marcado. Fuera el Estado Social y la justicia social. La salud dejaría de ser el patrimonio del colectivo de un Estado y pasaría a ser un bien individual. A este plan se le agregaban los tiempos de la precarización laboral para poder llevar a cabo la obra siniestra.

En esas épocas las organizaciones médicas como los Colegios de Médicos y los gremios realizamos de forma organizada innumerables reclamos y en la provincia de Buenos Aires no se inscribió la barbarie, figurando al menos la salud como un derecho para las personas en su Constitución. Lamentablemente había que ser fiel al famoso Consenso de Washington, donde se establecían las normas mínimas para la salud de América Latina, Centroamérica y las Islas del Caribe. Me genera gran tristeza porque realizamos muchas denuncias al respecto, con compañeros que hoy ya no están presentes, pero no pudimos parar ese engaño que nos llevó al estado actual. La sociedad estaba embobada con el uno a uno, el ingreso de lo impor-

5 Con dispensarios me refería a lugares, en su mayoría, centros de atención primaria o farmacias hospitalarias, destinados a la entrega gratuita de medicación, realizada por los gobiernos con planes o programas, altamente diferenciadores de una medicina justa

tado, el acceso a las trivialidades, pero desde afuera nunca entraron las ideas de los sistemas de salud justos que otros países centrales tenían y utilizaban. Se impuso un nuevo Estado, desapareció una tradición muy arraigada, la medicina pública, la seguridad social y el espacio histórico que brindaba una atención como derecho llevado a la práctica concreta, se esfumaba.

A la sociedad en general y a nuestro colectivo lo cautivó pertenecer a ese nuevo mundo en el que mediante los dólares todo era posible. Lo lamentable e irrefutable en todo el proceso son las víctimas que produjo esta historia que ya conocemos. Por supuesto, no aparecieron nunca los responsables de estos modelos de acumulación que tantas víctimas ha producido. Un ministro de economía puede matar más gente que una enfermedad, claro está. Los gobernantes avalaban el malicioso entramado y tampoco aparecen judicializados y mucho menos como culpables de semejante “iatrogenia”. Incluso al día de hoy, algunos procesados han vuelto a tener una banca en las cámaras legislativas.

En esos tiempos es cuando surge la famosa judicialización del acto médico en nuestro país. En esa desquiciada etapa neoliberal de la década de los 90 comenzó a desarrollarse un nuevo negocio ligado a la salud. Este negocio, despreciable por cierto, se implantó para producir el lucro de un sector muy especial, liderado por abogados y de la mano de las aseguradoras que harían en conjunto un nuevo emprendimiento.

En definitiva es lo que hacen, vivir del conflicto ajeno. Lo paradójico es que estos nunca resuelven nada, la eficacia de su trabajo es muy mala, ya que en un conflicto uno gana y el otro pierde. En un litigio de este tipo un profesional abogado, que entiende de qué se trata y posee los mayores conocimientos y por ende una gran responsabilidad, en caso de perder, ¿por qué no se lo considera como una mala praxis? No estamos frente a un absurdo.

En la medicina “todo es imprevisible a pesar del conocimiento” y a pesar de los avances y el desarrollo tecnológico, no se puede ga-

rantizar nunca un resultado. En un cuerpo orgánico son tantas las variables que es imposible predecir el comportamiento vivo, tanto en su dinámica como su estructura. Las personas también morimos y no hay que judicializar la muerte por la muerte misma.

¿Qué pasa cuando un Estado no asegura los medios necesarios para llevar a la práctica determinado acto médico en la mejor de las condiciones?

¿Por qué ese cuerpo de abogados y magistrados no encaminan sus energías para encarrilar en un andarivel a los responsables de esas falencias?

En este desarrollo tan inmoral no solo somos culpables hasta demostrar lo contrario, sino que se duda de nuestra buena fe desde las llamadas estructuras de Estado. No obstante, cualquier individuo puede ponernos en la figura de una supuesta impericia, imprudencia o negligencia según su propia interpretación sin ningún acto administrativo previo desde el Estado y así nos insertan bajo la figura de un delincuente. La Ley no es igual para todos. Si fuera igual para todos, la salud de las personas debería ser igualitaria y de hecho no lo es, debiendo ser los integrantes del poder Estatal los primeros sospechados.

¿La mal llamada mala praxis en la medicina es entonces una cuestión de principios, resultados o de medios, o de qué?

Cuando un político toma las medidas económicas que laceran los intereses particulares de las personas, cuando estas afectan directamente a la salud, generando daños irreparables, poseyendo en teoría el máximo conocimiento y la disposición de los recursos, ¿por qué entonces no son enjuiciados?

Si en estas décadas hubiéramos invertido el dinero despilfarrado en el pago de los costosos seguros y del tributo, innecesario en el pago de un nuevo intermediario que nada tiene que hacer en la salud, como lo son muchos los muchos abogados y las compañías de los seguros, que coaccionan en unidad, tal vez el problema estaría resuelto. La verdadera mala práctica la realizan, a mi entender, los

que propician las malas condiciones de trabajo para ejercer la profesión médica.

No obstante, de la gran falla del Estado y sus poderes en estas décadas, junto al comportamiento de los artífices de esta maliciosa acción han sido muy perjudiciales para nuestra profesión y sobre todo para los numerosos colegas que han sufrido el embate de esta inmoralidad y de este hecho social negativo. Quiero resaltar como hecho positivo la defensa organizada desde los primeros momentos por los Colegios de Médicos y las organizaciones gremiales con que contábamos en esos momentos. No obstante, fue un gasto de energía irrecuperable que condenó a toda una generación de trabajadores médicos.

Hoy, desde nuestro colectivo de trabajadores profesionales médicos organizados sindicalmente, tenemos la obligación de ocuparnos para una solución de fondo y para que todo nuestro poder creativo no esté destinado a diseñar mecanismos defensivos, medicinas reactivas y retractivas para evitar la exposición, sino para crear soluciones para los enfermos. En definitiva el enfermo, esa persona que sufre, una vez más queda de lado y no lo debemos permitir porque nuestra vocación así lo marca. Afiliarnos y reclamar de manera organizada es una herramienta valiosa que deberemos utilizar, es la que nos daría el poder necesario para lograrlo.

Volviendo al eje primario, su fundamento fue la demanda judicial de cualquier resultado no favorable surgido durante la atención de la salud. Nos vieron totalmente frágiles, en medio totalmente destruido, con condiciones de trabajo totalmente desventajosas y entonces comenzaron a actuar, sin ningún debate previo. Nos vimos de repente con la necesidad de asegurar las situaciones surgidas del producto de nuestro trabajo.

La situación se produjo por imitación de lo que en otros países ocurría durante la llamada mundialización de la economía. Si en un país central se judicializaba, aquí por qué no. ¡Quedaríamos aislados

del primer mundo! En una economía de consumo, ni lerdos ni perezosos, algunos individuos, integrantes de nuestra sociedad tuvieron una visión, esa que plantean los gerentes empresariales. Vamos a judicializar todo producto que sale mal de la línea de producción de la fábrica de la salud pública. Estos actores sociales, que pertenecen a una comunidad definida, vieron un jugoso negocio, que no era precisamente arreglar el modelo de salud multifragmentado e ineficiente para que no se produjeran errores de la supuesta producción. Al contrario, teniendo la capacidad de arreglarlo y participando desde su saber, realizaron lo opuesto. Actuaron destruyendo aún más el enclenque modelo que teníamos.

Cuando me referí al pensamiento lógico y la racionalidad en el desarrollo de la construcción de un sistema de salud, incluí como precepto la intencionalidad, ese fenómeno que las personas tenemos y nos permite inclinarnos hacia el bien o el mal. El hecho moral, de que está bien y que está mal a la hora de tomar una actitud en la vida. Ese valor, el que define si lo realizable tiende a ser un hecho positivo o negativo para el conjunto, es primordial y más aún si de la vida hablamos. Por lo tanto, a los individuos que comenzaron a instrumentar la judicialización de un resultado, que a su propio entender no fuera el deseado en el acto médico, podía ser una nueva mercancía y muy rentable.

Desde el pensamiento racional y su lógica instrumentación los movió un acto intelectual válido. El tema a analizar en realidad es su moralidad. Pero debo expresar que esa racionalidad utilizada generaba, un hecho negativo más para cargarle al conjunto social. El único principio en este eje de pensamiento que motivó a “esos intelectuales”, fueron sus bolsillos y los ingresos que pudieran entrar en ellos. No les interesaba ni les interesa mejorar la atención de la salud. Eso sería un hecho contrapuesto a sus intereses de “rapiña”. Hacer plata de los restos en un modelo de la atención de la salud, que multifragmentado y sin normas únicas de funcionamiento producía muchos resultados que según las interpretaciones subjetivas eran buenos o malos.

No se puede medir el viento con un metro, pero ese es precisamente el engaño, hacer creer que si es posible. Estaban pescando en un océano de aguas revueltas, lleno de desigualdades e inequidades, el teatro ideal para dejar enganchadas a las víctimas en la red. Salir de esa red generó una lucha que muchos de nuestros colegas debieron soportar, muchos de ellos con daños y marcas a su profesión, que nunca volvería a ser la misma.

Cuando las personas están asediadas, tal vez su forma de respuesta primaria sea, en lo inmediato, “primero mi cuero y después veo que hago”. Así fue, hubo un receso, pero todo tiene solución en un modelo de extracción. Aparecieron como por arte de magia las aseguradoras, otra máquina de acaparar. Ni a los caranchos ni a las especuladoras o aseguradoras les interesa mejorar nada, cuanto peor funcionamiento hubiere del modelo, más posibilidad de acopio de monedas tendrían.

Sé que cambiar la moral social depende de infinitas variables, pero así como hacemos en la lucha contra las enfermedades deberemos seguir trabajando por nuestros principios. La educación es un camino imprescindible. La sociedad como entidad, en un modelo neoliberal es un simple complemento, el individuo está primero, es la esencia.

Desde la razón ahora, solo pienso que la negligencia es social y puntualmente ejercida desde los poderes de los gobiernos de turno. ¿Cómo puede la justicia evaluar si un médico debe suturar ante la urgencia del caso en un lugar mugriento o limpio? La justicia como poder debe asegurarnos en todo caso que todos los lugares de trabajo médico estén limpios. Ese es el mecanismo racional que debería instrumentar ese Poder o trasladarlo a los otros poderes para buscar una solución definitiva.

Esta forma de vivir de nuestra sociedad, expresa en definitiva nuestras formas de actuar, sentir y vivir, que como sostienen algunos autores no hacen mas que coercionar al individuo perteneciente al grupo. Como estos hechos marcan a los que nos demandan y juzgan,

la judicialización del acto médico queda entendida como un derecho a ejercer. En este punto se vuelve a observar cómo la sociedad se movió y nosotros no pudimos agruparnos por profesión para la defensa organizada ante la problemática. Lo seguimos haciendo de manera individual. ¿Será que la doctrina de los claustros en nuestra formación siguen influenciándonos de que todo debe resolverse de manera individual?

El hecho de iniciar demandas de casos puntuales en los que había que discernir si hubo impericia, imprudencia o negligencia se masificaron y generaron lo que ya había sido “un éxito” en los países centrales. A menores resultados en mantener la salud y mayores posibilidades de sostener la enfermedad, con la cronificación de la mayoría de las enfermedades prevalentes, “el negocio crece”. La cura de muchas patologías serían un fracaso comercial para los grandes inversores que en el mundo del capital apuestan en la ruleta de la salud.

Y así se dio un proceso en el que la actividad médica comenzó a retraerse y hacerse recesiva, el trabajador médico por pánico tendió a no involucrarse con las enfermedades que podrían generar riesgo para su propia seguridad. Pero no su seguridad por temor al contagio y la pérdida de su propia integridad física, el pánico era a perder todos sus bienes. Sus bienes que construyó durante toda una vida como lo es su propia profesión, el conocimiento adquirido y también lo patrimonial, ya que a su vez ponía en riesgo a su familia. Qué ironía que una persona que se banca semejante escenario, sea culpable por trabajar en condiciones adversas. Una forma de castigo anticipatorio y es por ello que mencioné la palabra pánico y no miedo.

Esa tramposa y falaz “inversión de la carga de la prueba” fundamentada en que la defensa debe aportarla el que mayor conocimiento es una caída.

Que los jueces, llamen a las autoridades del sector de la salud y que estos den el testimonio del caso, que justifiquen que trabajar en el lugar mugriento está bien, no contar con las herramientas de trabajo es un hecho positivo y otras tantas desventajas incluyendo las

guardias de 24 horas que solo predisponen luego de las seis horas de actividad a cometer errores.

Compañeros, colegas, la injusticia está presente con antelación a que se produjera la atención, y deberían entonces demostrar su inocencia esos funcionarios o dueños de la clínicas o sanatorios o los responsables de las obras sociales o los dueños de las prepagas, que producen la desigualdad de las condiciones de trabajo. ¿Habrá alguna vez una justicia justa que se atreva a requerirle esas explicaciones a los dueños de la plata? No es un tema dogmático ni doctrinario del problema, es tirar del hilo más corto para no tener problemas cuando se corte la situación. También es un problema de falta de valentía o mucha cobardía, no solo son necios.

La retracción al trabajo era justificable, entonces aparecieron otros individuos en la escena. “¡Señor, señor, a usted lo persiguen por si hace mal con su trabajo! ¡Compre ya!”, y así nos vendieron un seguro que “lo protege de todo ese maléfico riesgo”.

Y así, quedamos plantados en un estado de locura total, una realidad inimaginable hasta hacía unos años atrás. La lógica nuestra y que veníamos reclamando a los patrones desde hacía décadas era “mejoren las estructuras, reequipen los establecimientos, incluyan al capital humano capacitado y suficiente”, y saldar estas necesidades hubiera sido una respuesta adecuada. Pero sostengo que sin la defensa colectiva de esta realidad seguiremos sumidos en la desventaja y por qué no en la vergüenza. Hemos llegado a tener que pagar un seguro porque el empleador Estado o privado no nos generaba las condiciones adecuadas para realizar nuestra tarea de forma debida y así lo seguimos haciendo, ensayo y error. Conociendo la metodología científica da realmente vergüenza nuestro comportamiento.

Desde la funesta década de los 90 a la fecha fueron puntuales los casos en los que la justicia pudo fallar por impericia, imprudencia o negligencia. Quiero dejar claro esto para que el lector tome este resultado de ahora en más y con inteligencia resolvamos la situación de una forma más conveniente.

Vuelvo a citar a Octavio Paz: “Creía que el sentimiento de inferioridad influye en nuestra predilección por el análisis y que la escasez de nuestras creaciones se explica no tanto por un crecimiento de las facultades críticas a expensas de las creadoras, como por una instintiva desconfianza acerca de nuestras capacidades....Las preguntas que nos hacemos ahora probablemente resulten incomprensibles dentro de cincuenta años. Nuevas circunstancias tal vez produzcan nuevas reacciones.” (El laberinto de la soledad, 1950)

Pienso ahora como médico argentino ¿Por qué esperamos tanto para sindicalizarnos, afiliarnos, organizarnos, elegir nuestras autoridades propias y defender nuestros derechos laborales?

Estamos perdiendo nuestra profesión, que se basa en dar nuestro saber y actitud por preservar la vida. Es por las condiciones de trabajo por las que debemos luchar, pero la lucha la debe dar el conjunto, como en cualquier otro colectivo. En realidad, lo que estos nuevos intermediarios de la salud pública querían judicializar era la inoperancia misma de ese modelo multifragmentado. Hay situaciones que son irreconciliables, como la coexistencia de un derecho a la salud y los límites para su acceso o que el trabajador médico desarrolle su actividad basada en un doble discurso, un doble estándar y mucho menos todavía que deba asumir una doble moral propuesta desde un Estado.

¡Esos actores judicializadores aprovecharon los desechos que producía el modelo multifragmentado, a manera de carroña y actuaban como tales!

Me pregunto, si fueron tan pocos los casos con sentencias positivas, ¿no deberían estar judicializados los artífices de las miles de causas mal iniciadas? ¿No deberían ser sentenciados socialmente o judicializados, por mala praxis, por desconocer la realidad en la que viven y de la que también son actores responsables?

Personalmente, creo que defender nuestras condiciones de trabajo es la manera de no quedar expuestos a estas aberraciones que la sociedad mal organizada ofrece. Este trabajo no puede realizarse

desde una suma de acciones individuales como antiguamente se hacía. Mi postura es que debemos hacer lo que otras sociedades mas experimentadas lograron, y es defender nuestros intereses desde la comunidad de los trabajadores médicos, sindicalizados para tener la fuerza necesaria. El potencial de la unión de nuestros conocimientos y experiencias tienen un valor innegable, necesario e irremplazable para avanzar en una transformación de nuestra profesión y de las condiciones para su ejercicio. Así como nos organizamos de una manera para avanzar en el conocimiento científico debemos organizarnos para la defensa del ejercicio de la profesión en el aspecto laboral. Pero como este avance se debe realizar en el escenario del mundo del trabajo, nos debemos organizar sindicalmente, ya que el organismo de aplicación para el reclamo de nuestros derechos es el Ministerio de Trabajo. Tenemos la personería gremial y debemos utilizarla, de lo contrario sí actuaríamos con respecto a nuestra noble profesión con impericia y negligencia.

11. LA GUARDIA MÉDICA COMO CONCEPTO LABORAL

A través de la socialización de la cultura se van transformando los pensamientos de la comunidad, se van afirmando sus pensamientos, percepciones y los sentimientos de sus integrantes. En el aspecto referido a la “guardia” en el sector salud, desde lo cultural son muchas las interpretaciones que el conjunto social tiene. Si partimos de que la cultura en sí misma es un modelo de presunciones subyacentes, desarrolladas desde un grupo, comunidad o sociedad, en la actualidad “la guardia” es el sitio al cual se debe concurrir ante cualquier problema de la salud que no tenga carácter “urgente”. No interesa cual sea la situación. Las personas concurren a ella todos los días de la semana sea cual fuere el horario y durante las veinticuatro horas.

La comunidad aprendió a interpretar este servicio como algo no exclusivo a la emergencia o urgencia. Tiene que ver con una forma de pensar adquirida por la transferencia generacional y no desde una educación formal. Por lo tanto, dado que la comunidad aprendió a resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna de una forma mas pragmática, la guardia médica es un lugar para acudir por cualquier causa que genere una inquietud en la salud de una persona.

Está claro que hoy en día, en la mayoría de los centros o establecimientos de salud, el noventa por ciento de las consultas efectuadas son debidas a causas banales para lo que respecta a un sistema de emergencias. Muchos compañeros afirman, y también lo creo, que esa demanda de consultas se producen por no haber mayor cantidad de consultorios externos disponibles durante la jornada diurna, lo

que implica una negligencia en la planificación desde las autoridades o empleadores. Este accionar es claramente intencional, ya que así se puede ahorrar dinero y no invertir en mejores condiciones de trabajo. Obviamente que disponer de una programación para ese noventa por ciento de consultas significaría en primer lugar, emplear a un mayor número de médicos para resolver el conflicto existente. En segundo lugar, se racionalizaría la atención disminuyendo el gasto y costo en salud en lo referido a insumos, medicación y estudios complementarios. Hecho que nos da la a pensar qué es lo que se pierde con el ahorro en esos medios de trabajo.

Desde la conveniencia de los pacientes y de los trabajadores médicos, con ese ahorro se podrían pagar mejores sueldos, brindar una mejor atención y sobre todo por la disponibilidad del tiempo para realizarla. Por otra parte, tal vez dejaríamos de ser la constante variable de ajuste económica a expensas de los ajustes salariales. Ajustes negativos, por supuesto.

