

Condiciones laborales y luchas de los médicos especialistas en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nicolás Manuel Viñas

UBA (Estudiante de Sociología) - CEICS

vinasnicolasmanuel@hotmail.com

Un largo proceso de proletarización

“Como en el resto del mundo económico, aquí también la empresa desaloja el taller del artesano: los grandes establecimientos médicos acosan al médico independiente, al pequeño industrial”. Acta del Segundo Congreso Médico gremial de Rosario, 1936 (Visillac; 2007).

A comienzos del siglo XX, la mayor parte de los médicos que concurría a los hospitales públicos lo hacía de manera gratuita. Su sustento material se concentraba generalmente en la atención que realizaban en su consultorio privado, tras adquirir un inmueble y las herramientas necesarias para atender a sus propios pacientes mediante cobro directo. Hoy en día, estos profesionales deben alquilar su consultorio junto con otros colegas y los pacientes que atienden no son propios sino que acuden a consultarlos por intermediación de las obras sociales y prepagas, para las cuales trabajan. Por otra parte, en sus comienzos, la medicina no poseía una gran variedad ni complejidad de maquinarias o herramientas para su ejercicio, “las bases técnico-científicas de esa práctica profesional no requerían todavía instalaciones complejas ni estimulaban la división en especialidades (...) Las herramientas del oficio eran simples y podían llevarse en un maletín: el clásico maletín negro que fue uno de los signos de identidad de la profesión” (Belmartino; 2005: 23-24). Actualmente, la mecanización de numerosos procedimientos ha tornado imposible el acceso a ciertos medios de producción de la rama. Se ha vuelto muy difícil (si no imposible) para los médicos “poner su propio taller”. (Viñas; 2014)

Esto es importante para caracterizar correctamente a los médicos en términos de clase, ya que para tal fin debemos observar las relaciones sociales en las que se encuentran inmersos. Las clases sociales no se definen por los ingresos de personas o familias, sino por el hecho de poseer o no medios de producción. En el capitalismo, esto se expresa entre quienes sólo tienen para vender su fuerza de trabajo (clase obrera) y los dueños de los medios de producción que venden mercancías producidas por los obreros, apropiándose de un plusvalor (burguesía). En suma, están aquellos que poseen medios

de producción en una escala que les permite vivir de su trabajo, o de su trabajo y del trabajo ajeno, pero nunca *exclusivamente* del trabajo ajeno: los integrantes de la pequeña burguesía¹. Forman parte de este conjunto los médicos que poseen un consultorio privado donde atienden pacientes propios mediante cobro directo (es decir que no trabajan *a domicilio* para una obra social o prepaga) y que pueden o no subcontratar a otros médicos (los cuales no poseen ni las herramientas propias de su profesión ni un espacio para ejercerla y, por ende, deben venderle su fuerza de trabajo a su colega) o empleados (como secretaria, personal de limpieza, etc). Estos profesionales participan de la producción, trabajan, pero no son explotados por un empresario; a la vez, pueden ser explotadores, al menos parcialmente. En este ámbito juega un rol importante para ellos su pericia personal (AA. VV.; 2004), el “prestigio” es un elemento indispensable para abrirse paso en el mercado de pacientes. Todas estas situaciones pueden presentarse en una misma persona mediante combinaciones: un médico puede poseer su consultorio y atender pacientes propios así como atender pacientes a través de una obra social o prepaga o ser empleado en un sanatorio privado. En estos casos de transición de una situación a otra, lo que define la pertenencia de clase es la instancia que mayor incidencia tiene en la reproducción de su vida material.

Dicho esto, la posición que pretende que la formación académica determina la pertenencia de clase de los individuos pierde de vista el problema fundamental: la cuestión radica en la relación histórica del conocimiento con la posibilidad de acceder o no a medios de producción. En el caso de estos profesionales, su formación académica ya no les garantiza (o se los garantiza cada vez menos) desarrollar su actividad de manera independiente o adquirir la maquinaria requerida para su labor. Quienes hoy cuentan con esa posibilidad son, por lo general, eminencias con una trayectoria de décadas y parecen más bien una rémora de otros tiempos que la regla de los que corren. Frente a esta nueva situación, que la formación de los médicos no sea una cuestión de días, sino de años, no los hace abandonar su condición de trabajadores, sino que los convierte, en todo caso, en *trabajadores altamente calificados*. Por otra parte, en términos del *prestigio social* que otorgaría el conocimiento, los médicos pasaron de ser un actor revestido del más alto respeto y consideración en razón de su saber, a conformarse como uno de los sectores más afectados por la violencia social.

¹ Estrictamente, la pequeña burguesía no es una clase. Es, según se encuentre el proceso de polarización de clases que promueve el desarrollo capitalista, una capa de la burguesía o bien una capa del proletariado. Para un tratamiento adecuado de esta cuestión, consultar: AA. VV. (2002): *Para una historia de la pequeña burguesía criolla (o qué pasó el 19 a la noche)*, en Razón y Revolución, nro. 10.

Dicho esto, se comprende por qué las categorizaciones que engloban a estos profesionales como parte “la clase media” ocultan que, como producto de un proceso histórico de proletarización, una proporción creciente de los médicos se ha venido sumando a la fracción mejor paga de la clase obrera: al igual que todos los trabajadores, estos profesionales deben ser *empleados por otro* si quieren llegar a fin de mes². En este sentido, la noción de clase media se revela como una construcción ideológica que *oculta la relación de explotación* que une al trabajador y al empleador. Así, mientras en esta categoría se juntan sujetos sociales distintos, las categorías de pequeña burguesía y clase obrera permiten un análisis más rico que marca una diferencia al interior del grupo profesional.

Sin embargo, es necesario precisar que esta situación no implica, necesariamente, que la totalidad de los médicos haya visto empeorar sus condiciones de vida ni que hayan asumido una identidad obrera. La proletarización de los profesionales es una *tendencia histórica* que afecta de forma *desigual* al conjunto. Se trata de un proceso que se ha venido acelerando en las últimas décadas y que funciona como un caudal que arrastra sistemáticamente nuevos elementos a la ya nutrida clase obrera argentina (Viñas; 2014). Por su parte, el proceso inverso, lo que comúnmente se conoce como *ascenso social*, existe en forma reducida a contextos y momentos específicos y se produce con mayor probabilidad en ciertas especialidades, pero no constituye una *tendencia* que marque las pautas de la evolución histórica del desarrollo de los médicos, sino que es más bien, una *contramarcha* en el proceso dominante de proletarización.

Este proceso podría tener una relación con los avances organizativos del sector, donde se observa la construcción de una incipiente identidad obrera que se expresa no sólo en los reclamos, las medidas y la organización, sino en una tendencia a la unidad de los profesionales con sectores históricamente obreros (como por ejemplo, los enfermeros) con los cuales, en otras épocas, hubiera resultado difícil imaginar que se realizaran luchas de conjunto. Ejemplo de esto es la reciente conformación de la Coordinadora Gremial por la Salud Pública (COGRESAP), que nuclea a diversos sectores. Este proceso organizativo, sin embargo, es aún rudimentario. Puede anotarse, por ejemplo, la escasa coordinación con el personal de limpieza y mantenimiento, el cual muchas veces no participa de las asambleas hospitalarias. Tampoco se revela muy desarrollada la

² A diferencia del imaginario que identifica al obrero con el trabajador fabril que viste overol, la clase obrera se compone de todos aquellos que carecen de medios de producción y de vida para garantizarse la subsistencia y que, por ende, deben vender su fuerza de trabajo en el mercado. Al interior de este colectivo, se pueden distinguir una gran variedad de capas que incluyen desde un obrero desocupado a un médico empleado por un sanatorio.

disputa programática entre las distintas corrientes. No obstante lo cual, se observa una creciente influencia y participación de sectores ligados a la izquierda que han recuperado la conducción de algunas filiales hospitalarias a través del Frente de Recuperación Gremial. Como hipótesis a verificar resta hacer una diferenciación de este proceso según las especialidades: ciertos indicios mostrarían que algunas se han proletarizado con mayor fuerza que otras. Puede sugerirse que la movilización de la pediatría clínica es mayor que la de las especialidades quirúrgicas o los dermatólogos. A su vez, podría afirmarse que en tanto que dependen entera o mayoritariamente de la venta de su fuerza de trabajo, la fracción más joven de los médicos ocupa un lugar destacado en la lucha por la defensa de su valor, lo que se evidenciaría en el fuerte peso juvenil que poseen las movilizaciones del sector. (Viñas y Audisio; 2013)

Por último, es importante señalar que este *proceso de proletarización* fue acompañado de un *proceso de fragmentación* que afecta a la clase obrera en general y del cual los trabajadores de la salud no son la excepción. Esta fragmentación se ve reflejada en los modos de contratación laboral, los cuales varían en su forma cuando refieren al mismo tipo de actividad. Situación que afecta las condiciones laborales de los trabajadores ya que la forma contractual de un integrante de planta permanente difiere de las correspondientes a un contratado. En este sentido, el último puede realizar el mismo tipo de trabajo que el anterior y, sin embargo, obtener un sueldo considerablemente inferior o estar privado de los beneficios de cobertura social. Esto también es perjudicial a la obtención de mejoras, puesto que los reclamos varían según la forma contractual, es decir, tiende a dificultar la unidad en la lucha, a diluir el conjunto entre sus partes, aislándolas unas de otras. Como se verá más adelante, la división entre el personal de planta y los contratados bajo la figura de “suplentes de guardia” es un claro ejemplo de una situación más general que abarca al conjunto de los trabajadores de la salud (residentes, concurrentes, profesionales, técnicos, empleados de mantenimiento, administrativos, de limpieza, etc.).

Si bien todas las hipótesis formuladas hasta aquí ameritan un análisis histórico, este artículo intenta aproximarse a las condiciones laborales actuales de los trabajadores de la salud en la Ciudad de Buenos Aires, en particular, la situación en la que se encuentran los médicos especialistas en el subsistema público de salud. Este conjunto agrupa a los profesionales que gozan de las mejores condiciones laborales del país dentro de la esfera estatal. Razón por la cual se puede afirmar que las tendencias aquí descritas se encuentran más desarrolladas para el resto de sus pares argentinos. En este sentido, las

preguntas que guían este trabajo pueden formularse de la siguiente manera: ¿Bajo qué condiciones trabajan los profesionales de la salud? ¿Qué aspectos del trabajo efectivamente realizado se encuentran regulados y cuáles no? ¿Cómo influye en estas condiciones el deterioro de la salud pública?

Para responder a estos interrogantes, se da cuenta de los marcos legales que rigen la actividad de estos profesionales para contraponer aquello que dictamina la legislación con las condiciones de trabajo realmente existentes en el sector. La legislación sobre un empleo determinado indica el conjunto de normas que regulan formalmente las actividades laborales y las obligaciones del empleador y de los trabajadores. Es decir, indica en qué grado se encuentra la relación de fuerza entre estos dos actores. A su vez, se realizaron 16 entrevistas en profundidad a médicos y delegados gremiales y se relevaron periódicos gremiales y de circulación nacional.

Las condiciones laborales de los médicos especialistas

-Formas (precarias) de contratación

Luego de atravesar un período de formación que ronda entre los 10 y los 12 años de educación universitaria (la variabilidad depende de la especialidad y si se ha realizado concurrencia o residencia), los médicos pueden acceder al título de especialista.

Los especialistas concursados en el gobierno de la ciudad pueden acceder a sus cargos en la planta del hospital o en la guardia. Los primeros concurren al establecimiento todos los días en una franja horaria determinada, mientras que los segundos asisten 24 horas corridas. Este personal debería ser reemplazado en caso de licencias, vacaciones y enfermedades por suplentes. Sin embargo, se observa que las suplencias se han extendido más allá de su función original constituyéndose en una forma de precarización laboral: se realiza, en los hechos, un trabajo equivalente al de los profesionales con nombramiento genuino pero bajo la forma de suplencias de guardia. Es decir, que se concurre al hospital no para efectuar reemplazos de un personal ausente, sino para cubrir puestos vacantes. En este sentido, pueden recogerse las declaraciones de un médico del Hospital Elizalde:

“Hay servicios que están funcionando sin estructura por la falta de nombramientos, como el sector cardiovascular, que trabaja con suplentes de guardia y no tiene un jefe nombrado. Lo mismo ocurre en terapia intermedia.” (Mundo Hospitalario, Año XIX, N° 163, agosto 2010)