Desear este tipo de cambio y expresarlo en esta coyuntura actual suena irreal, primero, porque los intermediarios de los negocios de la salud no lo van a permitir. Segundo, resistirán a un cambio una vez más a pesar de todos los reclamos previos porque saben que los médicos hoy no estamos suficientemente unidos como para luchar por nuestro destino y darle un cambio a la situación. Como a la mayoría de las personas, a muchos colegas les provoca temor cambiar el régimen de la guardia, ya sea por el disciplinamiento instaurado, la obediencia, o por el miedo a una nueva situación. Nuestro trabajo se realiza desarrollando la práctica en el marco de una noble profesión, pero nos fuimos acostumbrando a lo precario, a la changa, y a tener como dicen en el campo, los huevos en diferentes nidos, por si alguien los pisa y de esa manera siempre se salva alguno.

Todo en la actividad es precario, tanto el trabajo como nuestra forma de pensar y por supuesto, la forma afrontar el problema para buscar solución más saludable, preservando el tremendo desgaste laboral al que estamos expuestos. Hay una barrera más a vencer, y

como ya he mencionado, la realidad acerca de la idea de la guardia ha ido mutando según la ubiquemos históricamente. Por ello debemos resignificar esa composición de nuestro pasado como trabajadores profesionales, y adaptarnos a las nuevas situaciones existentes. Parecemos ser seres enajenados, que solo podemos fijar la mirada en la problemática ajena y no tener el coraje de fijarnos en nuestro colectivo y enfrentar estas malas condiciones de trabajo que hoy nos subyugan y enferman de manera anticipada. Tratamos de solucionar los problemas de los demás y no los propios, a expensas de nuestra propia salud. El estatus de la palabra “emergencias” deberá encuadrar en nuestro engrama cerebral, consolidemos la idea de seis horas de trabajo. Ocho horas porque así esta establecida la jornada laboral, menos dos horas por ser una incuestionable tarea de riesgo.

Cuántas veces le decimos a los pacientes, “hoy no trabaje, tiene que descansar para reponer su organismo, ese trabajo que hace lo está enfermando”... y lo más contradictorio es que en nuestros certificados determinamos que hay actividades que generan las enfermedades profesionales, pero solo a los demás. Nosotros perteneceríamos a otra especie superior, será omnipotencia, necesidad o vaya a saber qué mecanismos psicológicos operan para llegar a exponernos innecesariamente de esta forma. Ya hemos debatido infinidad de veces al respecto. Quizás los colegas psiquiatras puedan aportar más.

Nada más irracional que la sobrecarga a la que nos exponemos, cuando debería ser algo eventual para un trabajo bien organizado. Con un trabajo desorganizado como el actual, nos sobreexponemos a la enfermedad que el estrés permanente produce. Como ya mencioné anteriormente, el estrés como fenómeno adaptativo es bueno, pero extenderlo de manera permanente, enferma y mata. Nuestra profesión en sí misma genera tensión por trabajar con personas y sus problemas de salud. Este modelo es considerado válido por los miembros de la sociedad, quienes lo enseñan y replican como el modo correcto de funcionamiento. Es más, el Estado lo sostiene a

pesar de haberse presentado numerosas propuestas de suprimir esta forma de trabajo y aunque la legislación de nuestro país y las recomendaciones de la OIT las consideren ilegales. Es bueno que recordemos todos estos aspectos mencionados, sobre todo a cómo se dio nuestro pasado como trabajadores médicos.

Surge de ello que un trabajador médico tiene que estar dispuesto a realizar su labor en este lapso de 24 horas continuas, es decir, pensar, sentir, razonar las situaciones presentadas, diagnosticar, prescribir, resolver de manera debida los problemas de la salud que surgen del grupo social. El lector estará impaciente para que utilice el termino de situación irracional, para describir los desafíos de este escenario del mundo laboral, con los múltiples matices de este tipo de ejercicio de nuestra profesión, en un ámbito totalmente precarizado que vulneran completamente nuestros derechos como personas. La cultura de la guardia como entidad, en este caso le da un cierto sentido a la situación. Una explicación a este hecho es la idea que la sociedad ha generado de “servicio disponible las 24 horas para lo que sea” y desde nuestro colectivo de trabajadores médicos no nos atrevimos a modificar. Con esto quiero decir que si una persona presenta dolor de garganta a las 02.00 horas debe acudir inmediatamente a la guardia porque así lo hacían sus abuelos, luego sus padres y por qué no él.

Cuando la cultura se esquematiza a través de sus elementos más conservadores mediante dogmas, estereotipos, premisas no fundadas y prejuicios, y estos presionan a los integrantes de una organización, institución o la sociedad de esa manera, hace que los actores queden atrapados o prisioneros de su propia construcción. Por ello, estos se hacen refractarios a un cambio y me refiero con esto tanto a los que consultan sin una necesidad manifiesta como a los que se someten a estas formas de trabajo. Cuando le exigimos a los empleadores que la duración de una guardia debe ser respetada por las normativas legales vigentes, estos responden automáticamente, “pero son los médicos los que no quieren cambiar” y exponen diferentes

razones que ya mencioné, ligadas al multiempleo. Por supuesto, solo lo utilizan como una argucia para que nada cambie, porque a ellos es a quien mas le conviene.

En cambio, una cultura dinámica tendería estabilizar las modificaciones necesarias, para que las nuevas situaciones permitan dar una respuesta adecuada a todos los grupos intervinientes durante este desarrollo. Si desde la teoría es tan fácil esta visión, por qué no la llevamos a la práctica, se preguntarán. Habrá que considerar que existen actores que se favorecen con el estado quieto, muchos de ellos son los componentes que se benefician comercialmente y otros, los más perversos, generan el poder político de este tipo de cultura organizacional. Los favorece la rigidez y el carácter refractario, la dinámica los desestabiliza, sean estos parte del poder estatal, público o privado. El sector publico ejerce su manipulación mediante la política de gobierno y los privados se aglutinan mediante el poder económico, organizados en las cámaras patronales de clínicas y sanatorios. Las prepagas juegan el el campo más propicio para un crecimiento económico y con muchísima tristeza debo admitir que las obras sociales pertenecientes a la seguridad social, que nacen de grupos de trabajadores, son tan explotadores como cualquier otro patrón.

En un mundo laboral desorganizado de forma crónica, la industria farmacéutica, los proveedores de insumos y de la aparatología extraen ganancias de manera inmejorable. En este contexto, los poderes del Estado no actúan por si mismos, ni tampoco ante las tantísimas denuncias que hemos efectuado para normalizar la actividad de “la guardia médica” con un régimen de trabajo adecuado. Sabemos que abrir este tema haría sacar chispas. Solo ante una fuerte presión se movilizaría esta realidad.

Está claro que la transformación de un modelo de guardia y la salud pública toda, con un funcionamiento más racional para la atención de las personas y salvaguardar la salud mental y física del trabajador médico es una necesidad imperativa. Pero tenemos que

pelear organizadamente para conseguirlo desde nuestro sindicato. Afiliarse por convicción y crecer es el camino. La representación sindical para revertir las formas precarizadoras del trabajo, que atomizaron aún mas a nuestro sector, son la única herramienta para contar con una organización político gremial y defender nuestra profesión en el mundo del trabajo.

Durante los últimos años parecería ser que funcionáramos como sobrevivientes que desarrollaron el síndrome de Estocolmo: nos adaptamos o nos morimos, pero nuestra diferencia es que tenemos el conocimiento y las manos desatadas para liberarnos. Tal como en este cuadro de adaptación, en el que el miedo está presente por el trato violento que recibimos, buscamos justificarnos siempre ante la situación. Los empleadores nos presionan de tal manera que dejan traslucir en su relato que abandonar la atención de los enfermos sería una crueldad de nuestra parte y en realidad los que abandonan a las personas enfermas son ellos. Se escudan en nuestros propios principios morales de beneficencia y disposición vocacional de ayudar al que sufre, haciéndonos jugar con la culpa propia. Le tememos a los máximos inmorales de esta historia, a los beneficiarios de un lucro perverso y hasta ilegal.

Por esto mismo cuando se realizan paros o huelgas las guardias médicas siguen funcionando, y allí lo que ocurre es el recargo para el trabajador médico de guardia. Todo queda como estaba y el que se resiente es nuestro compañero, que se termina dañando aún mas. Debemos ser cautos los trabajadores durante esa transformación y ser partícipes directos para no quedar atrapados en nuevos problemas. No debemos olvidarnos de que interactuamos en un medio corrupto.

El cambio debe ser cauto, progresivo y por etapas ya que si el modelo es perverso, en una variante rápida con una socialización excesiva, los integrantes nuevos pueden ser neutralizados y a su vez sometidos por el nuevo proceso. Los grupos de poder, e incluso a la industria, realizaron un claro adoctrinamiento de propaganda, por

medio de organigramas concretos a seguir. Aquí es donde debemos intervenir desde nuestra estructura sindical, todos debemos ser dirigentes de nuestro propio destino.

Sustituir un modelo de guardia que lleva instalado décadas no depende solo de un trámite administrativo, hay que pelearlo y deberá ser con el apoyo de todas las organizaciones médicas hermanas. De lo contrario, si solo acompañamos participando con un sí o no, el nuevo planteo sería meramente literario. La comunidad médica debe ser solidaria consigo misma y la población que atendemos, el grupo completo de la población, debe sentirse beneficiada con el cambio. La sociedad debe necesariamente participar, ya que con su falta correríamos el riesgo de perder la capacidad crítica, reciclando paradójicamente el mismo estado del cual venimos. La comprensión de la necesidad de un cambio como un beneficio para la partes debe ser el otro eje para trabajar. De no intentar este mecanismo más racional, terminaríamos creando un modelo de implementación técnica y no de una construcción colectiva que beneficie al colectivo para humanizar la medicina.

Pero no debemos olvidar que cuando la estructura social dominante considere a la transformación como una amenaza, va a tratar de retener todo cambio a la innovación, porque es peligroso a sus intereses particulares. La innovación con un funcionamiento técnico y administrativo claro y transparente sería su principal enemigo. No nos olvidemos en este análisis que lo que debemos resolver para curarnos en este sistema es la causa de nuestro padecimiento, abordar el tratamiento de la fisiopatología. Así es nuestro trabajo, para buscar la cura de las enfermedades nos orientamos a la causalidad de las mismas.

Tendremos que reconvertir nuestros planteos en reclamos para que los empleadores se ajusten a la Ley. ¿Pero cómo haremos para evitar la obstrucción a la defensa de los derechos laborales por parte de los poderes económicos? Por ahora solo usufructúan nuestra inercia y ante los planteos de las reivindicaciones que nuestro colec-

tivo plantee para cambiar las condiciones de trabajo, transformando las jornadas de 24 horas, deberemos exigir a las autoridades ministeriales participación directa y evitar la intromisión directa de las patronales con su poder de lobby, capaces de comprar las decisiones a su favor, como hasta ahora.

Retomando la idea de lo que entiendo por “la guardia de un profesional médico”, una guardia médica debe ser como la del bombero, debe estar listo, preparado y descansado para atender con la suficiente capacidad la contingencia, aquella emergencia que surja por un problema serio que compromete la salud de una persona. Un bombero no está las 24 horas apagando incendios, pero nosotros sí lo hacemos. Apagamos una gama que abarca desde grandes incendios hasta un simple fósforo. Desconozco cual haya sido el criterio original en la concepción de regular el tiempo de duración de las guardias médicas. Supongo que antaño se debió a las distancias, y los medios de transporte hicieron que duraran ese tiempo y durante ese lapso serían muy pocos los casos a resolver que se planteaban. En ese contexto estaría justificado ese régimen.

Lo que propongo es que las guardias deben funcionar como un servicio de emergencias con turnos de 6 horas, ya que nuestras capacidades no nos permiten efectuar nuestro trabajo con la idoneidad necesaria durante períodos mayores. Lapsos mayores de manera continua no hacen otra cosa que acelerar el desgaste psicofísico generando enfermedades de manera anticipada. Por otra parte, las jornadas de mayor extensión también generan riesgos innecesarios para las personas que atendemos. Con esas condiciones de trabajo claro que serían observables de forma más clara la impericia, la imprudencia y la negligencia.

Si una jornada de trabajo no debe superar las 8 horas, por qué trabajar 24, cuando la tarea genera riesgo y es insalubre. Por qué debemos seguir con un régimen contradictorio y contraproducente para las partes, y con ello me refiero al trabajador médico y al paciente que requiere de una máxima dedicación. Por supuesto, dejo afuera

del beneficio a los empleadores, que largo y tendido han demostrado que no está dentro de su intencionalidad bregar por el sufrimiento ajeno. Creo que cualquier otra alternativa que nos propongan es objetable y tendremos luchar para conquistarla.

12. COMPORTAMIENTO SOCIAL ANTE EL PROBLEMA

Nadie es el dueño de la verdad absoluta, pero mediante el conocimiento y la experiencia nos acercamos más. Podemos entonces pensar en diferenciar con más razón, qué está bien o mal en la salud pública. Cuando hablamos de bien o mal en un comportamiento, debemos relacionarlo a lo moral. Si la moral individual plasma un hecho malo podemos conceptualizarlo como una transgresión. Pero si el hecho es producto de una desviación social es más grave porque afecta al colectivo. Ahora, si la salud pública no da las garantías para asegurar el derecho a la salud que corresponde y así fueron legalizadas, estamos frente a una desviación jurídica y en presencia de un delito. Es tan grande e incorporado culturalmente que pasa desapercibido y es una forma de vida mala. En este contexto, los trabajadores podemos errar en decisiones tomadas en nuestros empleos y creer que estamos realizando bien las cosas, porque se han ido naturalizando. Pero si el Estado genera las condiciones para que las cosas se efectúen mal, transgrede las normas jurídicas y afecta al conjunto. En ese marco desarrollamos nuestro trabajo, es real pero irracional. El Estado empleador, al afectar al conjunto por alterar la norma jurídica, ¿tiene una actitud delincuente? El patrón estado no asegura las condiciones de trabajo, por ende los trabajadores no podemos asegurar un correcto desempeño y este afecta directamente a la población atendida en el sector. El mismo razonamiento podemos transferirlo a cualquiera de los demás subsectores.

Nosotros lo denunciarnos a las autoridades en numerosas ocasiones y no para deslindar responsabilidades, al contrario, tomamos

una conducta activa y positiva para solucionar este hecho, porque a los trabajadores les corresponde no solo reclamar, sino también asesorar y recomendar. Con el tiempo, vivir trabajando bajo estas condiciones nos ha generado un desgaste innecesario con enfermedades anticipadas al resto de la población y a mi criterio ya somos también víctimas de esta situación.

El daño ya está producido y nuestro colectivo médico pide a gritos que esto cambie. Considero yo al menos que este modelo multifragmentado no es la norma que debemos seguir. Este modelo enfermo que nos reúne en un escenario que es iatrogénico en esencia. Pero por otra parte, nos vemos forzados por nuestra condición moral de no abandonar este barco que está semihundido. Por eso sentimos que somos forzados de manera coercitiva a hacer mal nuestro trabajo. Muchas veces, por órdenes directas o indirectas. Las órdenes en su gran mayoría de las veces son impartidas desde escritorios, por personas que son invisibles a la hora de dar la cara, sean estos funcionarios o dueños. Por ejemplo, entrar como trabajador a un área cerrada sin el atuendo debido porque el empleador no lo entregó, después de innumerables reclamos que ya son históricos y seguramente no están por falta de pago a sus proveedores o por desidia. Este hecho, que no es un ejemplo estéril para ejercitar el saber docente, es extraído de la realidad diaria y produce daño, directo e indirecto, al paciente y al trabajador. Pero si el trabajador no ingresa, ¿quién atiende a la persona humana que ahí se encuentra? Es un dilema o un caos organizado y requiere de un análisis más profundo y debe ser producto de una reflexión de la sociedad. Digo social porque cualquiera de los integrantes puede ser el afectado en este desastre. Esta situación no es una catástrofe natural imprevisible, es producto de la negligencia de la acción humana. Hay responsables menores y mayores, pero a la hora de mirar el pasado a manera de revisión de lo aceptado por nuestra sociedad, todos colaboramos por la debida falta de participación y compromiso.

Pareciera ser un objetivo inexpugnable, pero es un desafío que debemos tomar como trabajadores. Debemos utilizar nuestra astucia e

ingenio para presentarle a la sociedad que esta situación no es la más acertada para el conjunto. Algunos integrantes podrían inferir que como cuentan con los medios económicos suficientes pueden comprar este derecho a la salud. Es respetable su decisión desde el pensamiento individualista, pero el de sus allegados, familiares o amigos cómo lo resolverían. Los trabajadores médicos debemos proponer soluciones para el conjunto social, con igualdad de oportunidades para en acceso, tratamiento y resolución del problema.

Una organización sindical no debe ser interpretada como una mera reducción para ser comparada solamente en su existencia, a la defensa del interés economicista del trabajador médico. Los colegas también tienen otras inquietudes que ocupan su atención. Por ejemplo, enseñar las propias experiencias, asegurar que los jóvenes las adquieran para mejorar las destrezas y buscar métodos innovadores para llegar a la cura de las afecciones que aún no las tienen. Parcializar el análisis a la defensa remunerativa sería también apartarnos de nuestra vocación. Por ende, nuestro sindicato debe funcionar a su vez como un factor concurrente en los aparatos del estado, ya que en nuestra vocación está solucionar el problema. Por lo tanto es nuestro deber presionar en esa instancia, porque es nuestro ámbito propio. Al fin y al cabo las personas tenemos una tendencia natural a vivir en una comunidad y si esta está organizada, el beneficio es mayor.

¿Por qué en todas estas décadas no pudimos llegar a producir un plan de salud pública que contemple al universo? Creo que no es pregunta para una respuesta simple, sino para un debate serio. Me animo a plantear que un plan de salud debe ser centralizado y descentralizar la ejecución de sus acciones con los mecanismos del estado, y las organizaciones intermedias junto a la comunidad, fiscalizando que se lleven a la práctica. En salud es indispensable que para que se garantice el derecho intervengan todos los sectores. La solidaridad es la herramienta que falta o no usamos porque no nos dejan las fuerzas del poder mercantil. Es hora de proponer la construcción colectiva de ideas y propuestas que el trabajador médico

agrupado por rama de actividad ofrece. Pero cuidado, si se dispersa el objetivo, por conflictos de intereses ajenos a la salud pública volveremos a perder la oportunidad.

¿EL PROBLEMA ES FUNCIONAL O ESTRUCTURAL?

En una sociedad, institución u organización los objetivos por las que van surgiendo obedecen a las necesidades reales del momento. Pueden ser espontáneas o planificadas. De todos modos no es el motivo en este momento profundizar en el tema. Si quiero establecer aquí que cuando surgen es porque tienen una genuina función de ser, estar y ocupar un lugar para cubrir una necesidad que las personas necesitan. En el caso específico de las estructuras de salud nacieron en diferentes momentos históricos para cubrir espacios imprescindibles para que los integrantes de la sociedad tuvieran acceso a la cura de sus enfermedades. El hecho genuino que las hizo nacer era curar y desde el pensamiento ideológico por supuesto, generar “el bien”.

Ahora cuando las organizaciones pierden esa capacidad maravillosa para lo cual fueron creadas, debemos replantearnos si es un defecto transitorio, producto de las contingencias que puedan haber surgido o son permanentes. No se me ocurre que una institución tenga como objetivo crear “el mal”, sería inmoral, criminal.