Esta forma de contratación, estipulada en el marco del Convenio Colectivo de Trabajo³ es un enorme ahorro de recursos para el Estado ya que no otorga antigüedad y no permite un ascenso de categoría en la carrera profesional, renovándose automáticamente cada dos años. Toda esta situación pone de relieve que hay muchas vacantes sin cubrir, lo que va de la mano de las denuncias que contabilizan alrededor de 2 mil cargos concursados “desfinanciados”, es decir, cargos concursados que no se han abierto.⁴ Lejos de ser una excepción, las suplencias contemplan a programas enteros del sistema público de salud. Al respecto, nos comenta un médico de la maternidad Sardá:

“El Programa de Atención Domiciliaria de Urgencias (PADU) en lo clínico, por ejemplo, tiene 10 años. Hay médicos que están desde el inicio del PADU y nunca van a tener más de 15 días de vacaciones. En lugar de nombrar personal con remuneración fija hay infinidad de cargos, sobre todo en los servicios de emergencias, que están cubiertos por suplencias.”⁵

En relación a esto, resulta importante puntualizar una medida de ajuste llevada adelante por el gobierno de Macri. El 31 de octubre del 2013, mediante la resolución 1657, el gobierno porteño recortó en un porcentaje elevado (en algunos hospitales alcanzó un 30%) las suplencias de guardia en todo el ámbito de la ciudad. Esto significa para algunos trabajadores una merma en sus ingresos, mientras que para otros se constituye en un despido encubierto, ya que van a perder la posibilidad de acceder a ese trabajo de manera parcial o total según varíe la reducción de las horas de suplencias asignadas a cada hospital y servicio. Como consecuencia de esto se registraron cierres y reducción de programas del SAME y de numerosos servicios y guardias, empeorando la atención. Por su parte, se desprende la relación que une estrechamente las condiciones laborales de los médicos con las condiciones de atención de los pacientes: cuando aquellas se ven afectadas, estas no pueden sino empeorar. Inclusive, el deterioro en la atención que reciben los pacientes, tiene su reverso sobre las condiciones laborales de los médicos. Al respecto una vocal de la filial de la AMM del Hospital Rivadavia, Ana Bagnati, explica la relación entre la demora existente en el otorgamiento de turnos para los pacientes y el estrés que padece el personal:

“En oncología, siempre es grave [la demora en la atención] porque hasta que se pueda hacer una tomografía, el paciente cambió de estadio y se le acorta el tiempo y la calidad de vida. Esto genera un gran estrés, el no poder dar respuesta, habernos capacitado para

³ Disponible en: www.medmun.org.ar/pdf/convenio%20colectivo.pdf

⁴ Entrevista a Jorge Pachamé, Hospital Maternidad Sardá, 28/01/14, en poder del autor

⁵ Entrevista a Jorge Pachamé, Op.Cit.

curar y no poder hacerlo por factores externos, nos despierta una gran angustia.” (Mundo Hospitalario, Año XIX, N° 160, mayo 2010)

Por último, para hacer frente a esta resolución se han organizado abrazos a distintos hospitales y actos de protesta en su interior, radios abiertas y conferencias de prensa, presentaciones judiciales y administrativas, movilizaciones a la Jefatura de Gobierno y numerosos paros, destacándose los efectuados por los pediatras del SAME y los profesionales del Hospital Moyano. Cabe destacar que, a lo largo de esta lucha gremial, sobresalieron las dificultades que imprime la fragmentación sobre el colectivo de trabajadores: en tanto que solamente fue afectado un sector de los médicos especialistas y ante la pasividad de la burocracia de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), las medidas impulsadas por los suplentes de guardia y por los sectores gremiales ligados a la izquierda tuvieron que enfrentar un fuerte aislamiento.

-Salarios, jornadas y polifuncionalidad

Otro de los problemas que se observan es la distorsión que existe entre la legislación vigente y la situación real de los salarios, jornadas y funciones que cumplen los médicos.

En relación al salario, se puede remarcar que debido a que los aumentos se realizan a través de sumas fijas no remunerativas, el Estado se ahorra aportes patronales, a la vez que no se derivan aportes a obras sociales ni estas forman parte de la jubilación. Esta situación se regulariza automáticamente luego de cada año, sumándose las sumas fijas al básico. Por su parte, estas sumas fijas descomponen la carrera profesional enmarcada en la Ordenanza 41455/86 y conllevan una reducción del salario ya que el incremento salarial es el mismo para diversas categorías (cada 4 años se puede acceder a una categoría superior), lo cual degrada las escalas y afecta a los estadios más altos relativos a cada suma fija. A modo de ejemplo, en el acuerdo paritario de 2012, las categorías 21 a 25 (integradas por 5397 profesionales) percibieron por igual una suma fija de 1600\$, mientras que las categorías 16 a 20 (integradas por 7925 profesionales) recibieron 1900\$.⁶ A su vez, debe anotarse que a mediados 2013 el gobierno de la ciudad aplicó un descuento salarial de entre 10% y 15% que afectó a unos 15.000 profesionales de la salud. Esta confiscación –alrededor de entre 1300 y 1700 pesos- fue justificada por parte del Ministerio de Salud porteño y de la propia Asociación de Médicos Municipales como efecto de un “error involuntario” en la liquidación de haberes desde septiembre de

⁶ Para mayor información, ver: www.renovaryparticipar.blogspot.com.ar/

2012.⁷ Esta medida volvió a sacar a los médicos a la calle: sin contar con el aval gremial y bajo la dirección de la recién conformada COGRESAP, miles de profesionales de la salud realizaron dos “marchas blancas” a la Jefatura de Gobierno por la devolución de la quita salarial, a la vez que se efectuaron paros parciales y cortes de calles⁸, entre las medidas más sobresalientes.

Con respecto a la jornada laboral del médico de planta, puede observarse cómo la misma se incrementó décadas atrás desde las 18hs a las 24hs para alcanzar en 2005 las 30hs actuales. Estas últimas 6 horas se adicionaron con el acuerdo de la AMM bajo la excusa de que se incluyeron en concepto de “capacitación en el lugar de trabajo”⁹. No obstante, de los testimonios recogidos, se infiere que este horario no siempre se cumple: algunos profesionales se retiran antes de finalizar su jornada laboral para asistir a otros trabajos. En relación a esto, afirma un entrevistado:

“Muchos médicos que tienen que hacer 24 horas de guardia, como mucho hacen 10 y se van. En una guardia en vez de que haya 10 médicos atendiendo por ahí hay 5, lo cual repercute en la espera de la gente. Incluso, sucede a veces que el titular de la guardia no va y para no perder la ficha municipal subcontrata a un residente.”¹⁰

De estas declaraciones se puede percibir que estos médicos se constituyen como el sector más atrasado en términos de conciencia política, ya que buscan una salida individual a un problema social: en lugar de organizarse y luchar para mejorar sus condiciones de vida, recurren a corruptelas. Incluso, aquellos que rentan su ficha municipal se convierten en verdaderos mercaderes que subexplotan fuerza de trabajo. Del otro lado, se presenta la complicidad del accionar estatal, que no realiza ni los mínimos controles que cualquier patrón ejerce sobre sus empleados, a costa de la atención de los pacientes (dentro del régimen disciplinario del Convenio Colectivo de Trabajo, el incumplimiento reiterado del horario laboral es penado con un llamado de atención, apercibimiento o suspensión).

Con respecto a los horarios laborales, se puede anotar, también, que el trabajo hospitalario en el sistema público de salud se ejerce principalmente durante el turno mañana. Son pocos los servicios que abren sus puertas por la tarde, lo cual reduce la atención. A su vez, la cantidad de cargos full time es muy reducida, lo que redundará en

⁷ www.lanacion.com.ar/1602021-profesionales-de-la-salud-haran-paro-en-hospitales-publicos

⁸ www.elcomercial.com.ar/index.php?option=com_telam&view=deano&idnota=358843&Itemid=116

⁹ Entrevista a Ana Martínez, gastroenteróloga, Hospital Fernández 16/10/13, en poder del autor.

¹⁰ Entrevista a Lalo, enfermero del SAME, 12/04/13, en poder del autor

un incremento del pluriempleo, siendo este uno de los grandes problemas que afecta al sector. (Viñas; 2014)

Sobre este punto, resulta interesante reproducir algunos datos obtenidos en una encuesta realizada durante el año 2012 en el hospital Tornú, donde sobre un total de 570 casos que incluían médicos nombrados en la planta o guardia como titulares, suplentes y residentes, se obtuvieron los siguientes resultados: el 80% de los encuestados tiene un segundo trabajo, el 70% trabaja más de 60hs semanales, el 56% hace guardias y para el 44% el sueldo del hospital representa más del 60% de sus ingresos (Rossi, et al.; 2013). Estos datos, en primer lugar, reafirman la hipótesis planteada en torno a la proletarianización de los médicos, ya que la mayor parte del personal depende mayoritariamente de la venta de su fuerza de trabajo para subsistir. En segundo término, revelan la degradación que sufren estos profesionales por las largas jornadas y el pluriempleo: se observa que la mayor parte de su vida está estrechamente ligada a sus trabajos. Como se verá en el próximo apartado, estos datos son muy importantes ya que en tanto el trabajo capitalista modela la vida del trabajador, son pocas las enfermedades que no sean “profesionales” ni accidentes que no sean “laborales”.

Por último, y en relación al trabajo realmente efectuado, en el transcurso de esta investigación se constató que este sector incorpora funciones que no le corresponden por falta de personal. Según la Ley 17.132/67 se considera ejercicio de la Medicina: “anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas”. No obstante, esto no es un impedimento para que los médicos realicen labores administrativas que van desde atender el teléfono, dar turnos, buscar historias clínicas o redactar informes; pasando por tareas de limpieza como cambiar sábanas y limpiar equipos y consultorios; hasta actividades de otras profesiones, como de enfermería en las ambulancias¹¹. También se realizan quehaceres de mantenimiento como arreglar cerraduras, estufas y ventiladores y se cumple con el rol de camillero, movilizando pacientes.

Deterioro hospitalario y enfermedades laborales

Antes de comenzar con el eje principal de este acápite, veamos primero qué entiende la legislación por enfermedades y accidentes laborales. Según la Ley 24.557/95 sobre

¹¹ A pesar de lo dispuesto por la Ley 1883/05, de Gestión de Emergencias Médicas, donde la base periférica de la dotación de personal en las Centrales de Emergencia Prehospitalaria contempla un enfermero en las ambulancias, estos brillan por su ausencia. (Viñas y Audisio; 2013)

Riesgos del Trabajo (artículo 6º) “se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo”. A su vez, son consideradas como enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en un listado elaborado por el Poder Ejecutivo (Decretos 49/2014, 658/96, 659/90 y 590/97) donde se identifican agentes de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad. Es importante remarcar que aquellas enfermedades no incluidas en este listado, como sus consecuencias, no son consideradas resarcibles.

Como se dijo más arriba, estas definiciones esconden una trampa: siendo que una porción importante de la vida de la mayoría de los médicos está estrechamente ligada a sus empleos, no hay que ser muy astuto para comprender que la vinculación de numerosos accidentes y enfermedades con el trabajo se encuentran diluídas y son excluidas de la legislación. El síndrome de burnout, del que se hablará más adelante, es un claro ejemplo de esta manipulación.

Al mismo tiempo, es interesante remarcar la dificultades que presenta la legislación para llevar adelante una denuncia por accidentes laborales. Según un trabajo publicado por la Subcomisión de Asuntos Gremiales de la AMM, “toda esta situación se ve agravada por las limitaciones impuestas por la ordenanza 36.558 (del 21 de marzo de 1981, BM 16.500 del 8 de abril de 1981) que establece que el accidentado debe, dentro de las 24 horas de producido el accidente, radicar la denuncia pertinente con los testigos si los hubiere. Esta ordenanza fue reglamentada por el decreto 371 del 22 de abril de 1996 (anexo II, BM 20.298 del 29 de mayo de 1996) que normatiza el formulario para la denuncia policial de todo accidente de trabajo. Esta situación crea una tramitación engorrosa que desanima al afectado a realizarla.” (Matzkin y Monis; 2005)

Por su parte, se puede anotar que en los primeros tiempos de la industria, la cantidad de accidentes y enfermedades laborales era mayor, porque las máquinas y herramientas eran peores y tenían menor protección. A modo de ejemplo, se puede ver la evolución hacia los actuales termómetros digitales. Antes, los termómetros eran de mercurio y costaba mucho sacudirlos provocando daños en las manos o, en caso de romperse, podían afectar la salud ya que el mercurio es una sustancia tóxica. Asimismo, el descubrimiento de nuevas enfermedades y el avance en el conocimiento de otras, han impulsado una modificación en el instrumental que utiliza el personal contribuyendo

también a aumentar su protección. Con la aparición del HIV en la década del 80, se fueron cambiando muchos elementos de trabajo, como las jeringas de vidrio, que se reesterilizaban, por otras descartables. Sin embargo, como se probará en este apartado, el número de enfermedades y accidentes es todavía bastante grande, producto del estado defectuoso de los hospitales públicos, que entra en contradicción con lo dispuesto por la Ley 19.587/72 de Higiene y Seguridad en el Trabajo en torno a las condiciones mínimas de higiene y seguridad para el funcionamiento de los establecimientos. Desde la promulgación de esta ley las autoridades no han implementado todas las medidas de prevención a que están obligadas por dicha normativa.