Actualmente estamos en el sector frente a un serio problema, que ya describía en mis años de labor como médico en un manicomio situado en la provincia de Buenos Aires pero dependiente de la administración nacional. En ese lugar se alojaban seres humanos con patologías neuropsiquiátricas de evolución crónica. Como médico clínico de guardia, a fines de la década del ochenta observé el estado de malnutrición crónica de los internados y trasladé mi inquietud hasta la dirección del establecimiento. La respuesta de la “autoridad” fue clara y contundente: “es por la enfermedad mental”, pero como yo estaba efectuando a su vez la especialidad

de Nutrición en un hospital que en ese momento era una Escuela de Medicina, no acepté esa respuesta. Comencé con la ayuda de otros compañeros a realizar un trabajo de investigación que terminó demostrando la tremenda desnutrición institucional que esas víctimas de la internación padecían. Lo presenté en unas jornadas científicas para darle el marco académico correspondiente y por supuesto para que quedara un registro escrito del hecho. No hay que olvidarse que salíamos de una brutal época de persecuciones, desapariciones y el miedo estaba presente. Había desnutrición institucional, y de los internados solo el 10% recibía en alguna ocasión visitas externas, la mayoría estaban judicializados desde la internación. Nadie reclamaba por ellos, no era una cuestión que alterara el normal funcionamiento de las barreras de la internación para afuera. El establecimiento era iatrogénico, los enfermos morían de las complicaciones que la desnutrición les provocaba. Ese lugar no tenía ya el fundamento de existir como estructura de salud pública. Con este ejemplo, y ustedes deben tener centenas de casos, plantee en ese momento “esta es la tarjeta de presentación de la sociedad argentina”. Mostraba el interés que a la sociedad le despierta la salud de las personas. No me confundí en la oración anterior cuando comencé la conjugación en pasado y terminé la misma en presente, porque hoy el mismo desinterés persiste. Son organismos que los tres poderes avalan y permiten que sigan en esas condiciones. Lógicamente, en el manicomio solo un 10% de alguna manera miraba la escena pero se tenía que callar porque no tenían otra salida. Hoy esos tres poderes del Estado avalan la realidad existente y ¿por qué?, porque la sociedad sociedad no los observa. No basta con el reclamo de las organizaciones intermedias, no tienen la fuerza total para generar un cambio.

En la Salud Pública el daño es estructural dado que ya no se satisfacen con las estructuras disponibles las necesidades humanas básicas para las cuales fueron creadas. Son un disfraz, desde ese ejemplo a la fecha, pasaron treinta años y todo sigue igual. Algún lector podrá

decir que se salvaron un montón de personas, pero desde el pensamiento lógico tengo que responder que otro montón no se salvó.

La violencia que hoy se vive en los establecimientos de salud no son más que una muestra de una sociedad en la que los estratos que la componen tienen una enorme brecha en el acceso a los derechos. Como hoy se encuentran los establecimientos no se garantiza el derecho a la salud. Por más esfuerzo que los trabajadores médicos hagamos, faltan estructuras edilicias que permitan un normal desempeño de las tareas, aparatología acorde a una dinámica de funcionamiento e insumos necesarios, no esos que figuran en los papeles de compras, sino los que deben estar al pie de la cama. Aclaro todo esto porque cuando reclamamos a los funcionarios, desde los escritorios todo está en orden y con retórica o mentiras quieren enmascarar la realidad.

La brecha entre los integrantes de nuestra sociedad, genera el conflicto y los que estamos en los lugares de trabajo, oficiamos de mostrador de queja. Ahí es donde se produce el hecho violento y no en el escritorio del que dice representar a la realidad.

El conflicto está instalado, está presente en la sociedad y la padecen los que demandan atención y los trabajadores que nos hacemos cargo. Los individuos que deben resolver el conflicto de fondo solo ponen parches. El conflicto está porque en el reparto del bien salud, se resuelve en favor de una de las partes, creándose aún mayor asimetría. Al resolver en este caso del derecho a la salud en favor de una de las partes, lógicamente se perjudica a la otra. No hay que dejar de analizar que el escenario no es un sistema, sino apenas un modelo multifragmentado y articulado en la práctica por “la nada”.

Creo que todo este daño es una forma de violencia por omisión y no por comisión, desde la comunidad médica por supuesto. Pero cuánta responsabilidad tuvieron los gobiernos restringiendo el gasto para algunos y no para otros. Aquí que cada lector haga un recordatorio de los que dejaron librado a la salud pública a las leyes del mercado, leyes con minúsculas, porque los ajustes siempre fueron

para los mismos. En esos casos no hubo error por omisión, lo actuado fue deliberado. La sociedad fue engañada, y siempre está presente el perverso que se aprovecha de ello, esos personajes que piensan de una manera, discursan de otra y accionan con una tercera forma. Los compañeros psiquiatras sabrán explicar más profundamente esto.

Ceder en este reclamo dejaría un mal antecedente para nuestra profesión. Ni que hablar de seguir negando esta realidad, ya que lo único que produciría es un agravamiento de la situación. Nuestra actitud debe ser activa y organizada puesto que los reclamos individuales o aislados solo pueden solucionar pequeños temas que poco incidirán en este contexto.

Volviendo al eje del abandono y la violencia estructural, cuando a una persona no se le facilita o no se le permite el ingreso a la salud, pasan dos cosas: una es disminuir sus posibilidades de cura y la otra es que cae su expectativa de vida. Cuando esto sucede con una intervención tardía el hecho producido pasa a una registración y la persona pasa a ser una estadística. La estadística es apenas una herramienta, que no sirve para revertir esa situación y ni siquiera para tratar la verdadera causa de la enfermedad o muerte. En nuestro caso debería figurar la falta de acceso, los establecimientos destruidos, sin mantenimiento, sucios y sin la capacidad operativa por la falta de aparatología e insumos necesarios. En estas estructuras es donde en realidad deberían registrarse las víctimas. No víctimas de prácticas indebidas como los pleitistas profesionales las interpretan, que solo demandan judicialmente con fines espurios y para lucrar aún más de la desdicha de las personas. Me refiero a víctimas sociales.

¿Qué métodos de medición utiliza nuestra sociedad para evaluar a estas víctimas sociales? Si hay víctimas hay un agresor, y qué pasa que no lo podemos ver, o en realidad no lo queremos ver, como en el caso del neuropsiquiátrico que contaba líneas atrás.

Si estas situaciones relacionadas ocurrieran en forma aislada, podríamos no justificarlas, pero sí hablar de un problema funcional. En nuestra sociedad la situación forma parte de la vida, de lo cotidiano

y debemos hablar entonces de un problema estructural. Podríamos justificarnos afirmando que es invisible a la mirada de una sociedad, pero detectado el problema debe tratarse ya que daña de manera sistemática y es un daño que debe ser evitado.

Falló la justicia social, hay un sector que es tratado de forma desigual. En la teoría la salud es un derecho, pero en la práctica no está garantizada. En esta situación se pretende que el trabajador médico funcione como una balanza moderadora de tal asimetría. Siendo esto imposible, cuando la institución es la enferma. Las instituciones en la actualidad sostienen un doble discurso, e incluso en algunas acciones una doble moral.

Una forma de solución sería revertir esta situación de daño estructural con políticas que compensen desde la justicia social y no con indicadores epidemiológicos como se pretende. Como denominador común debería figurar el igual acceso a la atención. Mientras el financiador no sea único, o no existan cajas de compensación que respondan a un sistema normatizado único y central, el problema no estará resuelto. No se resolverán las inequidades para los pacientes ni para los trabajadores médicos. Hoy la salud se toma como un gasto y no como una inversión en vida. Con este criterio difícilmente se pueda resolver el daño estructural. Con el tiempo este estado de situación se fue legitimando, es lo que ocurre desde hace años y ya nadie se anima a cuestionarlo. Poner en duda esta realidad sería cuestionada por el poder económico que manipula la situación.

La desigualdad del acceso también está legitimada. Las personas que necesitan atención y no la consiguen demandan de manera violenta, siendo castigados el personal que naturalmente tienen enfrente. El reclamo se da en cualquier subsector, quizás de formas diferentes. En el que se asisten los mas pobres tal vez sea con un golpe de puño y en el de los mas pudientes, ante una necesidad insatisfecha será una demanda judicial. Pero siempre la recibe el médico.

Creo que todo lo que he tratado de exponer, no muestra mas que en el modelo de salud actual tiene mayor primacía el interés co-

mercial, que la salud de un pueblo. Aún así, con esta dinámica de la desigualdad social algún grupo económico interno o externo igual se beneficia. Lo grave es que desde la instituciones del Estado esta forma se sostiene y se sigan buscando soluciones técnicas.

¿Qué rol juegan aquí los poderes del Estado?

¿Habría menores daños, evitables, si se disminuyera la exclusión al acceso?

¿Quiénes son los actores invisibles que se llevan las ganancias en este desorden?

13. LA SALUD COMO BIEN

La salud es parte de la vida y las características propias que esta va a tener. Si lo pensamos desde lo tautológico, sería redundante en un mismo pensamiento, es decir la salud es buena, estar enfermo es malo. Para una persona no debería haber un bien máspreciado, ya que se refiere a su existencia misma, la de sus seres queridos y los de la misma especie. Esto es la teoría y como pensamiento positivo. Ahora si circulamos por un establecimiento en el cual se deben proteger estos valores y lo encontramos destruido, sucio, sin mantenimiento, me pregunto ¿cuál es el significado de esta situación?

Si para la filosofía misma el bien es aquello que se opone a lo malo, entonces, qué acciones desarrollamos las personas para llegar a este estado de situación. Quizás sea abandono, desidia o algo más grave como el producto del comportamiento social producido en las últimas décadas. Desde lo moral, en realidad es expresión de lo que debíamos hacer procurar, pues mantenerlo nos produciría un beneficio propio y ligado a nuestra voluntad. ¿Que le pasó a nuestra voluntad? Creo que se impuso a nivel social una idea distorsionada, y el bien se fue redefiniendo en la salud. Del concepto del bien como objeto de la perfección, producto de la voluntad de preservar la vida se fue virando al concepto del bien económico o comercial. Es una realidad dolorosa pero quedó plasmada en hechos contundentes: la existencia de un modelo propio basado en definiciones económicas donde los establecimientos son bienes inmuebles, los consumibles son bienes muebles, entreverados por el uso de bienes complementarios, sustitutivos, de consumo y por último los bienes de capital. Me

planteo si la salud como valor puede ser atravesada por estas variables. Creo que solo con la inmoralidad se puede pensar de esta forma y defender su existencia para perpetuar el modelo sería delictivo. La salud es un bien humano, por ende debe ser un derecho humano y un bien social. Es la única manera de beneficiar al conjunto, del cual quiero recordar que todos somos parte. En salud, “bien” no es lo conveniente o lo que deja utilidades. Otros toman al bien como lo deseable y ahí debo entender que no para todas las personas tiene igual significado. El bien para unos puede no serlo para otros. Para algunos esta palabra estará más ligada a lo moral y para otros a lo comercial. También habrá en el pensamiento de otros alguna manera de justificar que ambas situaciones pueden coexistir. Por supuesto, no voy a ignorar que según diversas culturas, religiones o comunidades la salud puede tener diferentes valoraciones. Pero nosotros de acuerdo a nuestra historia cultural, defendimos a la salud como un valor supremo, desde el interés social e incluso como un bien jurídico, la salud se protegió como un derecho. Si los actores sociales entienden que la salud debe valorarse y calificarse con las herramientas del sistema económico, tendrán que analizar que como consumidores del bien que deberán contar con todos los elementos necesarios para producir los bienes necesarios.

En los años noventa, en un trabajo que yo debía presentar para aprobar la carrera docente, planteé que si los países centrales nos proponían que impusiéramos a la salud como un modelo privado porque era mejor, eficiente y eficaz, por qué en muchos de esos países sus modelos son estatales, como los transportes o las telecomunicaciones. La respuesta es que solo juegan con un doble discurso y lo que es peor, son mensajes que obedecen a una doble moral. A su vez, a través del consenso de Washington se planteaba para los países que entraran a un programa que cubriría a los pobres con estándares mínimos a manera de dispensario para no vulnerar los derechos humanos. Pobres eran los que no contaban con recursos monetarios para comprar la salud. El planteo parecía la propuesta del demonio o un

monstruo perverso sacado del ideario de una obra del terror. Cabe recordar que muchos actores de nuestra sociedad de esa época adherían a esa postura, sobre todo los economistas y dueños del capital. No se trata de capitalismo o socialismo en el planteo, eso ya murió. Va mas allá, va por la condición humana. En esa etapa no pudieron aplicar el programa en algunos países y en otros sí, como Argentina y Brasil, menos en Uruguay que tiene un sindicato médico de casi un siglo. En el resto de América del Sur y el Caribe aún reina la extracción de los beneficios y la inversión en salud son mínimos y mal administrados. La mala administración es parte, para evitar la salud, ya que la enfermedad permite a su vez la venta de productos de curación. Es un circuito reciclador de la miseria.

Si volvemos al análisis inicial, desde lo filosófico, si bien es lo que se pone a mal, la acción que los individuos tomamos debe definir un camino que nos lleve a un logro. Entonces si el logro fuera, obtener buenas remuneraciones y condiciones de trabajo acordes a la posibilidad de ejercer una profesión de manera digna y a su vez no generar daño a terceros por acción u omisión, el cómo organizar la actividad pasaría a un plano primordial. Si reclamamos estos propósitos básicos para hacer bien nuestra actividad y no se conceden, por extensión en este tipo de análisis todo lo que se hace es malo. Como profesionales médicos no podemos ni debemos alejarnos de la ética en nuestra profesión, porque con ella queremos generar el bien. Si no nos generan las condiciones necesarias para realizar nuestras tareas, los funcionarios y patrones son los hacedores de lo malo. Si esta realidad luego tomara estado público, el resto de los actores sociales deberán tomar parte.

La ética es una parte de nuestra profesión. Marca precisamente los valores con los que nos manejamos, sean abstracciones o actividades que se traducen en hechos concretos y tangibles. Hablando en una jornada con el filósofo Alberto Buena, él mismo decía “el valor ético del objeto con el cual ustedes trabajan es muy elevado, la vida misma que tiene un valor incuestionable, por lo tanto la acción que realizan

tiene un valor positivo y deben llevarla a cabo”. En mi memoria quedó grabado y fue suficiente estímulo para seguir luchando por una salud pública fundada en un derecho. Hablamos de un valor ético absoluto, ya que tiene valor en si mismo. Sé que hay valores éticos relativos, vinculados a interpretaciones propias, culturales políticas y estas sí podemos acordarlas para las acciones, al llevarlas a la práctica.

Para llegar alguna vez a tener un sistema de salud creo que debe imperar la justicia, que sería el factor que asegure la armonía social y puedan coexistir los diferentes actores sociales. Asegurar este principio podría encaminar a la salud pública como un bien social, que no es utópico ya que numerosos países lo tienen y pertenecen a occidente y su organización político/económica es capitalista; como si fuera poco son centrales. Llevar esto a cabo es responsabilidad del conjunto, pero no justifiquemos y diluyamos responsabilidades, algunos integrantes del conjunto tienen mayor responsabilidad que otros.

NUESTRA PROFESIÓN ES ÉTICA, EL TRABAJO NO

Sin entrar en la descripción de las diferentes ramas de la ética, sería interesante establecer cómo se relaciona la moral dentro de las libertades humanas. Los griegos definieron “ethikos” como el carácter, ya que realizar una sentencia ética en definitiva es realizar una declaración moral. En nuestra profesión, durante el desempeño de nuestra labor en realidad producimos afirmaciones y acciones, mediante las cuales expresamos lo que creemos que es bueno, malo, obligado, permitido o no. Estas decisiones pueden expresarse mediante actos simples o complejos, de acuerdo a la gravedad del problema a atender.

Si tomamos a la ética como una disciplina que estudia el comportamiento moral, cuando se juzga nuestro comportamiento se nos está realizando un juicio moral. Muchos filósofos durante la historia estudiaron los conflictos que se desprenden desde la organización de las libertades humanas y los límites que la moral establece. Du-

rante la historia nuestra profesión ha tenido un carácter ético, habiendo sido elevada a la categoría de un verdadero sacerdocio, pues su función es social y desempeñada en su mayor parte en situaciones penosas. Eso hacía al profesional médico honorable. El médico era respetado por su riqueza de los conocimientos, abnegación y trabajaba sin obstáculos, sin oposición a su tarea.

Los trabajadores médicos en la actualidad seguimos con los principios históricos de abnegación por nuestro trabajo. Sacrificamos aspectos personales, renunciamos voluntariamente para atender los problemas de terceros. Ello por supuesto impacta en nuestro propio bienestar en muchos aspectos personales como el descanso, recreación, salud propia en muchos casos y en la vida familiar y social.

Los obstáculos que hoy nos imponen desde este modelo multi-fragmentado irracional, hacen que gastemos un caudal de energía permanente y solamente para compensar los faltantes que el modelo impone. Los obstáculos a los que me refiero son las formas contractuales en las que trabajamos, las bajas remuneraciones, las condiciones de trabajo indignas para desarrollar una tarea noble como lo es restablecer la salud de las personas. Los obstáculos son también los faltantes de los elementos de trabajo, equipamiento adecuado y estructuras edilicias pensadas para realizar el trabajo de manera comfortable. Debemos diferenciar las tareas abnegadas y el sacrificio voluntario con el sometimiento, con la miseria impuesta. La corrupción generalizada ayudó en estas últimas décadas a nuestro sometimiento laboral pero no acompañamos con el reclamo debido.

El trabajador médico, para no comprometer el ejercicio de su profesión, debe gozar de cierto estado de bienestar. Con esta condición me refiero no a la situación económica solamente, sino al tiempo necesario para ejercer en sus actos la mejor producción posible. Somos personas que trabajamos con personas, el tiempo es una variable necesaria de la cual debemos disponer. Este tiempo otorga una garantía mas para construir la salud.

El tiempo necesario para la atención no puede estar pactado de

manera coercitiva. Coercer, en definitiva es impedir, reprimir y este concepto aplicado a la actividad profesional es en sí mismo una manera predeterminada de que el producto de este noble trabajo salga bien. Nos expone innecesariamente, nuestra dignidad no puede estar seccionada por una relación de tiempo. Este hecho de normatizar dicha variable obedece puntualmente a la producción de situaciones predecibles. En muchos oficios o actividades técnicas tal vez sea hasta aconsejable reglarlo, sobre todo en una relación mercantil ya que este es el principio que impera. Pero para nuestro caso, en vez de consultorio, si esa fuera la lógica de funcionamiento, deberíamos denominar al lugar de trabajo como oficina de comercio y a la del responsable oficina de negocios.

El paciente, esa persona que asiste a un lugar destinado a atender la salud, no es una mercancía ni un cliente, aunque los gerenciadorees de la salud así lo consideran, desarrollando un culto a la ganancia y tratando a personas humanas como objetos. ¿Que clase de moral rige el pensamiento de este tipo de individuos? La respuesta creo que debe ser de cada lector, los valores respecto a la condición humana son muy personales. Dependen de aspectos culturales, religiosos, sociales, doctrinarios e ideológicos con los cuales cada uno de nosotros fuimos formados. Pero desde lo personal creo que como colectivo debemos dar una idea como cuerpo colegiado al respecto, y desde lo gremial, nuestro sindicato debe jugar un rol fundamental nuestra actividad laboral. No podemos permitir que personajes inescrupulosos, llámese empleadores privados o funcionarios públicos decidan el destino de la salud de las personas. Los trabajadores médicos somos parte de la sociedad, como profesionales y potenciales pacientes. Lo son nuestras familias, amigos, compañeros y connacionales. Nuestro saber debe estar abocado a defender este tipo de posturas que protejan al conjunto. De la otra forma seríamos solo partícipes necesarios de la estafa, que durante tantos años se viene desarrollando en nuestro país.