Hace unos años, en el Hospital Gutiérrez, por la incorrecta instalación de los equipos de rayos, sin las paredes plomadas pertinentes, médicos y técnicos contrajeron cáncer de tiroides y de piel y hubo casos de anemias (el daño sobre los pacientes no pudo ser contabilizado). No fue hasta que llegaron los juicios correspondientes que el Estado se dignó a resolver esta cuestión.¹²

Un caso que tuvo extensa difusión y marca la pauta del estado en que se encuentran algunos hospitales porteños fue la intoxicación por monóxido de carbono que padecieron 43 personas, entre ellas 13 neonatos, que tuvo lugar en este mismo hospital por una deficiente instalación del sistema de ventilación de gases de unos termotanques y que debía ser controlado, paradójicamente, por el sistema privatizado de mantenimiento a cargo de la empresa “Mejores Hospitales”.¹³ Como si esto fuera poco, al día siguiente de este episodio se registró una pérdida de gas que desencadenó una asamblea donde los trabajadores tomaron la decisión de suspender la atención de los consultorios externos.¹⁴

A partir de las entrevistas realizadas, se han registrado varios incendios producidos en los últimos años. Puede mencionarse, a modo de ejemplo, el ocurrido en el llamado *sector histórico* del Hospital Álvarez, que se habría originado por un desperfecto eléctrico y que desde este suceso en enero del 2012 no cuenta con un espacio adecuado para varios servicios, reduciendo su funcionamiento. En este caso, se destaca el hecho de que, al pasar la guardia al pabellón de clínica médica, las ambulancias deben entrar por las callecitas internas del hospital, ya que la guardia no da a la calle, lo que resulta muy perjudicial cuando ingresan casos graves. A su vez, debe destacarse que en este establecimiento (como en la inmensa mayoría) los pabellones no poseen salidas de

¹² Entrevista a Cecilia, pediatra del Hospital Gutiérrez, 13/10/13, en poder del autor

¹³ Entrevista a Silvia De Francesco, dermatóloga, Hospital Gutiérrez, 29/11/13, en poder del autor

¹⁴ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-229698-2013-09-24.html>

emergencia ni un sistema de hidrantes para combatir el fuego.¹⁵ Como producto de esta situación y a lo largo de los dos últimos años, los trabajadores de este hospital han efectuado una serie de luchas locales, con marchas, abrazos simbólicos, cortes de calle, recitales, volanteadas con vecinos y conferencias de prensa. Sin embargo, el impacto de estas medidas no fue siempre el esperado, lo cual puede observarse en la lentitud con la que avanzan las obras.

Las fallas en el sistema eléctrico de los hospitales no solamente han causado incendios. De acuerdo con las fuentes consultadas por Radio Nacional, a fines de julio de 2014 se cerraron cuatro quirófanos del Hospital Tornú luego de que algunos médicos sufrieran quemaduras por descargas eléctricas mientras preparaban una de las salas para una operación. Las mismas se habrían producido por un desperfecto en los transformadores del establecimiento¹⁶. A su vez, pueden remarcarse sucesivos cortes de luz que afectan el normal desenvolvimiento de la atención, como en el sector de rayos en el Hospital Gutiérrez. Al respecto, refiere una médica de este establecimiento:

“En rayos hay un montón de cortes de luz porque los cables son viejos y a pesar de que los equipos tienen todos su protector, a veces sale humo, entonces hay que evacuar el servicio, esperar que se enfríe todo, volver a entrar y... Se corta y se sigue: no nos vamos, nos quedamos y a la hora seguimos trabajando.”¹⁷

Por otra parte, puede agregarse a la lista de problemas edilicios que lesionan la salud del personal el estado de los ascensores, siendo que algunos incluso se han caído con personas en su interior. La recurrente situación de ascensores que no funcionan no es una cuestión menor, ya que implica que en determinados casos sea necesario bajar el peso de una camilla por las escaleras y, en ciertas situaciones, con un alto grado de estrés. Sobre este punto, y complementando otras declaraciones similares recogidas, un residente de un hospital de La Plata explica las inconveniencias que pueden llegar a producirse:

“Hemos tenido que bajar pacientes graves, corriendo a terapia intensiva o al quirófano. En el Hospital San Martín han muerto pacientes o se ha comprometido su vida por esto, es un hospital donde es muy difícil maniobrar por las escaleras, que son chiquitas”.¹⁸

¹⁵ Entrevista a Iván Sotomayor, secretario gremial de la Asociación de Licenciados de Enfermería, 17/01/13, en poder del autor

¹⁶ <http://www.radionacional.com.ar/?p=21346>

¹⁷ Entrevista a Cecilia, Op. Cit.

¹⁸ Entrevista a Matías De Iuliis, residente de pediatría, Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, 31/05/13, en poder del autor

Como si no fueran suficientes los problemas que acarrea el estado de la infraestructura hospitalaria, los trabajadores y los pacientes deben sufrir aún de otra manera, por el mal estado o ausencia de equipamiento. Como bien afirma Belmartino, ha quedado atrás la época en que “los efectores del Estado eran el lugar de radicación de la tecnología de punta: actualmente el médico hospitalario carece de los elementos mínimos indispensables para la atención.” (Belmartino; 1990: 17) En este sentido, se observa que mientras algunos sanatorios privados cuentan con sistemas mecánicos o hidráulicos para levantar a los pacientes de las camillas, por falta de inversión, los enfermeros y médicos del hospital público padecen de problemas en la columna.¹⁹ A su vez, puede destacarse la falta de equipamiento, como tomógrafos o resonadores. La instalación de estos equipos, incluso, muchas veces no respondió a una inversión del gobierno: en el caso del Hospital Fernández, por ejemplo, el tomógrafo fue donado por la Fundación Fernández, mientras que el resonador pertenece a una empresa privada que ha “comprado” un espacio del hospital y contrata personal propio de forma precarizada.²⁰ En otras ocasiones, a pesar de haberse completado la instalación de los equipos, falta el nombramiento del personal correspondiente: tal es el caso del tomógrafo del Hospital Tornú, el cual permaneció 10 meses sin ser utilizado, hasta que, como producto de la lucha de los trabajadores, se pudo poner en funcionamiento²¹.

En adición, deben sumarse los malestares originados en torno a las falencias que presentan los equipos de protección individual de los trabajadores, considerados en la Ley 19587 de Seguridad e Higiene. Sobre este punto, Miguel Matzkin, presidente de la Comisión Directiva de la filial del Hospital Velez Sarfield de la AMM, afirma:

“Desde 2008, en varias ocasiones, se prometieron equipos radiológicos nuevos, pero siempre fracasaron las licitaciones. Los chasis radiológicos y los delantales cromados tienen su vida útil vencida, según las normas; el intensificador de imágenes está quemado hace un año y medio y se debe pedir esa prestación a otros hospitales.” (Mundo Hospitalario, Año XIX, N° 172, agosto 2011)

Por último, en el transcurso de esta investigación, también se han detectado pabellones con inundaciones, goteras y derrumbes, malos olores, matafuegos vencidos, proliferación de animales e insectos (roedores, gatos, escorpiones y cucarachas), baños escasos o inutilizables, entre otras manifestaciones de desidia hospitalaria. Al respecto, comenta una médica sobre el estado edilicio del Hospital Pirovano:

¹⁹ Entrevista a Iván Sotomayor, Op. Cit.

²⁰ Entrevista a Ana Martínez, Op.Cit.

²¹ http://renovaryparticipar.blogspot.com.ar/2013_08_11_archive.html

“En consultorios externos tenemos una infraestructura obsoleta, donde la mampostería no es ignífuga, los techos se llueven y, a pesar de las constantes reparaciones, se deterioran los equipos y el mobiliario” (Mundo Hospitalario, Año XIX, N° 161, junio 2010)

Para concluir, es preciso remarcar que el deterioro de los hospitales públicos es parte de una *tendencia histórica de largo plazo* (Viñas; 2014). Esto no significa que todos los hospitales estén derruidos. Su estado edilicio no presenta la misma gravedad en todos los casos ni en todos los sectores al interior de los mismos. Algunos se encuentran en una situación “privilegiada” con respecto a otros. A modo de ejemplo, puede compararse al Hospital Elizalde (ex Casa Cuna), el cual fue restaurado casi en su totalidad, con el lamentable estado del Hospital Borda. Como ejemplo de lo segundo, se observa en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá que mientras la planta baja fue remodelada, las salas de los pisos superiores cuentan con más de 80 años. Lo mismo es preciso remarcar de la aparatología, siendo óptima en algunos casos, pero obsoleta o insuficiente en su gran mayoría. Ahora bien, lo que se buscó demostrar en este acápite es que los trabajadores de la sanidad se encuentran inmersos en una situación en la cual sólo pueden enfermarse y morir. Y si sólo un grupo cae víctima de las enfermedades, ¿qué garantías tiene el resto de no caer mañana? ¿Es casualidad que en tantos lugares ocurran todos estos percances?

Proletarización y enfermedades laborales

Según la bibliografía consultada, las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) a las que se someten los médicos impactan directamente en la probabilidad de contraer enfermedades o sufrir accidentes en el lugar de trabajo. En este sentido, juegan un papel importante la sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios, las jornadas extenuantes, las guardias, la escasez de tiempo de consulta, entre otros. No es casualidad que este grupo profesional sea el que padece y desarrolle más enfermedades directamente relacionadas con el estrés. (Bendersky, et al.; 2010).

En el proceso de recolección de datos de esta investigación, se pudo rastrear en la mayoría de los hospitales otra situación angustiante: por falta de personal, se produce frecuentemente el cierre de servicios, lo cual ocurre de manera temporaria o, incluso, definitiva. Esto genera trastornos en el personal. A modo de ejemplo, pueden citarse las declaraciones de una entrevistada del Hospital Gutiérrez:

“En octubre [de 2013] la terapia intermedia se cerró porque no llegaban los nombramientos de los médicos de guardia y tampoco se cubrían los nombramientos y los cargos de la terapia intensiva. Ante esto, fusionaron las dos terapias y metieron a la intermedia dentro de la intensiva. El cambio en las condiciones laborales es muy desgastante para el que hace muchos años que está trabajando en la intermedia, que tiene menos complejidad, menos corrida.”²²

Esta situación fue combatida por los profesionales del hospital impulsando marchas alrededor y al interior de la institución y reiterados paros, entre otras medidas. Actualmente, el Ministerio de Salud dispuso la reapertura de esta Terapia Intermedia. Sin embargo, el número de médicos en funciones es inferior al establecido por las normas nacionales (Resolución 747/14 del Ministerio de Nación) y de la Ciudad de Buenos Aires (Decreto 583/2011, Ministerio de Salud de la CABA). Según este último decreto, la Terapia Intensiva del Hospital Gutiérrez requiere de 28 terapistas de guardia semanales. Sin embargo, según denuncias de la filial de la AMM de este hospital, se cuenta con 15 terapistas de guardia en total, sobrecargando al personal médico a la vez que poniendo en riesgo a los pacientes. A su vez, es interesante remarcar que la faltante de personal de enfermería sólo pudo ser solucionada luego del accionar judicial llevado adelante por el Jefe de la Unidad de Terapia Intermedia con el apoyo de la anterior Comisión de Salud de la Legislatura.²³

Este cuadro de situación se ha visto agravado en los últimos años de forma más marcada para ciertas especialidades tales como neonatología, emergentología, anestesiología, entre otras. La causa principal que puede ubicarse en relación a este fenómeno son las deterioradas condiciones de trabajo que enmarcan a las áreas críticas, signadas por los bajos salarios en relación a la actividad privada, la menor cantidad de enfermeros por paciente, las largas jornadas de las guardias, peores condiciones edilicias y la aparatología.

Por su parte, abarcando al sistema de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires como un conjunto, se observa que su estructuración también es una fuente lamentable de sufrimiento. En este sentido, un cardiólogo del Hospital Álvarez afirma que:

“Como este no es un hospital de alta complejidad, ante una patología aguda, para hacer una angioplastia o colocar marcapasos, tenemos que trasladar al paciente a otros hospitales. Y en algunos lugares tenés un tomógrafo, pero no tenés neurocirujano,

²² Entrevista a De Francesco, op. cit.