Hay un dicho popular que reza, “el culto al oro y su ganancia anulan al corazón”. Cuando la ética se altera como bien que balancea

la actividad profesional, comienzan a gobernar las actividades clandestinas, el charlatanismo y surgen las prácticas mágicas que todo lo solucionan. Surgen las actividades paralelas, la propaganda que tan usada es por los vendedores de productos, que se ofertan en el mercado sean estas remedios o nuevas prácticas. Por lo tanto, una política de estado solo debería regular la atención de la salud de las personas, con normas muy específicas y producto de una construcción colectiva. Tal vez como la que tienen las plantas y los animales en la actividad agropecuaria.

En la actualidad, a la salud pública en los hechos la normatizan los Estados Nacional, Provinciales y los casi 2200 Estados Municipales, y cada uno de estos decide cómo asignar las partidas presupuestarias en salud con la mejor independencia y desorden posible. No hay un a norma central a respetar, con una descentralización de las acciones y una evaluación del conjunto para elaborar estadísticas y resultados. Con resultados se puede planificar, sin resultados ciertos podemos suponer. A este caos hay que agregarle la anárquica actividad de los establecimientos privados, la seguridad social desarticulada y la actividad prepaga. ¿Qué plan o sistema de de salud se puede diseñar de esta ensaladera? Cuando miramos la epidemiología de determinadas enfermedades en el mundo, nuestro país figura en los mapas internacionales con datos escasos. Esto se debe a los subregistros del desorden.

En este desorden tratamos de ejercer nuestra profesión, con las limitaciones del caso y desparramados en el modelo multifragmentado. Todo lo enunciado habla de la ética del ejercicio de nuestra profesión, pero también de la moral de nuestra sociedad, por supuesto de nuestros gobernantes y el poder real con su doble moral.

Durante todas estas décadas fuimos parte de ideologías, políticas y comportamientos sociales erráticos. Como en otros hechos sociales la salud que tenemos es la presentación del pensamiento del conjunto respecto al valor que le otorgamos. Errática es como me atrevo a definir a las políticas en salud, porque con políticas de gobierno

viramos de un lugar a otro, sin un rumbo fijo. Nuestra evolución fue desde un estado protector hasta la liberalización y el extremo neoliberal de los últimos años. Hoy no me animo a predecir el rumbo, pero seguro que no estamos frente a un modelo solidario, que sería un hecho esperable de una sociedad que aspira al progreso.

No se puede dar cumplimiento al derecho a la salud haciendo propuestas hasta contrapuestas desde el poder, solo se engaña. Cuando con la oratoria y discursos se trata de convencer a la población que están cubiertos sus derechos y asisten a un lugar en busca de la salud y no tiene acceso, se utiliza un doble discurso o una promesa incumplida. Cualquiera persona que hoy se presenta con una enfermedad a cualquiera de los llamados efectores, no encontrará respuesta.

Los profesionales médicos, ubicados en el lugar como trabajadores no contamos, por una o otra cuestión, con los elementos necesarios para dar una respuesta adecuada. Para ejemplificar de manera simple: en el sector público hay disponibilidad de tiempo para la consulta pero no están los equipos y/o los insumos, y si el mismo trabajador médico se traslada al sector privado va a faltarle el tiempo y según la cobertura del paciente podrá o no ofrecerle diferentes categorías de atención.

De este modo, durante estos últimos años las autoridades han aplicado y sostenido este tipo de situación por la fuerza, por la necesidad de los que necesitan de la atención a cualquier costo. Finalmente no son mas que autoritarios, no importa cuál sea su postura ideológica. Autoridades que marcaron la diferencia han sido aquellas como el Dr. Ramón Carrillo o el Dr. Arturo Oñativia, que por sus personalidades irradiaron un alto grado de consustanciación entre lo que discursaban y realizaban. Seguramente irradiaban su autoridad con el ejemplo, no les era necesario dar órdenes, coercer o sobornar. Simplemente son y no se presentan mostrando el conocimiento que tienen y viven diciendo lo que hacen, son humanos.

Cuando en la sociedad prima el pensamiento autoritario y las personas aceptan este rigor, pierden el pensamiento crítico y aceptan

las cosas como son. Pueden llegar a creer que la salud es un derecho en un modelo desigual y asumen que esto es lo que a cada persona o grupo es lo que le corresponde. Un problema aun mayor es cuando los trabajamos ejerciendo la profesión médica, y nos justificamos de cualquier manera para aceptar este hecho. Como antes mencionaba moral o moralina, vivir o sobrevivir, son las situaciones que por analogía podemos presentar los profesionales en este medio de trabajo.

Los terceros partícipes en esta historia son los intermediarios en la cuestión. El ladino, ese personaje que de manera solapada solo ve el negocio en esta situación. Son personas o grupos entreverados de ellos, que se presentan como organizaciones y que de manera socarrona intermedian en la relación salud /enfermedad quedándose con lo ajeno. Actúan con astucia y disimulo, argumentando que alguien tiene que establecer los valores del trabajo. Las patronales las usan para pagar menos y no cumplir con las condiciones de trabajo que la legislación dispone. Tanto la vida individual como la colectiva de los médicos debe estar regida desde lo laboral por, “el deber ser” y sus prácticas deben estar orientadas por los criterio normativos. La intermediación actúa fuera de las normas de las relaciones laborales y los acuerdos establecidos son totalmente discrecionales. En nuestro país esto lo establecen entre la patronal y los trabajadores en su ambiente natural, que son las reuniones paritarias en el sector público y los convenios colectivos de trabajo en el sector privado. El Ministerio de Trabajo oficia de garante para que se cumpla con la Ley, quedando así registrado.

En la realidad de las prácticas sociales, en lo referido a la salud, está claro que hay quienes prefieren matices entre blanco y negro. Podrán integrarse prácticas y comportamientos públicos y privados pero siempre ceñidos a la misma norma única establecida para dar cumplimiento de la misma manera al derecho a la salud. En contraposición, las moralinas luchan desde ámbitos opuestos, blanco o negro, descartan al otro y no se entrelazan las posturas variadas que los sectores de la sociedad pueden tener.

Indudablemente tendrán que realizarse acuerdos en los cuales todas las partes tengan la opinión y el saber de sus representados. El sindicato de los médicos tendrá que representar al sector de los trabajadores médicos. El gobierno empleador y las cámaras empresariales por el otro sector. El Ministerio de Trabajo será el garante del acuerdo que surja de manera transparente.

Conocer, en definitiva, es penetrar la superficie de la realidad, su escenario actual y llegar a la raíces y ver las causas de esta realidad multifragmentada. De esta manera sería posible que el análisis de esta realidad permitiera una reflexión del conjunto social. ¿Será posible establecer un acuerdo por un interés común? El problema está planteado, los que no quieren ceder se apoyarán en lo que tienen y los que se apoyen en la realidad de subsanar el sufrimiento humano, se apoyarán en lo que son, expresando su humanismo y agradeciendo a la vida.

Será la pelea dicotómica entre el tener y consumir de un grupo frente a la posibilidad de la tranquilidad del acceso a una salud como derecho para el conjunto. Es un planteo ideológico, ya que demostrado está en nuestra historia que los recursos financieros para llevarlo a cabo existen. Con tanto despilfarro de recursos de las deudas que se contrajeron en las últimas cuatro décadas, hubiésemos asegurado más de un siglo de salud pública.

14. LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR

En los últimos veinte años los establecimientos de la salud fueron haciéndose lugares de descarga de las frustraciones de las personas. Está claro que la sociedad en todo su contexto fue perdiendo el control respecto a las normas saludables de convivencia. En la actualidad hay violencia de todo tipo, se registran casos de violencia laboral entre compañeros, de manera horizontal y vertical, primando la descendente. El acoso moral está a la orden del día y no faltan los casos de discriminación.

La violencia externa en los últimos diez años se ha acrecentado de manera sustancial. La violencia externa es mucho más evidente en el sector público, siendo la guardia de los centros de atención el sitio de mayor impacto. En los centros urbanos se registran la mayor frecuencia de los hechos violentos. Una nueva modalidad en los últimos años es el ataque a las ambulancias de los sistemas de emergencias y de los municipios fundamentalmente, hecho que a mi entender significa una expresión manifiesta de protesta a las autoridades por la clara deficiencia en la atención de que reciben los sectores más necesitados.

Desde lo conceptual, quiero diferenciar en el sector de la salud a la violencia institucional en sí misma de la violencia que los trabajadores médicos padecemos en el sector de la atención. Es posible decir que el primer hecho de violencia que ocurre en nuestro país en el sector de la salud pública está producido por las pésimas condiciones de trabajo. Debo resaltar esta noción para no entrar en un concepto de interpretación con los lectores y sobre todo por si alguno fuera funcionario o representante de las diferentes patronales

responsables. Para ordenarnos, y a manera de definición, digo que la violencia laboral es la que se produce o constituye por los incidentes sufridos por los colegas en las circunstancias de la realizaciones de sus tareas laborales.

Las formas claramente se representan mediante abusos, amenazas o ataques directos y con esto quiero decir que la violencia existe de manera física y psicológica. En la forma física se emplea directamente la fuerza física, generándose daños con lesiones concretas. La segunda forma, la psicológica, deriva del uso deliberado del poder, produciéndose daños sexuales o psicológicos de manera virtual o real. Aquí se daña directamente a la persona afectada en sus aspectos mentales, espirituales y morales.

Si algo queda claro, es que en todas las formas se ataca y afecta directamente a la dignidad del trabajador. Si bien la desigualdad en muchas ocasiones es la fuente misma de esta violencia, esta genera mayor desigualdad, discriminación y es una fuente directa de los conflictos.

Si analizamos el conjunto de los sectores laborales, el sector de la salud representa una cuarta parte de la violencia laboral total. Está claro que nuestra tarea en sí misma se desarrolla muchas veces en climas de tensión, producto de la realidad de nuestro trabajo con personas humanas. Trabajos estadísticos aportados por distintas fuentes como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Internacional de Servicios Públicos (ISP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), evidencian de alguna u otra manera que afectan al 50% de los profesionales del sector. Todas estas organizaciones aportan un valioso material teórico y estadístico que sirven para ubicarse y cuantificar esta realidad que nos toca vivir en nuestros lugares de trabajo. En contraposición, desde la realidad vivida a diario nada se hace para erradicarla. Sumado a ello debo reconocer que ya es parte de nuestro folclore y el binomio trabajadores-funcionarios ya han naturalizado al tema.

Que vivimos en una sociedad violenta como fenómeno global es

cierto, y este fenómeno no es exclusivo de nuestro país, pero aquí hay condicionantes propias que favorecen su aparición, desarrollo y perpetuación.

Cada lugar de trabajo posee particularidades propias que trataré de presentar. Por ello cada párrafo podría iniciar un debate propio y espero que así sea. La idea es movilizar nuestras ideas, comportamientos y actitudes frente a la problemática, para poder desde nuestro colectivo gremial buscar una solución adecuada.

Al hablar de violencia debemos contemplar todas sus formas que ella asume en el ámbito laboral, como mencionaba descendente, ascendente, horizontal, interna, externa e institucional. A la institucional dedicaré una importancia preferencial dado que creo que es un factor primordial en la producción del hecho violento en sí. No hay peor violencia que la institucionalizada y el mejor ejemplo de esta se manifiesta mediante la imposición de las actuales condiciones de trabajo, introducidas durante las últimas décadas. Por todo esto es que considero la multiplicidad de las causas que subyacen y anteceden al hecho violento, pudiendo ser estos aislados, recurrentes, individuales o de afección colectiva. Muchas veces se producen por situaciones particulares y otras se instalan como parte de las demandas del colectivo.

El empleador juega también un rol primordial en el inicio de las distintas situaciones de violencia laboral. Por ello muchas veces pueden presentarse como el producto detonante de condicionantes previos, que si este hubiera subsanado se hubiesen evitado. Las condiciones de contratación son un ejemplo válido para el caso.

Muchas veces el hecho violento resulta ser una expresión negativa de un reclamo reiterado, no atendido y no resuelto por los responsables de los establecimientos o la institución. Lo previo y lo subyacente no es valorado en el análisis de las causas y por supuesto no se pueden buscar las soluciones adecuadas y resolver o acordar. Por otra parte, no debo omitir la existencia de determinadas personalidades patológicas que pretenden ejercer el poder y manifestarse mediante el acoso laboral.

En algunos casos, en las instituciones o comunidades durante el desarrollo histórico de las mismas se va instalando la existencia de una doble moral. En este caso con el paso del tiempo van generando una nueva cultura en el trabajo, reproduciéndose en los comportamientos de los trabajadores y los directivos como conductas inadecuadas. Muchas de estas conductas enfermizas se trasladan en el ámbito laboral a actitudes amenazadoras que reciclan el daño.

El hacer de todos los días pasa a ser “lo normal”, el marco de referencia que los nuevos trabajadores y las autoridades toman como un modo a seguir. Esto ocurre con mayor frecuencia y arraigo en los lugares donde las autoridades se instalan durante largos períodos y no se permite una actividad reflexiva sobre lo que se está haciendo.

El mundo está violento por muchas razones, la sociedad argentina no está exenta pero presenta en nuestro sector algunas características particulares. Nuestro sector de la salud está constituido por un modelo multifragmentado y en un contexto en el cual ni siquiera hay una interrelación ordenada que regule la actividad. En este desorden cada uno de los subsectores funciona con normativas propias, esto llama a un mayor desorden y por supuesto al caos. Este hecho es el producto de la falta de una política de estado en lo referente a la salud pública y que como ya mencioné, hace muchos años fue abandonada con la intencionalidad manifiesta de romper al sector público y beneficiar al sector de los negocios.

Hace sesenta años teníamos una política de estado, pero se interrumpió por disputas ideológicas. Los gobiernos posteriores, la mayoría de ellos conformados por dictaduras de facto que se apropiaron del poder, se encargaron de desmovilizar a la sociedad quitándole los derechos ganados a los sectores del trabajo. De un estado social pasamos progresivamente al estado liberal hoy ya consolidado. La salud pública durante esas etapas perdió su espíritu solidario conformando el modelo irracional modelo multifragmentado actual. Su marco normativo se fue modificando no de manera organizada sino sufriendo solo adaptaciones coyunturales. Estas transformaciones

por etapas se establecieron de acuerdo a una dinámica de valoración de las diferentes políticas de gobierno que se sucedieron. Los actores sociales no tuvimos injerencia en participar y definir un modelo de salud que queríamos o necesitábamos. Los trabajadores médicos solo fuimos observadores pasivos y nos adaptamos mansamente.

Todo lo expuesto habla de la imposición y la falta de representación sectorial y de cómo se fue gestando nuestro ambiente conflictivo y violento de trabajo. Aquí el debate de ideas se sustituyó por diferentes construcciones individuales de la realidad, siendo su producto actual el modelo multifragmentado de la atención de la enfermedad que mencionaba. Todo ello ha ido calando en los círculos sociales y de los trabajadores del sector, estableciéndose una asimetría tal en el acceso a la salud que solo favorece a la violencia, con diferentes matices, según se trate del sector público, privado o de la seguridad social. En tanto no se modifiquen las condiciones de trabajo para realizar el acto médico con las mismas posibilidades y se otorgue a las personas una manera igualitaria del acceso, la violencia seguirá presente.

Es una concepción ideológica la que fue alternando durante este tiempo, hay un sector social que entiende que la salud se debe pagar desde el bolsillo de manera directa y en realidad lo sobrepaga. Otro sector entiende que los beneficios de asegurar este derecho los debe ejercer el sector público estatal. Pero en la práctica solo he visto como se generó un alto gasto económico durante años con el financiamiento del conjunto y un beneficio desproporcionado entre las partes, empleadores y empleados. Esa inequidad en la redistribución y financiamiento no son más que un motivo generador o reciclador de la violencia.

Por otra parte, las empresas privadas lograron durante los últimos treinta años asegurarse de la atención de la enfermedad que produce una alta renta. El sector de la seguridad social tercerizó la atención y lógicamente esa sistemática disminuyó la calidad de la atención y las condiciones de trabajo con un personal médico precarizado casi

en su totalidad. Aquí vuelvo a reforzar la idea controversial de que las obras sociales de los trabajadores en manos de sus dirigentes-empresarios nos niegan, siendo esto una situación de violencia por la perversión que encierra.

Las obras sociales de organización autárquica, o las surgidas del aporte de los empleados públicos de los Estados provinciales, con un financiamiento propio son manejadas por los poderes políticos de turno, y sus fondos fueron y son desvirtuados para cualquier uso. De hecho, durante las últimas tres décadas, los diseñadores de la utilización de estos fondos, que en definitiva corresponden a los trabajadores que efectuaron los aportes, decidieron unilateralmente de forma cíclica su destino. Como en este sector no se cuenta con una capacidad instalada propia, se contrata la atención a terceros. Las empresas que prestan la atención, en su mayoría clínicas y sanatorios, aseguran la prestación de esos servicios hasta donde les conviene para su economía, cuestión lógica para cualquier economía mercantil. Ahí trabajamos los médicos sin contratos formales, otro hecho de injusticia y generador de una violencia fáctica pero no legitimada por el colectivo médico. Allí no hay Convenios Colectivos de Trabajo, y es este otro frente que los colegas deberemos pelear para que la situación deje de ser violenta.

Vuelvo a la Constituyente del 94, en la cual se dejó claro que el acceso y el derecho a la salud se deben reclamar en los organismos de los derechos del consumidor. Pero la salud no es un bien de comercio, sino que está establecido en documentos que es un derecho y como tal debería ser garantizado y de forma igualitaria. En la práctica, esta situación que no está garantizada por el gran desorden existente, que se trasladó ininterrumpidamente durante décadas, ya genera diferencias entre las personas enfermas, los que trabajamos en el sector y lógicamente generan un conflicto y que de hecho se reclama con la violencia. No hay un camino formal, o institucional que resuelva el problema. El trabajador médico es quien ha evitado y contenido, con su actitud solidaria durante años, que esa ausencia del Estado genere la crisis actual y el reclamo violento que hoy

padecemos. Con esto quiero decir que el modelo en sí es injusto, y los reclamos no son atendidos de fondo. Cada gobierno surgido, sea cual fuere su color político, solo ha puesto parches que trasladaron la problemática al siguiente. Este modelo es un promotor de la violencia en sí mismo, al medir a cada individuo por lo que tiene para pagar y no por lo que debe realizar. Hay una distonía entre la teoría y la acción que no asegura la cura o salud. De este modo, los trabajadores médicos hacemos de mostrador de reclamos para las personas a las que los derechos le fueron y son incumplidos.

En los diferentes Estados Provinciales se crearon mesas de trabajo de expertos junto a los representantes sindicales del sector. En la provincia de Buenos Aires, en la Mesa a la que concurrí personalmente como representante del Sindicato de Médicos, se planteaban desde el Ministerio de Salud fórmulas para reducir los hechos de de violencia, fueran estos internos o externos. El resultado logrado fue cero, pues nunca se abordaron las situaciones de fondo que provocan en sí el hecho violento.

En sí el objeto de la consulta por parte de un paciente genera la atención de un problema de la salud. La falta del soporte para solucionar dicho problema genera un nuevo conflicto. Durante décadas reclamamos el déficit de los medios para resolver la salud de la población y cada empleador se hizo el distraído o profesó promesas que se transformaron en cuentos incumplidos. La violencia es institucional y es parte de un proceso histórico que nuestra sociedad deberá abrir y debatir para acordar una solución común.

Por más que nosotros como trabajadores colaboremos con tareas extras a nuestro acto médico informando, destrabando los cientos de trámites burocráticos surgidos del modelo multifragmentado, e igual somos sospechados del mal funcionamiento, hay cierta culpa nuestra en no reclamar desde lo colectivo una solución que aclare esta realidad desdibujada por el silencio de muchos años. Hablo del reclamo formal por supuesto, y no de la queja cotidiana que no nos produce más que un desgaste extra e innecesario.

En la actualidad el medio es hostil para el trabajador médico y para el paciente. Este porque no logra la atención del modelo y para el profesional médico porque desarrolla su actividad trabajando en los diferentes subsectores que no cumplen con su objetivo. Reafirmo, violento es el medio por no intervenir las autoridades con los mecanismos para revertir la situación. Es sencillo y no imposible, con la Ley en la mano y acordando entre los empleadores y los trabajadores médicos las condiciones contractuales registradas, en blanco y no a medias. Nosotros ponemos nuestro saber que tanto cuesta fabricar y ellos las estructuras y las herramientas necesarias. Esta ecuación no daría un resultado cero y habría cumplimientos e incumplimientos de forma para reclamar de ambas partes.

A diario se publican en la prensa las agresiones físicas sufridas por los colegas y estudios realizados marcan que otros tantos somos agredidos verbalmente o gestualmente por los pacientes y sus familiares o acompañantes. Un jurista relataba en un reportaje: “los derechos son un papel si no se incluyen las garantías adecuadas” y en el mismo dejaba claro que “la humanidad nunca ha sido tan igual en el plano jurídico y tan desigual en el plano material”, lo cual por supuesto produce los grandes desequilibrios que deben ser compensados con las garantías reales para los derechos básicos y sociales. Por lo tanto, colegas, la lucha de nuestros derechos no es jurídica, es ideológica, política y social, pero encausados desde un sindicato fuerte y donde no necesariamente pensemos igual en esos órdenes pero sí acordemos en pelear por los mismos propósitos y resultados. En nuestro sector del trabajo, o sea del ejercicio de nuestra profesión los problemas están creados, no hay mas que fabricar las soluciones.

En síntesis, en estas décadas transcurridas fueron introducidas en el mundo de la salud pública una serie de medidas para achicar el rol del estado, la privatización de los servicios y la disminución de los recursos financieros para el pago de nuestros salarios. Hacer esta operatoria de manera brusca hubiera generado un rechazo, pero de forma gradual y con engaños discursivos el modelo fue aplicado y

es hoy la gran matriz de este modelo generador de violencia. Los profesionales médicos, trabajadores con un rol fundamental en el armado de la salud pública debemos organizarnos sindicalmente para no perder todo. Fuimos cediendo de manera constante y permanente porque nuestra defensa disgregada desde cada uno de los sectores no contó con la fuerza suficiente por no haberse formalizado desde un colectivo organizado. Cada vez nos tecnificamos más y desatendemos el verdadero rol protector de la atención de otras personas. Trabajamos en una línea de producción para la venta de productos de aparatología y elementos de uso terapéutico, todos ellos de altísimo valor y de los cuales quisieramos disponer en caso de necesidad propia, pero quién atiende a la persona, su dolor y sufrimiento si solo se trata de elegir un remedio o estudio de catálogo.

La falta de tiempo para la atención a la que fuimos condenados por los dueños de los pacientes, para hacer ellos más rentable su negocio, también es violencia. Ahora, personalmente desde la reflexión pura, no creo que se pueda diferir una solución para esta situación de violencia institucional en la que nos encontramos inmersos. Desde la práctica, pacificar nuestro ambiente laboral depende también de tomar medidas gremiales para protegernos. Erradicar la violencia de los lugares y transformarlos en ambientes libres de violencia pasara también por cambiar algunos comportamientos nuestros.

Los hechos de la vida laboral nos fueron acostumbrando a una forma de vida, nos sobreadaptamos, tal vez basados en la subsistencia misma. Nos fuimos domesticando ya que el modelo nos permitía generar pequeños ingresos de varias fuentes de trabajo. En su gran mayoría como changarines de varias formas laborales inventadas en su momento por un vacío normativo que le convino a las partes. Hace unas décadas se nos rotulaba como profesionales de orden liberal. El fisco así nos contempla y lo hace hasta la actualidad. Como pequeños emprendedores en el mundo del trabajo nosotros compramos esa mentira, aunque por otra parte, la legislación laboral dice lo contrario. No pudimos o no supimos defender y reclamar nuestras

condiciones laborales verdaderas y estar desperdigados en el modelo multifragmentado solo nos sacó nuestra capacidad de defensa que deberemos recuperar.

Retomando la idea de los hechos de violencia que ocurren entre pares o desde la comunidad al agente de la salud, no debemos dejar de analizar la situación de retroceso que la sociedad ha tenido. Habiendo en la actualidad más de un treinta por ciento de personas pobres la crisis se ha amplificado.

Como ya mencioné, en la mesa de violencia conformada en el Ministerio de Salud estos temas se trataban pero trayendo a la mesa de trabajo los casos individuales ocurridos en los diferentes centros de la salud. De las lógicas catarsis que todos los participantes realizábamos de manera semanal o quincenal, observé que era solo un lugar para contar realidades que en los establecimientos ocurrían. El inicio y funcionamiento fue en una administración anterior a mediados de la década del 2010 y en la actualidad, con una nueva administración gubernamental de diferente color político, la cosa sigue totalmente igual.

En aquellos años quien coordinaba la mesa de trabajo era una funcionaria ministerial y de los hechos de violencia laboral denunciados se realizaba la registración a fin de ser tratados particularmente. La misma planteó realizar una especie de listado de personas violentas dentro del sector a nivel provincial. Evidentemente todo esto representaba un parche más, un sin sentido. Para paliar los hechos de violencia externa desde la comunidad, se elaboraron algunas medidas teóricas para la contención y prevención. Desde carteles pacificadores que tenderían a educar, enrejado de los lugares de trabajo y la instalación de botones antipánico. También se diseñó una planilla de denuncia obligatoria que se utiliza hasta la actualidad. Me cansé de realizar esa tarea totalmente estéril de maquillaje, el problema es muy profundo y no se cura ni contiene con un tratamiento sintomático. Hoy en día a esas reuniones concurre otro representante desde nuestro gremio, para mantenernos informados y aportar desde su saber.

La salud pública como esta planteada en nuestro país es en si misma un hecho violento. Reemplazar un modelo multifragmentado y sustituirlo por un sistema de salud sería una solución a este problema. Con los años los trabajadores médicos nos fuimos sobreadaptando a la realidad que se nos planteaba. La falta de limpieza y la mugre se pusieron de a poco a la orden del día. Eso también es violencia. La falta de contratación del personal de planta necesario para la higiene y el insuficiente presupuesto para ello, fue la justificación necesaria para la tercerización del servicio que en teoría sería mas eficiente y barato. Este simple cambio normalizaría la vida interna de los lugares de labor. El planteo fue economicista y no para sembrar la cultura de la limpieza. En ese punto de la historia comenzó la nueva modalidad con personal de contratos fraudulentos y empresas fantasmas. Como conclusión de esas modalidades de cambios infructíferos hoy puedo afirmar que el personal tercerizado quedó contratado precariamente en los hospitales por la falta de pago a las empresas privadas de limpieza a las que dicho y sea de paso, poco les interesa la salud pública y la mugre sigue presente. La misma violencia laboral que nos expone a los trabajadores y pacientes.

El lector ajeno a la salud pública deberá comprender que la limpieza e higiene son un valor primario a establecer en un centro asistencial y con diferentes categorías según las áreas de trabajo. En Los ministerios y los demás niveles centrales de la administración pública la mugre no se ve, no se palpa y sobre todo no se huele.

Pagar a algunos concesionarios era una estrategia para disminuir el impacto del problema y la denuncia de los gremios. Al fin el problema se hizo público, era una esperanza de reconvertir la situación, pero nada pasó. La sociedad tiene otras prioridades, las económicas, las de seguridad y otras. La salud pública en nuestro país mide socialmente a partir del sexto puesto en los registros de prioridades. Estas estadísticas las hacen consultoras pagadas por el poder, se hacen con sesgos y no son representativas. Si se hicieran a la salida de cualquier centro de salud, seguramente estarían en primer lugar.

No recibimos una educación respecto a la importancia de la salud de un pueblo, la sociedad no lo tiene incorporado y por ende no se lo visibiliza como un problema del Estado. Cuando se hacen campañas son para alertar al público, y en estos casos solo demandan respuestas los individuos particulares, pero el objeto en sí es la venta de servicios de salud.

La mecánica pasa por la suposición de que si no hay un lugar público adecuado para la atención, para atenderse usted y su familia habrá que recurrir a otros. Los lugares privados cuentan con mejores habitaciones y limpieza. Gana la oferta del servicio a contratar. Pero ¿qué pasa con las personas humanas que no pueden acceder a estos espacios? En respuesta personal, ello es violencia pura ejercida desde el poder a cargo del Estado.

Esta narración de un hecho puntual como lo es la limpieza en un establecimiento sanitario, es trasladable a todos los demás órdenes de funcionamiento. Corresponden a una misma situación lo relacionado al mantenimiento edilicio, su estructura, las redes de suministros eléctricos, el agua fría y caliente, gas y los efluentes que en el caso de los hospitales son sumamente tóxicos por la contaminación microbiana o químicos que se producen desde los laboratorios o imágenes, por ejemplo. Cuando todo esto falla no solo se compromete la atención de los pacientes sino que también se generan riesgos para el personal que trabaja. Los baños son insuficientes e inadecuados. Esta sumatoria de hechos hacen al lugar como un objeto de rechazo tanto por los derechohabientes de la atención, como para los trabajadores. La escasez de personal termina expulsando a las personas por la falta de turnos para las consultas o cirugías. Todo ello es violencia institucional.

A todo lo expuesto hay que sumar que en los últimos años comenzó a confundirse a los establecimientos abiertos a la comunidad, como lugares de tránsito sin ningún tipo de restricciones. Esa nueva forma de interpretación de tránsito intrahospitalario alteró totalmente el ambiente de trabajo profesional y degradó aun más nuestra

actividad laboral. No contamos con la privacidad necesaria para interactuar con los pacientes y mucho menos entre nosotros. Fuimos invadidos y las autoridades hacen la vista gorda o imponen argumentaciones que rozan con la falta de cordura, o inconsistencias técnicas inherentes al saber. Así sembraron mayor violencia laboral, pues aumentaron el conflicto con los pacientes y entre los trabajadores.

Faltan puertas en sitios donde alguna vez las hubo y por ende los lugares privados para realizar correctamente la tarea o tomar el descanso o refrigerio necesario luego de las largas horas de trabajo. La circulación indebida ha favorecido el contacto innecesario del público con los trabajadores, produciéndose roces permanentes e imparables. Ni hablar de mantener los lugares de atención sin la invasión de los familiares o terceros desconocidos. Hay una ausencia total del respeto por las normas de control infectológico. Se favorece el robo y el saqueo de las pertenencias personales de los colegas así como de los elementos de trabajo. Al defender y pelear por recuperar la privacidad para los enfermos que requieren del descanso necesario para reponer su salud o argumentar que la ciencia lo determina desde la infectología, he tenido por respuesta de la autoridad que se deben contemplar los derechos de los pacientes. Por supuesto que son las autoridades los principales artífices en avasallar esos derechos cuando los vulneran al permitirse estas atrocidades.

La vigilancia propuesta por parte de las autoridades en estos años por personal uniformado de vigilancias privadas o por policías que realizan actividades adicionales, mayormente brillan por su ausencia. Al ser bajos los salarios, las dotaciones son mínimas ante las contingencias. Ambos servicios son inoperantes, los privados al no tener el equipamiento necesario son denostados por un público que concurre con furia en numerosas ocasiones. Muchas personas enfermas llegan deambulando desde otros centros en los que no obtuvieron respuesta para sus padecimientos y lógicamente su nivel de tolerancia es bajo. Al no contar con los recursos necesarios la violencia se convierte en la forma natural de reclamar.

Toda esta cultura producida durante las últimas décadas generan un hábitat dantesco y totalmente adverso para desarrollar nuestra actividad profesional. Lo perverso es que un sector social ignora esta situación y los medios de comunicación bloquean el estado de esta realidad. Solo se atreven a publicar hechos violentos puntuales amarillistas que no muestran la trastienda dolorosa de esta realidad. Como sabemos, los medios solo trabajan por dinero y al mejor postor, cosa clara es que en nuestro país el pagador es el poder al cual le conviene que nada se modifique.

¿Es casual que esto ocurra o es parte del proyecto desintegrador de las estructuras públicas?

Lo dejo a consideración de los lectores. Personalmente creo que todo este proceso de violencia que esta en curso es una consecuencia directa de la estrategia privatizadora de la salud iniciada en la década de los noventa.

A esto me refiero con el “primer hecho violento”: las personas que concurren a la consulta nos demandan a los que ahí estamos presentes y nos simbolizan como los responsables de esa realidad. Somos lo palpable para el pobre y enfermo, el pudiente tiene otras herramientas para quejarse y lo hará ante los organismos de defensa al consumidor.

Entre el lugar del conflicto y el Ministerio como institución rectora hay un abismo de espacio, tiempo y comunicación. Cuando hemos planteado esta cruda realidad en el ámbito adecuado, nos responden con retórica la correcta manera que deberíamos utilizar para actuar una vez desatada la agresión. La postura central de quienes deben establecer las normas me parece infame, canallesca. Esos funcionarios terminan siendo los propiciadores y perpetuadores del problema y aún no me queda claro si es por acción u omisión. Cabe recordar aquí que los Ministerios de Salud, Nacional y de los Estados Provinciales son responsables directos de lo que ocurre en cada uno de los subsectores de la salud. Aclaro esto porque en el imaginario de nuestro colectivo quedó representado que a ellos les corres-

ponde solo atender al sector público y que el resto de los subsectores, privado, seguridad social y las empresas prepagas autoregulen su actividad. De hecho, actualmente funciona así y la falacia se fue construyendo de hecho para quedar instalada.

El marco institucional que está escrito y determina las normativas que exigen las condiciones ideales para el funcionamiento de un establecimiento sanitario indica que es apto para ser habilitado a los fines de producir la cura de las personas. Incluye esto y es muy riguroso el documento, estableciendo que se deben preservar a su vez la higiene y seguridad del personal que ahí trabaja. Estas condiciones por supuesto están escritas en la legislación y las normativas para su aplicación en nuestro país. A su vez, refrendado por los tratados internacionales a los que decimos adherir. Desde mi experiencia y basándome en el saber, no se cumplen ninguno de los dos puntos en cuestión.

Cuando se degrada lo establecido y se llega a tal situación de desviación o destrucción cabe pensar si ello se produjo “por omisión o acción directa”, como ya mencioné. Aquí los trabajadores debemos preguntarnos esto, ¿quién destruye nuestro lugar de trabajo y con qué propósito? Hay necesariamente responsables para que esto ocurra, pero qué tipo de ideologías los conducen a la destrucción.

Los trabajadores médicos preferimos un sistema solidario de trabajo, en el cual se pueda cumplir con la tarea que nuestra profesión determina. Hoy estamos inmersos en una situación estéril y de desgaste no creamos salud, solo subsistimos. Solo los necios pueden afirmar que somos los responsables de este desastre. Anhelamos ser parte de la reconstrucción de los lugares que nos permiten avanzar en nuestro trabajo profesional, el saber. Para ello se nos deberán respetar las formas contractuales y que las condiciones de trabajo sean dignas. Esa es la manera de librar a los centros asistenciales de la violencia.

Si analizamos todo lo expresado desde una postura de la ética aplicada en este contexto, lo que se evidencia es simplemente la des-

igualdad. Esta desigualdad irreconciliable desde el principio del derecho a la salud está marcada por la amplia brecha económica entre los que más y menos tienen en nuestra sociedad. Un pueblo percibe esto y cuando no hay canales válidos para solucionar sus necesidades es difícil que no exista la violencia y sobre todo cuando la pena que los aqueja es crónica.

En la relación del médico con el paciente, desde lo humano no se debe existir una brecha, porque atender a algunos con más tiempo y recursos que a otros. Es lo que en la realidad descripta se produce cotidianamente. Cuando esto no se corrige y luego de varios intentos de soslayar las diferencias todo sigue igual o peor y en curso, no cabe más que interpretar que este es el plan de salud implementado.

Para la sociedad la salud es un valor positivo y la comunidad la anhela. La institución en la que desarrollamos nuestra actividad debe ser ética y esa es la construcción que la sociedad tiene supuestamente en su imaginario colectivo. Cuando la institución falla nos culpan y las personas descargan su ira contra los que ahí están. Entonces aquí entra en corto circuito la realidad, siendo la desviación perversa de la construcción cultural del hospital de la actualidad, con la construcción social del establecimiento que la comunidad tuvo alguna vez. ¿Qué integrante social no ha escuchado o aprendido de su familia o en la escuela el valor del establecimiento hospitalario ante la enfermedad? Con la realidad actual se destruyó claramente ese valor y el pueblo está obligado, sin herramientas claras, a luchar por su derecho.

Es un tema relacionado con los valores tanto de la comunidad como de los trabajadores. Lo que hoy tenemos es inevitable, pero podemos iniciar la reconstrucción de un proceso ético desde la salud pública y moral desde la sociedad. Pertenecemos al sector social del trabajo, estas son las condiciones actuales y hay que sufrirlas. Pero los trabajadores médicos, con el conjunto de los gremios del sector, podemos generar acciones para recuperar los derechos perdidos. También debemos ganar nuevos derechos que antes no eran con-

siderados, por ejemplo, la reducción de las jornadas de la guardia médica y las condiciones que favorezcan a la trabajadora médica en sus particularidades y necesidades.

Si bien comencé con un ejemplo visto mayormente en el sector público, no están exentos algunos establecimientos privados y quiero extenderme a ellos.

Las personas que se atienden en este subsector tienen lugares más agradables desde lo estético, pero en la trastienda se ven las mismas miserias sufridas por el trabajador. La precarización laboral es casi total. En esos verdaderos centros de facturación la renta es el propósito y el fin para los dueños, lo que les falta a los compañeros es una buena remuneración y los beneficios laborales. En las clínicas y sanatorios el tiempo necesario para la asistencia de los pacientes es restringido administrativamente y sin derecho a reclamo al patrón. Existen en estos lugares las llamadas “turneras”, neologismo que mete miedo y se trata de un sistema administrativo ligado a la facturación del acto médico. En estas se asignan, con buena suerte, solamente entre cinco a diez minutos para la atención de un paciente y los riesgos profesionales y el desprestigio que corran para el trabajador médico. No figuran en esas ocho horas de citaciones ningún tiempo dedicado a descanso, refrigerio o asistencia a un baño para satisfacer las necesidades fisiológicas que el organismo requiere.