²³ Comunicado de la filial de la AMM del Hospital Gutiérrez, 27/07/14

entonces llevo un paciente que está en coma, con un tubo, a hacer la tomografía, y después tengo que trasladarlo para que vea la placa un neurocirujano en otro lado. Y esto genera estrés al médico, al chofer, a cualquiera que esté con la vida de ese paciente en la mano.”²⁴

En suma, puede mencionarse como otro factor negativo en el desarrollo de la labor de los médicos el hecho de verse inmersos en un clima laboral hostil. No sólo las relaciones entre pares presentan altos niveles de agresividad en ciertas ocasiones, sino que los médicos absorben de manera directa de todo el entramado social una fuerte dosis de violencia. No sólo por la recepción de pacientes en un estado cada vez más agudo, sino por la relación que entablan con ellos y sus familiares. Abundan los gritos, los malos tratos, la violencia verbal e incluso física. Según un estudio publicado en la revista de la AMM en torno a los médicos de guardia, se encontró que, sobre un total de 271 encuestados, en el último año el 59.9% afirma haber padecido alguna forma de violencia, de los cuales “el 91.8% fue agredido en el hospital, 39.9% en auxilios en la vía pública y un 34.7% en auxilios domiciliarios. Con respecto a la forma de violencia el 97.4% fue agredido verbalmente, el 20.4% físicamente y el 56.7% psicológicamente” (Bendersky, et al.; 2010). Esta situación se vería acentuada en la guardia de algunos hospitales, como el Zubizarreta o el Santojanni. En este último establecimiento, puede mencionarse un caso que tuvo amplia repercusión en enero de 2012, cuando fracciones de la barra brava de Chicago irrumpieron en la guardia de la institución. Estos acontecimientos precipitaron la adopción de diversas medidas de protesta por parte de la AMM, las cuales se enmarcan dentro de una lista de paros generales en los 33 hospitales porteños y ceses de actividades de alto acatamiento que signaron los últimos años bajo la demanda por un lugar de trabajo seguro. (Mundo Hospitalario, Año XXI, N° 178, agosto 2012) Ahora bien, resulta paradójico que este sindicato se quede sólo en las declaraciones cuando es el propio Estado el que ingresa con destacamentos armados a un hospital para la represión de sus representados, como ocurrió en el Hospital Borda.

La consecuencia de todas estas prácticas es un debilitamiento físico de los trabajadores: no es casualidad que una de las enfermedades más extendidas sea el síndrome de burnout o "agotarse por el trabajo". Este puede acarrear desde problemas gastrointestinales, pasando a otros más serios como hipertensión, depresión que muchas veces lleva al suicidio y al uso indebido de antidepresivos y sedantes para tratar de sobrellevar esta situación. En estas condiciones, una gran masa de trabajadores son

²⁴ Entrevista a Osvaldo Saleh, cardiólogo del Hospital Álvarez, 20/11/13, en poder del autor.

empujados hacia la drogadicción y el alcoholismo. En esta labor de alto esfuerzo y baja recompensa, se destaca la población automedicada a la vez que existe una alta incidencia de trastornos mentales, adicciones, ansiedad, sobrepeso, sedentarismo y depresión.

Por todo lo referido, no sorprende que los profesionales de la salud padezcan de desgaste profesional prematuro. Aquellos que realizaron un juramento hipocrático para servir a la comunidad, se agotan antes de tiempo por las condiciones laborales que padecen. Al respecto, resulta interesante la siguiente descripción de un entrevistado:

“A muchos ya de por sí les molesta ir a la guardia, lo cual es todo un síntoma. No pueden dejar de ir porque es su trabajo, pero a las 10 horas de estar ahí el trato y la atención decaen mucho. “Uh, otro más que viene por eso...bueno, tómese esto”. Algunos, entonces, atienden mal y no se toman ni 5 minutos para observar al paciente correctamente.”²⁵

En el mismo sentido pueden recogerse los datos obtenidos en una encuesta publicada en el Boletín Científico de la revista de la AMM. Sobre un total de 422 encuestas, se encontró que al finalizar el día, el 44.8% de los médicos sentían agotamiento y el 46.7% padecían frustración. A su vez, el 65.2% de los encuestados refirió presentar síntomas físicos o psicológicos por actividad hospitalaria, destacándose: nerviosismo (41.7%), angustia (34.6%), insomnio (23.5%) y agresividad (14.7%). A su vez, en más de la mitad de los casos (59%), los profesionales consideraron que el ausentismo al trabajo tenía que ver con la actividad hospitalaria. (Wainszelbaum; 2004: 5)

Como resultado de lo expuesto hasta aquí, se puede observar que, como producto del proceso de deterioro de las condiciones laborales bajo las cuales se encuentran los médicos, la atención sanitaria no puede más que empeorar. En este sentido, cobran relevancia la cantidad de días de atención que los pacientes pierden como consecuencia de los factores antes enumerados: el crecimiento de las enfermedades laborales, el cierre de salas por falta de personal, el incremento del ausentismo y los días caídos, el ajuste de la cantidad de horas de suplencias de guardia, el agotamiento por exceso de trabajo y las jornadas extenuantes. También pueden añadirse las denuncias por los alrededor de 2 mil cargos concursados desfinanciados en el ámbito porteño: puestos de trabajo que han quedado vacantes o que, como vimos, son cubiertos en muchos casos de manera irregular a través de la contratación de suplentes.

²⁵ Entrevista a Jorge Pachamé, Op.Cit

Esto no es más que otra muestra de cómo la precarización laboral de los profesionales de la salud afecta al conjunto de la población. El vaciamiento sanitario ha erosionado las condiciones laborales de sus trabajadores y, por ende, la atención de los pacientes. Develar esta relación permite enfrentar el sentido común que la burguesía pretende implantar ante los conflictos obreros en los sectores que se presentan como “servicios esenciales”. Para atacar a los trabajadores que luchan por sus condiciones de trabajo, se apela a la fragmentación de la clase obrera, es decir, producir una falsa división entre “productores” (médicos) y “consumidores” (pacientes) de un “servicio”. Tal es la intervención que se pudo observar ante los conflictos docentes y ferroviarios, donde alumnos y pasajeros fueron presentados como “rehenes”. Por el contrario, la lucha sindical de los médicos por mejorar su situación no puede sino redundar en una mejora de calidad de atención: cuando los médicos conquistan la designación de profesionales evitan el cierre de salas.

En este sentido, es importante destacar el rol que juega el Estado capitalista en contra de la organización sindical. En el transcurso de esta investigación se detectaron diversas medidas donde se manifiesta su accionar y que abarcan desde la aplicación de sumarios y cambios de áreas²⁶, pasando por el armado de causas judiciales y el encubrimiento de atentados a sedes gremiales combativas²⁷, hasta la implementación de listas negras²⁸ y la represión abierta contra los trabajadores del Hospital Borda.

Conclusiones

Como se intentó demostrar en este artículo, la proletarización de un sector mayoritario de los profesionales de la salud acompañó la degradación de sus condiciones de trabajo. Esto se manifiesta de manera más aguda entre quienes son empleados por el Estado: en los hospitales públicos la inversión en seguridad laboral se reduce a menos de lo mínimo indispensable. Por ello, como sucede con otras fracciones de la clase obrera, las enfermedades laborales proliferan. Esta situación no implica, necesariamente, que la totalidad de los médicos haya visto empeorar sus condiciones de vida ni que hayan asumido una identidad obrera. La pauperización de los profesionales es una *tendencia* que afecta de forma desigual al conjunto de los trabajadores. Se trata de un proceso que se ha venido acelerando y funciona como un caudal que arrastra a nuevos elementos a la

²⁶ Un caso ejemplar es el de la presidenta de la filial de la Asociación de Médicos Municipales del Hospital Gutiérrez, Laura Schargrodsky. Ver: www.diarioz.com.ar/#!/nota/denuncian-persecucion-una-delegada-del-hospital-gutierrez-36768/

²⁷ <http://renovaryparticipar.blogspot.com.ar/2011/04/dos-anos-del-atentado-nuestra-filial.html>

²⁸ http://renovaryparticipar.blogspot.com.ar/2013_12_01_archive.html

ya nutrida clase obrera argentina. A su vez, se hizo mención de un *proceso de fragmentación* que afecta a la clase obrera en general y del cual los trabajadores de la salud no son la excepción. El mismo se revela como perjudicial para la obtención de mejoras, puesto que dificulta la unidad en la lucha, diluyendo al conjunto entre sus partes y aislándolas unas de otras.

Este artículo centró su atención en los médicos especialistas que trabajan en los hospitales públicos de la CABA, es decir, los que gozan de las mejores condiciones laborales del país dentro de la esfera estatal. En ese sentido, se puede afirmar que las tendencias aquí descriptas se encuentran más desarrolladas para el resto de sus pares argentinos.

Por su parte, se encontró un desfazaje entre las condiciones laborales prescriptas por la ley y las realmente existentes. Ejemplos de ello son el incremento salarial a través de sumas fijas, la jornada laboral y la polifuncionalidad. En suma, se planteó cómo a pesar del desarrollo tecnológico, que debiera reducir considerablemente las enfermedades y accidentes laborales, estos son moneda corriente en los hospitales públicos como consecuencia necesaria de las condiciones laborales a las que son sometidos los trabajadores. Estas condiciones, por su parte, traen aparejada una significativa pérdida de días de atención. En este sentido, se ubicaron diversos factores causantes de esta última situación: el crecimiento de las enfermedades laborales, el cierre de salas por falta de personal, el incremento del ausentismo y los días caídos, el ajuste en las horas de suplencias de guardia, el agotamiento por exceso de trabajo y las largas jornadas.

Para finalizar: se ha constatado que bajo este sistema social, no hay lugar ni para una salud de calidad ni para un ascenso social, sino que se produce el fenómeno opuesto, un proceso de proletarización, fragmentación y pauperización. El vaciamiento sanitario ha erosionado las condiciones laborales de sus trabajadores, quienes, al defenderlas, protegen también el derecho del conjunto de la población a una atención de calidad: cuando los médicos conquistan la designación de profesionales, por ejemplo, evitan el cierre de salas.

Bibliografía

- Belmartino, Susana. (2005): La atención médica argentina en el siglo XX, Buenos aires, Siglo XXI, p. 23-24
- Belmartino, Susana, et. al. (1990): Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación, Argentina, Organización Panamericana de la Salud, Publicación N°14.

- Bendersky, Marcelo; et. al. (2010): “Vulnerabilidad de los médicos de guardia en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”, en Mundo Hospitalario, Boletín Científico, año 15, N°67, julio.
- Burger, Carlos. (2008): “La contratación laboral y el profesional médico: los fraudes a la Ley de Contrato de Trabajo”, en Geriatria Clínica, Vol 2, N°3.
- Matzkin, Marcelo; Monis, Daniel. (2005): “La salud de los profesionales de la salud”, en Mundo Hospitalario, Boletín Científico, año XIV, N°122, octubre.
- Mundo Hospitalario, revista de la Asociación de Médicos Municipales, 2009-2014
- Rossi, G., et al. (2013): “*Encuesta sobre satisfacción laboral de los médicos de un Hospital Público*”. IntraMed Journal, Norteamérica, 2, abr.
- Viñas, Nicolás Manuel. (2014): “¿M’hijo el doctor? Las condiciones laborales de los médicos en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”, IV Jornadas Internacionales de Investigación y Debate Político, Centro de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales, 5, 6 y 7 de junio.
- Viñas, Nicolás Manuel; Audisio, Nahuel. (2013): “Condiciones laborales de los trabajadores de la salud: la situación de los residentes, concurrentes y enfermeros en el sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, VII Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, 6,7 y 8 de noviembre.
- Visillac, Enrique, et al. (2007): “70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progresiva precarización del trabajo”. Disponible en: http://www.medicos-municipales.org.ar/premio_salud_publica_comparativo5.pdf
- AA. VV. (2002): “Para una historia de la pequeña burguesía criolla (o qué pasó el 19 a la noche)”, en Razón y Revolución, nro. 10.
- AA. VV. (2004): “Hagamos ciencia. Una respuesta fraternal a los compañeros del proyecto ‘El genocidio en la Argentina’”, en Razón y Revolución, nro. 13.
- Wainszelbaum, Néstor Rubén; Eliascher, Marta; Carabajal, María Teresa. (2004): “La vida laboral en trece hospitales generales del GCBA”, en MH Mundo Hospitalario, Boletín Científico, año 9, N°39, abril.