Esta situación sin duda es una forma de ejercicio de la violencia laboral. Expone a nuestros compañeros a cometer errores o prácticas indebidas por la limitación de esa variable insustituible. El sistema es impuesto coercitivamente, no hay ninguna forma escrita y mucho menos un acuerdo inscripto en un Convenio Colectivo de trabajo. En nuestro gremio contamos con las planillas que algunos de nuestros colegas afiliados acercan. En algunos casos puntuales le asignan al trabajador médico sobretornos, que en general corresponden a un sistema de castigo y son implementados por el personal administrativo que sigue órdenes directas del empleador, encargado o su capa-

taz asignado. Aquí al hecho violento debemos agregar la figura de de acoso moral como figura perversa ya que nuestro compañero pasa a ser una víctima en ese trabajo.

Esos son los empleadores que se resisten actualmente a firmar los Convenios Colectivos de trabajo. Estos están agrupados en cámaras empresariales y nosotros los trabajadores somos por ellos mal vistos si nos sindicalizamos. En muchos municipios actualmente, sobre todo los que admiten la flexibilización laboral, utilizan este tipo de prácticas autoritarias, corruptas y deshumanizadas. Lo grave y desconcertante es que en muchas oportunidades estos patrones dueños o funcionarios públicos son médicos y toman estas medidas con una ética propia. Solo consideran a los beneficios secundarios como único fin, los de la política local y sus regalías económicas.

Quiero recordar que estas prácticas autoritarias ocurren en la actualidad luego de muchos años de democracia. Estas son las verdaderas situaciones que se deben trabajar en la “Mesa de Violencia”, primero y como principal los establecimientos violentos. Estas situaciones no son más que desviaciones perversas, imposiciones que se van instalando de a poco, gradualmente y estableciendo nuevos valores al trabajador. Al no reflexionar orgánicamente desde el colectivo, durante muchos años se consolidaron estas prácticas a las cuales nos deberemos sobreponer con acciones concretas, organizadas y no solamente teorizando individualmente. Los trabajadores médicos fuimos sometidos a tal punto que después de largas décadas comenzamos a reconocer los derechos propios de nuestro trabajo y estamos peleando por ellos.

Así es como funcionan los sistemas coloniales, se crean valores diferentes, se instalan como la norma a seguir y las personas quedan sometidas, domesticadas, perdiendo la identidad propia. Los sometedores son congruentes entre lo que dicen y hacen. Cuando el modelo perverso instala un sistema de mentiras y las traslada como una práctica habitual, se instituye la corrupción. A su vez, las sociedades que funcionan con estas metodologías entienden a estas formas de

vida como la normalidad. El estado violento de interacción en la sociedad domina la escena.

Los niveles de responsabilidad son determinantes a la hora evaluar a los enemigos de los trabajadores. Si hacemos estos ejercicios no dejemos fuera de este análisis al colega funcionario o gerente, que en definitiva offician de responsables directos en las políticas del sometimiento. Estos son los que imparten las órdenes directas, para que nada cambie o retrograden nuestros derechos laborales, lo hacen verbalmente, con disposiciones, resoluciones o documentos internos.

En el caso de los trabajadores médicos, debemos ser congruentes a la hora de tomar las decisiones de accionar para revertir esta situación de sometimiento. Ello sería muy sanador para nuestro colectivo y ayudaría a erradicar la violencia de los lugares de trabajo. Aparece aquí nuevamente la necesidad de sindicalizarse, la defensa ante la violencia en los lugares de trabajo depende de conductas activas de los trabajadores médicos para reconquistar los lugares libres de violencia. Necesitamos mejores condiciones de trabajo y salarios acordes a nuestra profesión.

Los empleadores no van a mejorar nuestros lugares de trabajo por dos motivos: algunos porque no pueden y otros porque no quieren ya que estos responden a la ideología de que los recursos son todos para quien los obtiene. Tienen su propia ética, la definen y defienden con discursos manipulatorios y terminan persuadiendo al trabajador. Ligado a esto último quiero contar a manera de anécdota y dar un testimonio claro de lo expuesto. En una solicitud publicada en el año 2015 en un diario de la capital de la provincia de Buenos Aires, la cámara de clínicas y sanatorios decía ante un reclamo laboral que realizara nuestro sindicato médico, que si tenían que poner en blanco a los médicos el sistema quebraría y que no correspondía tal postura laboral ya que el médico pertenece en su trabajo a un ejercicio liberal de la profesión. Esa cámara retrotraía su discurso a una situación existente en la década de los 50 o 60

aproximadamente. Con esta publicación pretendían ganar el apoyo interno y externo, para buscar un consenso que apoyara la idea de “mejor seguir así, si no ustedes se pueden quedar sin trabajo”. El statu quo, nuevamente el discurso del perverso manipulador, quiere sembrar el miedo a fin de que no se continúe el reclamo de inscribir un Convenio Colectivo de Trabajo, que es lo que demandamos y lo que establece la Ley. Esto es otra forma de violencia laboral, ayudada por supuesto por el poder institucional, el gobierno del momento y su Ministerio de trabajo.

Toman a nuestro colectivo como a un grupo débil, al cual se puede llamar al orden con algún tipo de reprimenda autoritaria. Este tipo de situaciones son frecuentes y es hasta posible que desde algunas Obras Sociales como el IOMA le subsidien a estas cámaras empresariales sus economías en negro y rojo, por supuesto con el dinero de los afiliados. Pero estamos creciendo y tal vez nuestro colectivo se encuentre ya con la rebeldía propia del que lucha por sus derechos, con políticas sindicales claras empezaremos a negociar, que es lo que corresponde.

Algo similar sucede en el sector público, pero no hay vista de que se revierta esta situación solo con el cambio de los gobiernos. Es la sociedad la que tiene que generar el cambio. Con el sector público corremos una carrera de quién aguanta más, si el estrés destructivo sembrado por estas condiciones de trabajo, el conflicto profesional mal resuelto o si se deciden verbalizar las diferencias declarando una guerra abierta. Cualquiera de estas variables elegidas por el empleador no solo generan mayor violencia laboral, sino también que con la continuidad del conflicto se produzcan mayores pérdidas para la debilitada salud pública. A los actores la Historia podrá juzgarlos, pero qué pasa con las víctimas en el camino.

Creo que llegó el momento para buscar un acuerdo, ya que en todo lo relatado subyace la necesidad de generar un cambio para erradicar la violencia laboral del sector de la salud. Los representantes del pueblo por un lado, los trabajadores y patrones por el otro

deberán acordar. El modelo de salud multifragmentado requiere de una reconstrucción más profunda.

Habría que replantear una nueva forma de organizar a la salud pública, que pacifique a los trabajadores del sector con los empleadores y se beneficien las personas enfermas que requieren la asistencia. Sería un planteo de acuerdo social más adulto para erradicar la violencia.

15. EL DESGASTE
PROFESIONAL
DEL TRABAJADOR
MÉDICO

Para entender el desgaste de nuestra profesión debo referirme a las diversas situaciones que un médico debe sortear en el mundo laboral en el que se encuentra inserto. Planteo así el inicio del estado de desgaste por las condicionantes previas que llevaron al estado de deterioro del trabajador médico y revertirlas será el desafío actual de los médicos que hoy ejercemos la profesión.

Hay, sin duda, actores que generan las condiciones desfavorables para que el ejercicio de la profesión sea ejercido con mayores dificultades que actúan con causa en el deterioro de las personas que trabajan con personas. Vuelvo a repetir, que no está dentro de mi ánimo hacer un desarrollo teórico ni retórico del problema. Al contrario, el espíritu es abrir el debate para recuperar la dignidad de nuestra profesión en el mundo laboral. El reclamo de la afectación de la salud del trabajador médico se ha realizado desde otras organizaciones médicas y resalto su valor por el aporte académico en el estudio y descripción de la definición de la enfermedad. El deber de nuestro sindicato es defender nuestra labor en el mundo del trabajo específicamente, generando los acuerdos específicos con los empleadores para mejorar las condiciones del trabajo que eviten nuestra enfermedad profesional. Cuando me planteo el desarrollo de la vida laboral, que es a partir de la obtención del título de grado de cualquier compañero, son asombrosas las incongruencias que el escenario multifragmentado nos plantea para ingresar a la actividad registrada o en negro.

Entre nuestras obligaciones debemos cumplir con los trámites re-

gulatorios para ejercer la profesión, que incluyen la matriculación profesional tanto a nivel nacional como provincial. Si el compañero trabaja en un Estado provincial, debe comenzar a aportar al régimen previsional médico. No veo mal esta situación ya que un ordenamiento regulatorio del ejercicio de la profesión debe existir y debe continuar, porque fueron creados por Ley para el contralor de que quien ejerce realmente es médico.

Una vez que el médico ingresa a su primer trabajo, comienza el suplicio del mundo laboral. Para la gran mayoría de los colegas coincide con la etapa formativa de posgrado. Calculamos muchas veces que este período dura unos cinco a siete años de promedio, hasta la obtención de la certificación de su especialidad, subespecialidad o calificación agregada. Aquí estamos hablando de personas con un promedio de edad de 30 a 32 años aproximadamente. Las principales formas de la capacitación son las residencias y concurrencias programáticas. Ambas no son calificables desde la legislación laboral como un trabajo en sí mismas. Pero sí son formas precarias o fantasías de contratación que los empleadores aprovechan como mano de obra barata. Esta situación existente desde hace muchas décadas es una forma clara de sobrecarga en la vida profesional. Los médicos en la etapa formativa no figuran como profesionales capacitándose en servicio dentro de un puesto laboral registrado, que sería lo correcto. Asimismo, se incorporan como becarios rentados o concurrentes ad honorem, que en la práctica funcionan dentro de un sistema de explotación, o de esclavitud en el caso de los concurrentes, si realizamos un análisis estricto de acuerdo a lo establecido por las leyes laborales y las recomendaciones internacionales de la OIT.

Como las remuneraciones son insuficientes para los residentes o nulas en el caso de los concurrentes, el trabajador médico inicia a su vez otras actividades paralelas para aumentar sus magros ingresos. Son ya una sobrecarga la cantidad de horas exigidas, sobre todo en el caso de las residencias, con 96 horas semanales que incluye a las guardias con jornadas de 24 horas continuas. En general, las activi-

dades a las cual el colega accede en estos momentos son guardias de los sistemas de emergencias móviles privados, guardias en establecimientos de la actividad privada o en la actualidad incluso como reemplazantes de guardias en el sector público. En esta situación ya hablamos de una sobrecarga forzada, pues si no realiza la sobreactividad compromete a la subsistencia del colega, su familia y su capacitación. Todas estas actividades, muy controvertidas desde la ética, son formas fraudulentas de contratación pero el trabajador médico en la actualidad no cuenta con otra forma de ingreso o salario más justo. Una postura lógica y que ya hemos propuesto desde el gremio sería la incorporación para la capacitación en servicio como un trabajador activo.

Esta etapa es muy dura porque no solo exige una gran carga horaria de trabajo, sino también las horas diarias destinadas al estudio para cumplir con los saberes teóricos y obtener la idoneidad necesaria para el ejercicio de la profesión y su especialidad. Aquí ya debemos plantear una situación de un doble discurso, doble estándar o una doble moral, ya que el modelo nos exige el saber, el conocimiento y la experiencia simultáneos, que son imposibles de obtener en un mismo tiempo real. Esta situación pone en riesgo al colega por la sobrecarga y a su vez a las personas que atendemos por la sobre exposición horaria de las tareas. Aquí deberíamos introducir el concepto de los errores involuntarios por la sobre actividad, un riesgo innecesario e impuesto unilateralmente desde las instituciones. Digo desde las instituciones porque deberían tener estas una conducta activa para regular esas condiciones de trabajo. Sobre todo porque hace muchos años estamos reclamando un cambio de esta situación y que entiendo se trata de un verdadero sometimiento.

¿Cuál es el rol del Estado aquí, no debería regular esta situación?

Si existiera una Política de Estado en Salud Pública, que produjera la existencia de un verdadero sistema de salud, se contemplaría seguramente la carrera profesional única, en la cual el profesional médico tendría que tener una incorporación registrada al mundo

laboral y su capacitación de manera simultánea. Se me ocurre que podría funcionar o ser la forma racional de solucionar este conflicto que involucra a nuestro sector y a la sociedad toda.

Con todos estos conceptos, que tienen que ver con las condiciones laborales, quiero reforzar la idea de sobreexposición en una actividad que ya en sí misma es desgastante.

Algunos colegas en las etapas antes mencionadas, de manera paralela y simultánea inician la actividad privada con un consultorio propio en policonsultorios, clínicas y sanatorios. Cuando menciono consultorios propios, no me refiero a los que el médico de las décadas del 50 o 60 tenía. En ellos el profesional médico le cobraba de manera directa al paciente, hecho que no resalto como positivo si no solo lo menciono a los fines descriptivos y esa era la forma contractual establecida. Años después, esta forma de pago desaparecería con el establecimiento de las actuales relaciones de trabajo en nuestra profesión. Aquí es donde entiendo que durante el desarrollo de esta historia, comienzan a intermediar terceros en la relación entre el trabajador médico y el paciente. Esta intermediación no significa más que afirmar la existencia de terceros que comienzan a contratarnos. Nuestra profesión deja de ser independiente, comenzamos a depender de terceros intermediarios que pasan a ser nuestros empleadores. Aquí empeoran claramente nuestras condiciones para ejercer nuestra profesión y por ello vuelvo a resaltarlas. Desapareció la forma “liberal del ejercicio de la profesión médica”, lo cual no significa que existan actualmente colegas que en una notable y gran minoría lo realicen en determinadas especialidades. Asumir esta realidad sería el punto de inflexión necesario para reorganizar nuestro comportamiento colectivo médico en el mundo del trabajo y prevenir que se deteriore aún más nuestra profesión que compromete a nuestra propia salud.

Sería poco consistente hablar del desgaste profesional desarrollando solo las condiciones laborales en sí mismas, también debo integrar el estrés propio que genera en la actualidad trabajar con la

salud de las personas. Hay una demanda extra impuesta desde la comunicación para que los pacientes exijan estudios, tratamientos o prácticas que en realidad desde la ciencia no deberían ser dirigidos. Pero la comunicación comercial en la actualidad está en pleno auge y dispone al acto médico de una manera deshumanizada. Una presión similar genera la potencial judicialización de todo acto que un médico realiza.

Hecha esta introducción y para entender el concepto de desgaste profesional, debo mencionar que los estresores que lo producen están desde el comienzo en nuestra actividad laboral. A los estresores naturalmente surgidos de la profesión debemos sumar en los últimos años los factores psicosociales, como la violencia que impacta a los colegas en los diferentes lugares de trabajo, las condiciones laborales de personas que trabajan con personas y deben estar protegidas por normativas específicas. En el mundo entero ya se ha instalado el concepto del “síndrome del quemado”, síndrome del desgaste profesional, también conocido como burnout. Desde mi concepción, este síndrome no es más que una expresión de nuestra propia enfermedad profesional.

Durante años, el médico es el que con su dictamen ha definido cuándo una enfermedad es el producto de la actividad profesional que realiza un trabajador. Así, desde hace tiempo vengo planteando que debemos ser nosotros mismos los que determinemos nuestra enfermedad profesional, producida por la actividad laboral que realizamos y las condiciones laborales no son más que un acelerador del cuadro. Asumir que no somos todopoderosos y que por ser médicos no nos sucederá nada o que no enfermaremos porque conocemos los pródromos de las patologías, es una falacia. Con ello lo único que hacemos es demostrar que tenemos un bajo umbral para negar esta realidad o un alto umbral para reconocer nuestro alto riesgo para enfermar. Numerosos trabajos demuestran que padecemos numerosas patologías de manera anticipada a la media poblacional.

Por más que hayamos incorporado los conceptos de promoción

y prevención de la salud, no los utilizamos para el cuidado propio. Negar nuestra propia realidad no habla bien de nuestro accionar en el mundo del trabajo, principalmente cuando le hablamos a los pacientes en lo referido al autocuidado. Trabajamos como profesionales médicos con la premisa de que la prioridad es poner a salvaguarda la integridad de nuestros congéneres que demandan atención, cosa que es correcta. Pero debe ser ante la emergencia y en un sistema de salud.

Pero este concepto lo terminamos trabajando a diario, tal vez porque la realidad asistencial nos saca del eje de pensamiento para procesar el desorden del modelo de atención actual.

Toda atención es urgente por una u otra causa. Existe una desmedida consulta a las guardias debido al fracaso de la atención programada. Nuestros actos médicos son llevados a cabo en un modelo desorganizado, fragmentado que superpone actividades innecesarias. Esto es claramente no favorable para el paciente ni para el médico.

Nos ponemos a cargo del desorden por la ética y la moral que la profesión nos propone y forzados en muchos casos por el derecho que permite la judicialización de todo acto médico con un resultado desfavorable en este Estado actual. Se califica a los resultados como si el arte de curar fuera una ciencia exacta. Somos un amortiguador que compensa la disfunción de un modelo irracional, tal cual y como ocurre en la biología. Pero si en la biología ese sistema se establece de manera permanente, el amortiguador se agota y la enfermedad sigue su curso. Por analogía con este ejemplo quiero representar que ya estamos agotados y en presencia de una enfermedad. Agotados y enfermos en lo referido a la práctica de nuestra profesión y ello está totalmente ligado a la realidad de estas condiciones actuales de nuestro ejercicio profesional en los diferentes ámbitos del trabajo.

Queda claro y de acuerdo a los trabajos internacionales sobre este tema que los factores psicosociales en la actividad laboral impactan desfavorablemente en la salud de los trabajadores médicos. Estos factores actúan como productores del daño físico, psicológico, familiar y social. Con este eje de análisis seguiré el desarrollo.

Si la salud pública estuviera panificada y las acciones fueran llevadas a cabo de manera sistematizada, la realidad laboral sería otra. No quedaríamos expuestos a la actual anomia, que de hecho fue sembrada hace mucho y puesta en la práctica por el abandono y deterioro actual en nuestro sector por los diferentes actores responsables. La falta de políticas educativas a cerca de la importancia de la salud quedaron intencionalmente relegadas. La sociedad interpreta por usos y costumbres que, “si me pasa algo en algún lugar me van a atender”, porque es lo que en su historia personal y social aprendió y no toma las previsiones del caso. Pero esto fue el pasado y solo reacciona con el hecho consumado, cuando se da cuenta que está descartado y no tiene acceso a la atención de la manera debida. En muchos casos el reclamo es tardío.

Se ha transformado esta realidad en una cultura, parte de un folklore, una tradición. Esta no es una costumbre milenaria, es un estado de situación creado y producido en las últimas décadas y hay que revertirlas.

Desgaste profesional también tiene que ver con estas condiciones de trabajo, que nos ponen en franca desventaja respecto a los colegas que ejercen la profesión en los países desarrollados. También debemos analizar si hay especialidades que dejan a nuestros colegas más expuestos por las particularidades del ejercicio.

No voy a explayarme acerca del cuadro clínico de la enfermedad que padecen los trabajadores médicos, es decir, de las personas que atienden la salud de otras personas. Pero es necesario incluir algunas características que marcan el desarrollo de la misma de acuerdo a la situación laboral existente. Es sabido que con las diversas formas fantasías desde lo contractual, no registradas, que le dan inestabilidad laboral a nuestra profesión, generan una gran tensión emocional y sensación de frustración paralela. No tener en claro las formas del trabajo de este modelo hace que nos esforcemos cotidianamente en satisfacer la atención de los enfermos de la mejor forma posible, con el costo de una sobrecarga personal.

En el modelo actual estas formas de ejercer la profesión afectan la salud de los trabajadores generando perdidas de días de trabajo provocando ausentismo, abandono de los puestos de trabajo y estas bajas no son repuestas. La presión de los empleadores crece y se genera un círculo vicioso difícil de dismantelar. Es más visible en el sector público donde desde hace años se congelaron las vacantes. Hay compañeros que se jubilan, mueren o renuncian a su labor y no se reponen los cargos, provocando mayor carga laboral o achique de la asistencia. En el sector privado se impone el acortamiento del tiempo para la consulta y que el trabajador medico se las arregle exponiendo su profesión.

Según la Comisión Europea de Seguridad en el Trabajo, el estrés laboral se define como “las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren como causa de las exigencias en el trabajo, superando las capacidades, los recursos o necesidades con las que cuenta el trabajador”. Aquí la demanda y su sobrecarga, producen un grado de estrés que predomina sobre el nivel de control posible y se rompe el equilibrio del manejo biológico y psicológico. Creado este estado de tensión, sin un período de recuperación dado solamente por el descanso, se produce el estrés crónico por la propia naturaleza acumulativa del proceso. Aquí aparecen mayores riesgos para enfermar y por supuesto de cometer errores en el proceso de atención de las personas que consultan.

Un trabajo interesante sobre el tema ya lo realizaban los compañeros de un hospital general de agudos en el conurbano bonaerense a principios de la década de los noventa. En el mismo se valoraban los parámetros biológicos del trabajador de guardia durante las 24 horas. Se les realizaban registros de sus signos vitales, extracción de sangre que valoraba los cambios metabólicos y hormonales y pericias caligráficas durante estas jornadas de sobrecarga laboral. Los controles se efectuaron al ingreso, a las 12 horas de trabajo y al terminar la actividad de la guardia. Lo interesante no solo fue comprobar cómo se alteraban los distintos marcadores evaluados de forma

desfavorable, sino que lo sorprendente para mi particularmente fue ver los resultados de la pericias caligráficas. Estas mostraban como se desfiguraban los rasgos en las firmas mostrando notables rasgos de despersonalización al finalizar la actividad continua durante las 24 horas. Muchos son los trabajos en el mundo occidental que hay publicados y que muestran esta relación negativa entre la actividad laboral del médico con jornadas prolongadas y el deterioro que se produce. En la primera etapa el individuo sometido al estrés crónico vive esa realidad como una situación desbordante y amenazante. En la etapa posterior cuando el profesional se siente desbordado, agotado y exhausto por este proceso de desgaste, se produce el burnout o desgaste profesional. Tanto H. Freudenberger y luego C. Maslach le dieron entidad propia a este proceso de deterioro disfuncional crónico. A la fecha no hay una definición exacta del cuadro, aunque los diferentes trabajos publicados coinciden en que esta patología afecta a las personas cuando se someten al estrés laboral crónico.

Trabajando en situaciones adversas, el cuadro clínico se caracteriza desde el inicio por un deterioro físico generalizado, que anticipa la aparición de las patologías prevalentes según la edad evaluada. No solo afecta el estado físico, sino también el mundo emocional y cognitivo del trabajador. Por supuesto que el síndrome no está claramente definido, no conocemos el mecanismo intrínseco que lo produce y sería la sumatoria de todas reacciones producidas por la sobreexposición. La forma de mensurarlo es mediante indicadores que evidencian el agotamiento físico, alteraciones en el área emocional, signos de despersonalización con un claro comportamiento de indiferencia a la profesión que involucra a la atención de los mismos pacientes y signos de insatisfacción con la profesión misma.

Nuestro sistema orgánico se compensa permanentemente a fin de controlar su homeostasis de manera adaptativa. Nuestro medio interno solo permite un estrecho rango para mantener algunos elementos necesarios e imprescindibles que aseguran nuestra vida. Estos, y solo a manera de ejemplo, son el pH, la temperatura corporal,

el O₂, la glucosa, los electrolitos y otros. Los mecanismos fisiológicos básicos que usamos son los que nos adaptan al estrés para la invariabilidad de los mismos. Para que estos permanezcan estables otros cambios adaptativos ayudan con modificaciones de gran variabilidad. Estos cambios que lo permiten son los denominados alostáticos y son implementados por modificaciones cerebrales, producidos por la acción de los neurotransmisores, que adaptan la función cardiovascular, hormonales, metabólicos e inmunológicos de tipo celular y humoral. Aquí el sistema nervioso autónomo simpático libera nora-drenalina y la médula adrenal la adrenalina, a su vez el eje hipotálamo hipofisario libera la corticotrofina que estimula la liberación de cortisol en la corteza adrenal. La alostasis a su vez es un mecanismo normal para la adaptación a la vida diaria en estado fisiológico. En síntesis, pequeños cambios del medio interno denominados homeostasis son sostenidos por grandes cambios adaptativos denominados alostasis.

La carga alostática representa la cuantificación de estos cambios que nuestros organismos se ven forzados a modificar para adaptarse a las diferentes situaciones diarias, sean estos cambios físicos, psicológicos, sociales o del medio ambiente. Todo esto explica cómo nuestro organismo, nuestra persona humana, se adapta a los diferentes estresores en la vida cotidiana durante nuestro ejercicio profesional.

La activación para que se produzcan estas respuestas son inmediatas y simultáneas, en condiciones normales una vez desaparecido el estresor, la respuesta se autolimita y desaparece. Cuando la situación de peligro continúa hay una inactivación deficitaria, nuestro organismo sigue expuesto a la acción catecol y cortisólica y ellas son generadoras de patologías si sus actividades se hacen persistentes. En las respuestas a los estresores prolongados se asocian también la liberación de citoquinas que desencadenan patologías inflamatorias, procesos autoinmunes y otras de acuerdo a las familias desencadenantes que prevalezcan.

En conclusión, los órganos blanco del daño producido por la so-

brecarga alostática van a ser nuestro cerebro, los sistemas endócrino, metabólico, cardiovascular y el inmunológico.

Un trabajador médico que desarrolla su actividad diaria queda expuesto a estos mecanismos adaptativos fisiológicos y ante la sobrecarga por exposición prolongada al desarrollo patológico del cuadro. Cuando las condiciones laborales no son las adecuadas el cuadro se hace rápidamente visible y objetivable, y nosotros enfermamos. Quiero recordar que las condiciones laborales las debe asegurar el empleador, sea cual fuere nuestro ámbito de trabajo.

La tarea es en sí misma estresante ya que nuestro desempeño se realiza actuando directamente o indirectamente sobre la vida de otro ser humano. La responsabilidad juega un rol decisivo en nuestros actos, sabiendo que no contamos con el tiempo necesario para dedicarle a la atención y de descanso suficiente para recuperarnos entramos en la etapa de estrés crónico siempre.

Está claro para mí que al empleador esta situación no le interesa y con su accionar es un favorecedor de nuestra enfermedad profesional y responsable e inductor de que provoquemos algún error y un posible daño. En realidad aquí debemos hablar de que la patronal es la provocadora de que nuestro acto intelectual y nuestro proceder no sean los ideales en muchos casos. Para nuestra profesión no cabe esa valoración neutra de que “se hace lo que se puede” ya que nuestro trabajo debe tender al mejor proceder, pues la vida es un bien supremo.

Como profesionales médicos, con nuestro saber, dedicación y tomando a nuestro trabajo como un valor positivo en el contexto social, tenemos el derecho y la obligación de pedir un cambio. Durante años venimos solicitando las mejoras en nuestras condiciones de trabajo, sin respuesta alguna sea cual fuere el subsector en cuestión. La respuesta debe venir desde las autoridades, desde los poderes del Estado, y desde la sociedad. Esta última siempre agobiada por otras preocupaciones impuestas, solo recuerda la importancia de la salud y salir de la enfermedad cuando las personas ya están afectadas. Des-

de hace unos años escucho a muchos colegas, luego de ciertos años de la actividad asistencial, decir que quieren dejarla.

Cuando Hans Selye definió al estrés como un síndrome de adaptación general, de respuesta fisiológica estereotipada, abrió una nueva concepción sobre la manera de nuestra adaptación al medio, sea esta adaptación a una consulta de la emergencia, o la surgida del apuro de la patronal para lograr la producción necesaria. El estresor está presente en ambas situaciones, en una porque está en riesgo probable la vida de una tercera persona, y en la otra porque se puede perder el trabajo si no atendemos en cinco minutos, lo cual es algo imposible de realizar. Lo patético es que no solo influye la “producción” privada que solo representa dinero, sino que con las políticas neoliberales de los 90 estas estúpidas normas son empleadas por los empleadores públicos. Han creado las denominadas turneras, neologismo que solo puede ser elaborado por una intelectualidad primitiva, reaccionaria y retrógrada. A este tipo de planilla de citas efectuadas por personal administrativo hay que ponerle el valor del ideólogo que las comenzó a implementar y que en muchos casos han sido profesionales con un título de grado de médico. En otro capítulo ya me referí al rol del médico empleador y/o patrón.

Continuando, en la primera etapa los mediadores logran sostener la querida homeostasis, en la segunda etapa de adaptación de resistencia en un organismo sano la adaptación es bien sobrellevada. Pero cuando el agotamiento del mecanismo se presenta y la causa del estrés persiste, cesa nuestra capacidad adaptativa, nuestra autodefensa es superada y se produce la enfermedad y muerte.

A todos los efectos nocivos que produce la persistencia de la actividad cortisólica hay que agregar la alteración del sueño que se presenta y los comportamientos compensatorios de tipo negativo que desarrollamos ante el estrés crónico como son el uso desmedido de caféina, sobrealimentación, tabaco, alcohol, sedentarismo y otros. Debo agregar el daño que el estrés crónico genera a nivel de la vida relacional, familiar y social, hechos que no hacen más que aumentar el problema.

Por supuesto debemos diferenciar que como en todas las enfermedades hay más o menos factores predisponentes, lo que hace a nuestros compañeros más vulnerables o resilientes a esta realidad planteada. Ante este estrés laboral, las variables psicológicas deben ser tenidas en cuenta ya que la manera de percepción de las situaciones estresantes varía de forma individual, interindividual y organizacional. Tengo que remarcar que hay establecimientos de salud que comparativamente favorecen un mayor desarrollo respecto a otros.

El actual estado de abandono institucional genera un contexto explosivo para la producción del desarrollo de nuestra afección. Si le sumamos a ello el deterioro crónico y creciente de la situación social y económica, con una notable desidia o intencionalidad de los últimos gobiernos en no reconvertir esta realidad, con la programación de una nueva tarea el horizonte se hace aun más lúgubre.

Hay otros factores gravitantes en este escenario, por un lado la percepción de los trabajadores, que ante la falta de normas organizacionales desde el Estado que garanticen el derecho a la salud a todos los miembros de la sociedad y otras que a su vez garanticen las condiciones de trabajo en el sector, hacen que la situación no sea esperanzadora de un cambio.

Por otro lado las normas morales, que regulan lo bueno y lo correcto en nuestra sociedad se aplican de manera discrecional, según el subsector en el cual trabajamos. Las normas de desempeño profesional hasta pueden ser contrapuestas, según el sector de desempeño, como ya expliqué anteriormente. A manera de ejemplo, el uso del mejor dispositivo para aplicar en la misma afección, por un mismo médico debe ser valorada por una cuestión economicista y no por la mejor respuesta para la curación. Cualquiera que inventa esas normativas, a su vez cuando padece esa misma afección imponen utilizar la de mejor calidad. Lo vivimos a diario cuando de atender en el hospital público a la mañana pasamos a algún subsector de la seguridad social por la tarde, al privado o a la prepaga.

Este es otro motivo de sobrecarga, es disociante ver como reali-

zamos actos médicos con nuestro mismo saber y materiales, equipamientos y estructuras de primera, segunda y de última. ¿Cómo no va a impactar sobre nuestra salud? Somos testigos diariamente de estas desigualdades e inequidades, que son sistemáticas y no producida solo por hechos coyunturales o de excepción.

Por otra parte nuestras costumbres en el desempeño laboral se fueron realizando basadas en la repetición de las actividades cotidianas, que con el paso del tiempo fueron entrando en una etapa de inercia y los cambios en realidad en la mayoría de los casos solo se interpretan en muchos casos como retrocesos. El modelo tecnocrático avanza y tiende a mostrar que ha superado nuestro saber y la interpretación de su uso es de divulgación masiva, nada mas que para que sea demandada a manera de consumo, genere gasto y ganancias. Muchas de esas prácticas resultan innecesarias, no todas son inocuas y solo funcionamos como medios necesarios para su imposición. De ello también somos testigos, ya que hay muchas publicaciones que lo demuestran.

Tanto el estrés laboral como el desgaste profesional provocan en nuestros compañeros consecuencias asociadas como actitudes y conductas de tipo negativo. Estas son la desconfianza, aislamiento, irritabilidad o agresividad desarrolladas en los lugares de trabajo, a su vez estas provocan el deterioro de las relaciones interpersonales agravando la situación. El aislamiento, por su parte, provoca la evitación de los contactos sociales y no predispone a acudir a las redes de apoyo para salir del mismo.

Desde lo organizacional, el estrés laboral y el desgaste profesional provocan el abandono del trabajo, ausentismo, mayor rotación en los puestos de trabajo sin un propósito superador y renunciaciones. Estudios en esta realidad del desgaste profesional en el mundo del trabajo señalan que existe una relación paralela entre las exigencias laborales y el desgaste, y el mismo se ve potenciado en los casos si la demanda es alta y los recursos para realizar el trabajo del profesional son limitados.

Aquí quiero resaltar que esta situación es la que vivimos a diario en nuestro trabajo en todos los subsectores. En este caso debemos sumar el desgaste propio de la energía tanto física como mental en la práctica profesional y la desmotivación secundaria a las malas condiciones de trabajo, que actúan como un factor agravante. Si llevamos a la práctica lo antes dicho, cualquier colega nuestro expuesto a una sobredemanda laboral física y psíquica en una tarea de guardia, sala de internación u otras actividades y sin elementos de trabajo, queda expuesto a esta afección. En los últimos años la falta de provisión de los elementos de trabajo adecuados han jugado un rol muy importante en nuestro medio.

Estos hechos implican un desgaste extra cuando existiendo los mismos, se restringe su uso por parte del empleador de acuerdo a la cobertura o no cobertura del paciente en cuestión. Aquí la situación del acto médico sería discrecional. Este hecho generaría un conflicto mayor para el trabajador al tener que descartar la posibilidad de utilizar el mejor recurso posible por tratarse de la salud de una persona. A su vez no contamos con las estructuras adecuadas en condiciones de uso, sin elementos de trabajo para las actividades rutinarias, con un conocimiento profesional que sobrepasa la respuesta que estamos otorgando. El hecho en sí provoca una contradicción, cómo no vamos a estar en una crisis interna y con el medio que nos rodea. A esto sumemos la desdicha de que nos esperan al acecho los individuos de doble moral, que pretenden judicializar esta falta de corazón social como una mala práctica. Nos va minando el entusiasmo, nos pone en una actitud defensiva permanente y que genera una retracción en la actividad creativa que el avance en esta profesión necesita para vencer el dolor de los que padecen. Termina siendo una energía valiosa, malgastada para cubrir nuestras espaldas, que un Estado ausente no realiza e impide volcar nuestro saber mediante un trabajo positivamente realizado.

Por supuesto no quiero manifestar con lo expresado que estamos en un estancamiento tal y que debemos interpretarlo como una in-

volución profesional. La idea general a este respecto es que las condiciones laborales actuales no nos permiten desarrollar todo el saber contenido en un colectivo que pasa su vida estudiando para aplicarlo de manera solidario a nuestra sociedad.

Creo que en esta realidad de precarización laboral se afecta directamente al ejercicio de nuestra profesión, quedamos atrapados en una instancia de encierro detrás de los muros de las formas fantasías laborales. Formas laborales en negro denunciadas ante las diversas autoridades de los organismos de aplicación, que hacen oídos sordos y solo responden a los intereses del poder económico. Hay seguramente una salida que deberemos afrontar, que en mi concepción será traspasar esos muros, organizándonos de acuerdo a lo que la legislación laboral establece. Así de simple lo veo, pero la parte compleja es la toma de conciencia de los colegas de iniciar una nueva etapa en la historia milenaria de nuestra profesión. Esa conciencia debe estar ligada a la realidad actual, ya que somos trabajadores muy especiales, con una actividad muy valiosa que pasa por decisiones importantes en cada acto realizado, y no podemos claudicar solo por mandatos economicistas. Debemos entender que defender nuestras formas de trabajo es la mejor opción de defender nuestra profesión.

Por otra parte en la historia humana nadie regala nada, los cambios favorables solo se lograron conquistando los derechos. Vuelvo a un mismo eje de reflexión, sin una sindicalización en nuestra profesión, no tenemos la fuerza necesaria que el colectivo le puede dar para iniciar un cambio positivo a nuestra situación laboral. Vamos a tener que diseñar diferentes estrategias para afrontar de manera activa nuestra realidad laboral y buscar el apoyo social para que la salud pública vuelva a tener la prioridad adecuada a las necesidades de la comunidad.

Hasta ahora todas las medidas propuestas por las autoridades que he escuchado, son solo propuestas de evitación y no de cambio de las situaciones que favorecen tanto el desgaste, como de la judicialización innecesaria y de los hechos de violencia. Cuando digo afrontar

activamente esta realidad, quiero expresar que debemos desarrollar los planteos necesarios de fondo, para que nuestro hábitat de trabajo se transforme y favorezca al trabajo y no a la retracción.

Insisto en que las medidas de estos últimos años solo produjeron un retroceso, las autoridades pusieron rejas y vigilancia pero no aseguraron el pago de los trabajadores, la provisión de insumos, el equipamiento acorde a la realidad de diagnóstico y tratamiento vigentes. Ese hecho solo se expresó retrayendo el trabajo y que se siga desmantelando la estructura de salud de la cual disponíamos, transfiriendo las actividades a los sectores privados solo para seguir aumentando los gastos de las empresas de salud. El problema real que esto genera está ligado al desarrollo de nuestra Nación y es que va a poder acceder a la salud o curación de la enfermedad la persona que tenga dinero para comprarla.

Está claro que todos los últimos gobiernos desde la práctica favorecieron el desmantelamiento de las estructuras y su capacidad instalada en el sector público. El achique de estas, se transformó a su vez en un achique del derecho a la salud. Por ello la población no tiene los lugares adecuados para recurrir a tratar correctamente la prevención o la atención de sus enfermedades. El sector público funciona totalmente desarticulado por más que intenten disfrazarlo. Esto nos inscribe a los trabajadores médicos en una actividad totalmente desarticulada, con los resultados negativos a nivel sanitario por supuesto. A esto si sumamos el deterioro social y económico de la clase trabajadora que perdió los beneficios de la seguridad social, la situación tiende a agravarse.

La demanda, por ende, aumenta en el establecimiento público pero con menos recursos lo que conlleva a una mayor sobrecarga para el profesional del sector. Al no poder cumplirlas el establecimiento público, las personas buscan otros lugares para asistirse. Pero lo deben hacer pagando por un servicio que en realidad ya está pago y tal vez varias veces. Se superponen financiamientos y el gasto se hace cada vez mas irracional, bajan los salarios como ajuste y se mul-

tiplica exponencialmente el multiempleo, aumentando una vez mas la sobrecarga laboral y el desgaste del trabajador médico.

Solo a título de ejemplo, en el caso de la limpieza el hábitat es mejor al de otros subsectores, porque vende la pulcritud y la limpieza para un público consumidor de salud y que lo hay. Pero el médico pierde un montón de derechos que financian la limpieza, el empleo precario o negro en las clínicas y sanatorios no le asegura a los colegas horas para la capacitación, días de estudio o la posibilidad de concurrencia a eventos de actualización necesarios en nuestra profesión. Por otra parte, el trabajador médico debe darle al patrón un recibo por el monto recibido a manera de salario. Es una clara relación invertida que vulnera los derechos laborales. Es el patrón el que debe brindar un recibo, en el cual figuren los aportes patronales para que el trabajador médico pueda gozar de los beneficios que la legislación establece. Así los colegas no tienen vacaciones, ni aguinaldo, ni aportes a la caja de jubilaciones, tampoco atención de la propia enfermedad y a las colegas se le niegan los derechos de la mujer embarazada o del amamantamiento.

No quiero en este capítulo que pasen por alto estas consideraciones ya que son claros favorecedores de nuestra enfermedad profesional. El daño se establece en nuestros ámbitos laborales con una relación de dependencia encubierta o disfrazada de trabajo “liberal”. Hay un sujeto que paga, da las órdenes e impone las condiciones de trabajo.

En los últimos años vivimos en una especie de inercia acomodaticia en nuestras áreas de trabajo, como esperando que esta realidad, por generación espontánea debería cambiar. Creo que el cambio va surgir del conjunto y no de una persona, desde el colectivo vamos a tener que pelearlo. Como la historia humana lo muestra, es la suma de las voluntades, aunadas en acciones comunes las que nos permitirán allanar este camino. Aún aceptando al trabajo como un propósito que dignifica la vida para la persona que lo desempeña, veo que

hemos perdido la capacidad de disfrutar nuestra actividad profesional por el grado de conflictividad cotidiana.

No es la nuestra la única profesión afectada por el desgaste de la profesión. Pero sí voy a resaltar que nuestra actividad está dirigida a atender la enfermedad, que es una de las situaciones más penosas que se presentan en la vida. Justamente, muchas veces la vida es la que está en juego y este hecho le pone un valor agregado muy especial a nuestro trabajo. Dentro de nuestro acto médico o trabajo médico, ninguna intervención es igual a otra, en nuestro interior hay una responsabilidad superior que nos dice que no podemos fallar. La carga emocional ligada en ese momento, en el cual exponemos nuestro saber, no se puede negar. Estamos trabajando y el objeto de nuestra intervención es la persona humana.

Si partimos de la base que nosotros queremos vivir y en ese momento, durante la atención transferimos esa razón a un semejante, media una fuerza que no nos permite claudicar frente a esa realidad. En muchos momentos esa estresante situación va minando nuestro organismo, si las jornadas son prolongadas como ocurre durante una irracional guardia y que por su duración no existe el tiempo necesario para recomponer al organismo de la tensión sufrida, cómo no va haber agotamiento. Si fueran situaciones de excepción, en una catástrofe o guerra por ejemplo, tal vez estaría de más cuestionar la sobrecarga. Pero esta no es la realidad hoy, y por ello es que desde nuestro sindicato pedimos en numerosas oportunidades y seguimos planteando la reducción de la carga horaria en la atención de la emergencia.

Quiero aclarar que las autoridades en todos los casos se desligan con diferentes argumentos de la responsabilidad que le cabe para salvaguardar la integridad del trabajador médico. Exponen razones técnicas, administrativas y hasta responsabilizan a los médicos, aduciendo que nosotros no queremos cambiar esa condición inhumana de trabajo. No hay nada más falaz: los trabajadores médicos muchas veces insertos en el pluriempleo, no pueden dejar esta forma de tra-

bajo de manera inmediata, porque componen un salario con la suma de las pobres remuneraciones de este modelo.

Si el modelo mixto estuviera integrado de alguna manera, el médico obtendría el mismo valor realizando su actividad en un solo lugar y se podrían mejorar las condiciones de trabajo.

Ningún gobierno se ocupó con el compromiso necesario y responsable que el tema merece, ningún sector desde la patronal está interesado en realizarlo. Hay un pacto tácito de que ese statu quo no se toca, su apertura traería un desequilibrio tal que provocaría agitación y hasta conmoción en los intereses económicos que manejan este modelo. Soy un convencido, por haber padecido esta literal especie de sometimiento durante más de treinta años, de que un cambio de esta desorganización debemos pelearla nosotros como trabajadores del sector. Los distintos subsectores, en definitiva, dejan sobreentendido este acuerdo de manera tácita, porque mover la estructura actual los expondría a las pérdidas económicas afectando directamente a los distintos empleadores y sus intermediarios.

¿Seríamos una especie de rehenes o víctimas de esta realidad?

Si la misma no se modifica seguiremos pagando el costo los trabajadores, no me queda duda, pero dejo abierto el debate. El sentido del cambio está planteado, habrá que empezar a acordar.

16. CONCLUSIÓN Y APERTURA AL DEBATE

Muchas veces las personas nos empeñamos en sostener situaciones en la vida, a pesar de que estas no generen un bienestar manifiesto desde lo individual y personal ni desde el conjunto. ¿Qué mecanismos nos impiden tomar las iniciativas necesarias para iniciar un cambio? Creo que debe haber tantas respuestas como médicos existen. Los especialistas que estudian el comportamiento humano tal vez puedan exponer argumentos más firmes desde el conocimiento. Desde mi punto de vista no quiero buscar tanto la causa que sostiene nuestra indefinición en cuanto a nuestra situación laboral. Ya bastante he expresado a lo largo de lo escrito previamente.

Sí entiendo que hemos llegado a una situación de inoperancia tal que no resiste demasiados justificativos ideológicos. Tampoco quiero parecer una persona pragmática que todo lo resuelve con acciones adaptadas a la realidad de este momento.

Entiendo, después de más de treinta años de profesión médica, que lo que hacemos no está bien. Como ya expresé en otros párrafos, creo que por no defender de manera adecuada nuestra realidad laboral estamos siendo arriados hacia un camino que deteriora claramente nuestra profesión. Los remedios y los estudios complementarios pasaron a tener más valor que nuestra palabra.

Como todo cambio, seguramente va a desestabilizar a muchos sectores y sobre todo a los que no viven precisamente del trabajo. La intermediación parásita de este modelo multifragmentado es uno de los grandes escollos a vencer.

Un cambio en este caso debe estar representado por una trans-

formación de este modelo que no admite desde la racionalidad más parches, que solucionaron transitoriamente que este modelo multifragmentado siga rodando, pero en algún momento va a explotar. Cuando este hecho suceda van a ocurrir daños, muchos de ellos irreparables. Debemos anticiparnos y sindicalizarnos, por nuestra doble responsabilidad: la de preservar a nuestra profesión y cuidar que el colectivo no quede desprovisto del derecho a la salud. Con esos eslogan de la promoción y la prevención, que durante tantos años repetimos como loros para aprobar los exámenes de salud pública, administración hospitalaria o gerenciamiento de la medicina privada, debemos usarlos genuinamente e iniciar los cambios necesarios para que nuestro trabajo tenga la dignidad que se merece.

Por supuesto, no apunto a pensar en una entelequia como punto de solución del problema planteado. En cambio, sí sería auspicioso aceptar que este ineficiente e ineficaz modelo actual tienda a un ordenamiento. La distribución de los recursos en un sistema de salud debe ser solidario por esencia. Los trabajadores médicos no podemos seguir siendo parte o al menos observadores de esta inequidad. Tampoco sustituir la palabra equidad con derecho, ya que durante muchos años las han vociferado con la intención oculta, tal vez, de equipararlas. En mi caso en particular, desde lo distributivo del recurso en la salud, sentí bronca e impotencia al entender que algunas personas tienen más derechos que otras a la hora de recibir. El acto médico no debe diferenciarse, debe ser igualitario, solidario y si así la realidad desde el caos lo impone, no debemos ser partícipes.

Por otra parte, a la hora de igualar en la distribución de los recursos en salud, la equidad no existe en la práctica. Son solo palabras declamatorias que entretienen al interlocutor y actúan como un distractor más para instalar el avance del modelo privatizador de la salud.

Esa dicotomía de que “mejor es algo que nada” no la debemos aceptar, pues estaríamos faltando a nuestros principios profesionales, resignando nuestra propia moral. Desde lo ideológico y dogmático de nuestra formación de grado y desde la práctica diaria de

nuestro ejercicio, estamos en falta. Como trabajadores médicos no podemos aceptar que se nos impongan estas condiciones de trabajo, como producto del desorden y la corrupción. Al no contar con un plan de salud y mucho menos como una política de estado desde hace muchas décadas se instaló la desidia como modelo. Dado que llegamos al pensamiento superior y podemos generar abstracciones, debemos organizarnos para revertir estos condicionamientos actuales. Condicionamientos que son brutales a la hora de medir los resultados en el sector de nuestra actividad.

El egoísmo del capital y de sus defensores, que con pensamientos economicistas deciden quien tiene más o menos chance de vivir, es la condicionante principal de estos resultados. Nosotros medimos los resultados en pena, sufrimiento, vida o muerte y ellos en monedas. En mi caso personal, no quiero ser más parte de las acciones deshumanizadas de esos individuos.

Al ser realizado el acto médico en la actualidad de forma no directa, es decir, como aquel contrato paciente-médico, y depender de una serie de pasos intermedios, intervienen otros condicionantes. Estos pasos intermedios en un modelo multifragmentado, al no estar regularizados en un modelo único, terminan siendo de interpretación discrecional. Ya esto hace a la desigualdad y sumada a la cantidad de intermediación burocrática realizada por humanos y no por normas, un montón de los recursos se quedan en el medio. La intermediación no obedece al derecho a la salud, estos actores intermedios en la práctica se rigen por los mezquinos intereses del hombre.

La fragmentación de nuestro modelo no fue diseñada como tal, es el producto de la suma de espacios vacíos que fueron quedando a la largo de estas cinco últimas décadas. Cada gobierno agregó o saco lo que le parecía, mientras que otros diseñaron la mejor forma de quedarse con parte de los recursos.

Ninguno de los gobiernos transcurridos durante las últimas cinco décadas lo planteó desde la óptica de una construcción positiva. Siempre se instalaron medidas de arreglos coyunturales que fa-

vorecieron a uno u otro sector con la alternancia ideológica de su estructura de poder. Alternando de acuerdo a los tintes políticos o ideológicos de cada momento histórico, no usaron el conocimiento y la experiencia de los trabajadores médicos. Lamentablemente, por carecer de una organización sindical con una personería gremial, nuestro colectivo no tuvo el poder de negociación suficiente. No pudimos reclamar debidamente de acuerdo a nuestra legislación laboral y fuimos perdiendo continuamente los derechos laborales hasta la actualidad.

Perdimos el valor de nuestro salario y las condiciones de trabajo acordes a nuestra profesión. Pero también ganamos otras muy negativas, como el desgaste anticipado de nuestra salud, una fuerte violencia laboral en el sector y la judicialización de la práctica médica. Pensar en estos tres factores condicionantes actuales de nuestras vidas hacen una especie de impacto revulsivo y emético en mi mente.

También perdimos el valor remunerativo de nuestro trabajo, no solo el necesario para lograr una canasta básica, sino también el ingreso necesario para la formación permanente que nuestra profesión demanda. Nació el multiempleo para asegurar nuestra propia subsistencia, con desmedidas cargas horarias, volcadas prácticamente a la actividad asistencial. Empezamos a dejar de lado el aspecto formativo, la capacitación en servicio, la docencia y la investigación que son los pilares de nuestra profesión. Una profesión que se dispone al servicio de la comunidad y no al nuestro individual.

Fuimos y seguimos estando cada vez más vulnerables desde lo económico, expuestos y a merced de los inescrupulosos. En este caso me refiero a los empleadores, ya sean funcionarios públicos o dueños y gerentes privados. Todos estos comenzaron a utilizar la famosa y penosa ley de la oferta y la demanda. El producto de este hecho quedó a la vista. Cada vez más lugares sin cubrir y una población expuesta a la falta de atención de su salud.

Nuestra vulnerabilidad fue muy bien aprovechada por los poderes económicos, por las industrias que viven de la enfermedad y

no de la salud. El pago de “incentivos” a manera de regalo para la participación de cursos y congresos marcó una época. Compraban con ello nuestras voluntades a la hora de indicar algún remedio o estudio. A su vez, esos mismos cursos o congresos no fueron o no son más que centros de adoctrinamiento para inducir a qué hacer o no a la hora de prescribir.

Nos debilita no contar con un régimen laboral único a manera de Estatuto que permita ser aplicado en cualquier sitio de trabajo y haga valer nuestros derechos laborales bajo un Convenio Colectivo. En este deberíamos incluir un capítulo especial destinado a la carrera desde lo escalafonario, con un claro y diferenciado desarrollo de la antigüedad como antecedente de crecimiento longitudinal y uno vertical para definir y valorar la capacitación y el debido ascenso por ello.

Hoy tenemos cientos de regímenes laborales que nos condicionan como a grupos de manera inexpertos al servicio de los poderes de turno. La Nación, los Estados provinciales y municipales son claros exponentes del desorden. No es necesario ir de La Quiaca a Ushuaia para palpar las diferencias, basta comparar solo dos municipios vecinos para demostrar la desigualdad laboral. Esta desigualdad laboral no solo trae aparejados inconvenientes laborales para nuestra profesión sino también para la atención de las personas que pertenecen a la comunidad.

A estos hechos hay que sumarle la precarización laboral que sufrió la sociedad de nuestro país y a la cual estuvimos también expuestos. Tal vez más expuestos porque los trabajadores organizados pudieron soportar mejor este retroceso humano. Nadie puede negar que las políticas economicistas neoliberales son una ideología que perjudica al asalariado y favorece a los dueños del capital. Si bien este no es el eje de debate central en el planteo, nos perjudica como trabajadores de una profesión solidaria al servicio del humano. Los trabajadores de las economías desarrollan su talento solo para ver como gastan menos y ayudan a sus patronos a acumular más o perder menos. No

quiero mezclar, pero es necesario diferenciar nuestra actividad, que debe justamente accionar a la inversa desde lo económico. El que más sufre necesita más recursos que el que menos sufre y aquí si podemos insertar el concepto de equidad. La lógica dice eso, no la teoría económica. El derecho a la salud está basado en un principio de igualdad y el de la disposición de los recursos a la equidad: más recursos al que más necesita.

Funcionarios y gerentes tratan de engañarnos con ideas tecnocráticas al servicio del poder económico.

Tenemos que aprender a defender cuánto vale nuestro trabajo y en qué condiciones las realizamos. El resto lo tiene que pelear el colectivo de nuestra sociedad, que es una gran materia pendiente, sobre todo cuando durante décadas se nivelaron las condiciones de vida para abajo. Se acható el nivel de vida para el conjunto.

Los trabajadores médicos somos coaccionados en los diferentes lugares de trabajo a realizar nuestras actividades sin las condiciones necesarias para su realización, cuando en realidad es el empleador el que está obligado a proporcionar los elementos de trabajo y los medios para su cumplimiento, ¿por qué motivo se le reclama al trabajador cuando el resultado no es el esperado? Espero que el apartado de judicialización permita reflexionar al respecto.

Asimismo, somos perseguidos por trabajar muchas horas seguidas. En la Legislación laboral no se contempla tal aberración, mientras las recomendaciones internacionales de la OIT llaman a penalizar a los empleadores que imponen jornadas laborales mayores a 8 horas continuas. Este organismo las califica como explotación y en algunos casos como sometimiento a la esclavitud cuando entre las partes no están pactadas la extensión de esas jornadas. No obstante deben ser abonadas con un valor mayor extra, al igual que la actividad laboral nocturna, que se realiza contra el reloj biológico humano. Si las horas de trabajo generaren la posibilidad de daño por la exposición a estresores, se deben disminuir a 6 horas. Son las llamadas tareas riesgosas, que en nuestro caso generan ries-

go para el colega y para la persona que atiende, por disminuir la capacidad de atención en la resolución del trabajo. Aquí vuelvo a insistir en que producto final de nuestro trabajo es asegurar la vida de terceros. Todo esto está claramente explicitado en el capítulo de desgaste profesional.

En la República Argentina, a pesar de haber fundamentado todos estos conceptos al empleador público y privado, siempre han hecho oídos sordos y si alguno se dignó a responder con argumentos organizacionales, la respuesta fue que “es muy difícil revertir esta situación”. Lo cual es muy grave, ya que implica que en el sector público, que representaría directamente al Estado, no hemos podido avanzar. Estos funcionarios de actitudes canallescás, propias de las personas inescrupulosas, la mayoría de las veces son médicos funcionarios. Paradójicamente, estos son los que, con exposiciones retóricas, establecen lo que está bien o mal en la salud pública.

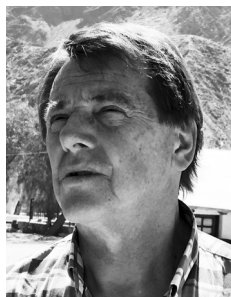
Dicen que nada deja de ser inexpugnable y es por ello debemos seguir luchando para revertir esta situación laboral inhumana a la que nos dejamos someter. Lo paradójico de esto es que nosotros somos los artífices profesionales de determinar cuándo una actividad laboral produce daño. Incluso firmamos con nuestro saber cuáles son las enfermedades profesionales. Una de las cuestiones que me motivó a escribir fue la de demostrar este desorden y el caos producido para salir de este laberinto en el que nos encontramos. Como recién afirmé, nada es imposible de conquistar o vencer. Pero estoy convencido que esto no se logra con denuncias al empleador, públicas o por medio de la justicia, porque todos somos arte y parte de la situación.

El camino que la mayoría de los trabajadores profesionales del mundo han decidido tomar es la defensa de sus condiciones como tales y es mediante el reclamo colectivo. Si con el uso del diálogo, el respeto y de la racionalidad no se pueden lograr las propuestas, las luchas mediante las acciones gremiales serán el camino para las conquistas laborales necesarias.

En mi concepción, la medicina no puede ser solo un negocio, y cuando los intereses de cada sector en particular generen el desbalance en ese orden, la injusticia volverá a ser el modelo. Por ello, otros países tienen sistemas de salud y pueden asegurar el derecho. Nuestro modelo es discrecional y sobrevive el más fuerte, tanto en lo referido al beneficiario como al trabajador. El Estado organizado debe ser el organismo de ejecución y de esta manera el derecho se puede aplicar realmente en todas partes, las organizaciones intermedias deben realizar el contralor y de esta manera al pueblo se le aseguraría nuevamente el derecho y el acceso sanitario.

Así, el trabajador médico dedicaría nuevamente el tiempo al desarrollo de su profesión y no desperdiciaría sus energías solo en la subsistencia. Cuando el conjunto de las personas opinan que la opción es buena y cuando una propuesta responde a las necesidades de un colectivo y esta se fundamenta en el conocimiento, debe ser tomada en cuenta ya que responde a las necesidades del conjunto social y no solamente a los beneficios del capital.

DATOS DEL AUTOR



Carlos José Wechsler nació en 1955 y se graduó en la Facultad de Medicina de la UBA en 1981. Como médico desarrolló su profesión en centros asistenciales nacionales, provinciales y municipales. Se especializó en Nutrición y Diabetología. En la actualidad es Jefe del Servicio de Nutrición del Hospital Eva Perón de General San Martín, docente adscrito de la UBA y desarrolla investigación clínica en un equipo de xenotrasplante en diabetes tipo 1.

En el ámbito gremial participa desde los años 80, comenzando como delegado en la Colonia Montes de Oca. Años después se unió a la Asociación de Médicos de la República Argentina, consolidado como el único sindicato de Médicos a nivel nacional. Desde 2011 es el Secretario General de la Seccional Conurbano Norte de AMRA y trabaja activamente en defensa de los derechos laborales y profesionales del colectivo médico.

LIBRO EDITADO POR



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA