

Mario Luis Gambacorta

**REGULARIZACIÓN LABORAL DE MÉDICAS
Y MÉDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVADA:
EL CASO DE AMAP**

**REGULARIZACIÓN LABORAL DE MÉDICAS Y MÉDICOS
DE LA ACTIVIDAD PRIVADA: EL CASO DE AMAP**

Mario Luis Gambacorta

**REGULARIZACIÓN LABORAL DE MÉDICAS
Y MÉDICOS DE LA ACTIVIDAD PRIVADA:
EL CASO DE AMAP**

Gambacorta, Mario Luis

Regulación laboral de médicas y médicos de la actividad privada : el caso de AMAP / Mario Luis Gambacorta. - 1a ed. - Villa Tesei : Libros de UNAHUR, 2023.

152 p. ; 23 x 15 cm. - (Ciencia Abierta)

ISBN 978-631-90232-1-3

1. Organización Sindical. 2. Derechos Sindicales. 3. Legislación Sindical. I. Título.
CDD 344.0188

1ª edición, noviembre de 2023

© 2023, Universidad Nacional de Hurlingham, Vergara 2222, Villa Tesei,
provincia de Buenos Aires, Argentina (B1688GEZ).

www.unahur.com.ar/libros-de-unahur

(C) Mario Luis Gambacorta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HURLINGHAM

Rector

Lic. Jaime Perczyk

Vicerrector

Mg. Walter Wallach



Jefa Departamento editorial

Silvana Daszuk

Diseño de maqueta

Verónica Feinmann

Diagramación

VC_diseño

Edición

Alejandro Palermo

Corrección

Ignacio Miller

ISBN 978-631-90232-1-3

Fotocopiar libros está penado por la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión o digital, en forma idéntica, extractada o modificada, en español o en cualquier idioma, sin autorización expresa de la universidad.

Impreso en Argentina. Hecho el depósito que marca la ley 11723.

Índice

SOBRE LA COLECCIÓN CIENCIA ABIERTA, Juan Pedrosa	9
PRÓLOGO, Ezequiel Consiglio	11
AGRADECIMIENTOS	15
INTRODUCCIÓN	17
1. Antecedentes, organización institucional y desarrollo de la AMAP	23
El surgimiento de la AMAP	23
La obtención de la personería gremial	25
La reforma de los estatutos de la AMAP: modificaciones en clave de estrategia de crecimiento	31
Seccionales y filiales de la AMAP: su rol en una estrategia global de la organización sindical	35
Seccional AMAP Córdoba	36
Seccional AMAP Provincia de Buenos Aires - Zona Sur	37
Seccional AMAP Santa Fe	38
Seccional AMAP Chaco / Corrientes / Formosa	39

2. Negociación, cobertura convencional y regularización	41
El CCT 619/11 con la adecra y su extensión como estrategia de la AMAP	42
La situación de los médicos de la actividad privada y la aplicación de la normativa laboral y los CCT	51
La continuidad del impulso de negociaciones con la ADECRA	53
Los CCT 972/08 “E” y CCT 1456/15 “E” con OSPLAD	58
El CCT 1228/11 “E” con International Health Services S.A.	64
El CCT 559/09 con CEMCA	65
El CCT 635/11 con CADIME	67
Las negociaciones con la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios	70
Los CCT 552/08 y CCT 742/16, con la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro.	
El caso del Hospital Español	75
La renovación del CCT 552/08 y el CCT 742/16 con la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro	81
El caso del Centro Gallego	84
El caso del Hospital Italiano	87
El caso del Hospital Británico	87
Negociaciones y CCT por empresa. El caso del Sanatorio Güemes (Silver Cross) - CCT 1300/12 “E”	89
El caso de Medicus	90
El caso del Sanatorio Dupuytren	98
Otras instrumentaciones de CCT	100
3. Inspección y regularización	103
El inicio del impulso de la actividad inspectiva de la AMAP	103
Las inspecciones en el ámbito de representación de la ADECRA	107
La configuración de la estrategia inspectiva de la AMAP	109

4. Impulso de acciones y proyectos regularizadores desde la AMAP	121
Convenio de Colaboración entre la AMAP y el MTEYSS	121
Propuesta de creación del Colegio de Médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	122
Propuesta de creación de la Unidad de Respuesta a Desastres de la Ciudad de Buenos Aires	123
Impulso al denominado <i>Plan 25</i>	124
La problemática de los médicos residentes	124
5. Hacia un Programa de Control de Registración Laboral de los profesionales de Salud	127
La iniciativa de la AMAP para establecer un Indicador Mínimo de Trabajadores (IMT)	127
Parámetros para un IMT	130
Referencias para el funcionamiento de los establecimientos médicos	131
El proyecto de IMT y los escenarios políticos	135
A modo de conclusión	139
Siglas utilizadas	147
SOBRE EL AUTOR	151

Sobre la colección Ciencia Abierta

La colección Ciencia Abierta, de la editorial Libros de UNAHUR, es hija de una decisión estructural e identitaria, tomada en el período fundacional de nuestra Universidad: comenzar las actividades científicas y tecnológicas, la producción de conocimiento, la investigación y el desarrollo desde el primer día de vida, en paralelo con las actividades académicas, culturales y recreativas que se ofrecen a la comunidad.

La Universidad Nacional de Hurlingham (UNAHUR) puso el foco, desde su origen, en las demandas del territorio que la circunda y ha extendido esas fronteras de acuerdo al carácter de las necesidades y problemáticas que se detectan o se reciben. Así, Villa Tesei, Hurlingham, el “viejo” partido de Morón, el Conurbano Oeste, el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la provincia de Buenos Aires, la Argentina, Latinoamérica, en ese orden, todos son territorios de influencia que la Universidad abraza proponiendo un modelo de construcción de conocimiento colectivo, participativo, interdisciplinario, a partir de problemáticas relevantes, pertinentes y oportunas para comprender la realidad social y actuar sobre ella transformándola en un sentido emancipador.

El diálogo constante con los actores del territorio permitió seleccionar una serie de temas que, ya sea por su importancia estratégica para el desarrollo local o por la urgente necesidad de intervención, marcaron la definición de las primeras líneas de investigación de la UNAHUR. La escuela secundaria; la atención primaria de la salud; aplicaciones biotecnológicas para el agro, la salud y la alimentación, y la mejora de las pymes y la industria conforman esta familia inicial de tópicos de interés, que la UNAHUR aborda teniendo en cuenta su color local, con el objetivo de generar mejoras en la calidad de la comunidad.

Entre sus objetivos fundamentales, el sello Libros de UNAHUR se propone como una plataforma para poner en circulación y difundir el conocimiento y las producciones científicas y culturales surgidas del seno de esta Universidad del Conurbano bonaerense. Y, específicamente, esta colección Ciencia Abierta procura abrir espacios para que sus investigadores, investigadoras, docentes y especialistas en general se sumen a un debate científico y académico riguroso, innovador, significativo y con sensibilidad social en sus campos de trabajo.

Esta colección es una invitación, de este modo, a conocer el territorio de la UNAHUR: su problemáticas, sus necesidades, sus desafíos. También, a conocer a la propia UNAHUR en su hacer y en quienes la hacen: la producción de sus investigadoras e investigadores, sus intereses, sus capacidades, sus fortalezas y valores.

Quedan, entonces, invitados e invitadas a apropiarse de los aportes que, desde el segundo cordón del Conurbano bonaerense, la Universidad Nacional de Hurlingham pretende sumar a los esfuerzos por alcanzar la “felicidad del pueblo y la grandeza de la Nación”.

Juan Pedrosa

Secretario de Investigación
Universidad Nacional de Hurlingham

Prólogo

El principal problema del sistema sanitario en la Argentina radica, probablemente, en la convivencia de los subsectores que lo integran. La falta de unicidad formal, incluso, pone en tela de juicio el uso del término *sistema* en el campo de la salud –como prefieren denominarlo varios de nuestros mejores artífices de teoría sanitaria– de nuestro país. Aun así, de los subsistemas existentes, definidos en función de su fuente de financiación, es el subsector público –garante permanente del derecho a la salud– el que suele suscitar mayor interés. Al tiempo que recibe todo tipo de críticas, también es objeto de reconocimientos, muchas veces parciales y momentáneos. Tanto para el subsector de la seguridad social como para el privado parecería que el área más problemática fuera la relacionada con los aspectos financieros, dando por sentada una calidad que cuenta –o contaba– con altos niveles de aceptación.

Sin embargo, el conjunto de prestadores –compartidos en no pocas oportunidades por esos dos subsectores– suele exhibir una secuencia casi del todo establecida, integrada por reclamos, apelaciones y medidas cautelares en la Justicia, cuando se busca la resolución de conflictos de carácter económico con el fin de asegurar el funcionamiento de

las empresas. Se trata de un conjunto de acciones que pueden ser interpretadas como de búsqueda de una tutela estatal. No nos referimos a la crítica de la falta de libertad de mercado como mecanismo *natural* de regulación económica –o no solo a eso–, sino a la solicitud de resguardo frente a situaciones médicas que suelen englobarse bajo el término de *alto costo*. Esta situación fue particularmente acuciante durante la pasada pandemia de COVID-19, aun cuando las inversiones en materia de vacunas, por ejemplo, quedaron a cargo del Estado, lo que, dado el impacto de su efectividad, benefició a las empresas. La tutela estatal, que se advierte claramente en esos contextos inesperados, no parece ampliarse a condiciones más predecibles y, por ende, adecuadas para ser objeto de una planificación.

La amplitud de los posibles componentes de la salud comunitaria y la manera en que estos pueden relacionarse entre sí dan cuenta de una complejidad que, en términos de Edgar Morin, puede ser considerada como un modo de interrogarse, antes que de responder. No es casual, entonces, que en este marco conceptual y operativo nos interese por un estudio de aspectos jurídicos laborales en una población de profesionales de la salud, pues no es ocioso ampliar nuestros interrogantes. Las respuestas que podamos hallar nos esperan para hacernos capaces de comprender más y mejor nuestras necesidades en todo momento.

El estudio que aquí presentamos busca clarificar, a partir de ejemplos concretos, una problemática que, desde que su investigador llevara a cabo su indagación hasta ahora, no ha hecho más que escalar, tal como se puede observar en los medios de comunicación; a saber: la conflictividad laboral con profesionales del campo sanitario. Más allá de la mera enumeración de medidas de fuerza y acciones de lucha sindical en el subsector público, este estudio presta atención a un ámbito poco visible, como lo es el de la actividad privada. Se trata de un subsector que brinda cobertura a casi el 60 % de la población argentina, dependiendo de los escenarios político-económicos. A través de los análisis realizados en esta obra, podemos advertir que no sería el aseguramiento de los márgenes de ganancia de las empresas prepagas, ni los equilibrios siempre dificultosos de las obras sociales, la única agenda que se debería plantear en este subsector. La invisibilización de conflictos laborales sesga una

discusión que afecta a los profesionales médicos y también a la comunidad en todo sentido.

Creemos, por lo tanto, que darle entidad a problemáticas que no suelen ser evidenciadas en subsectores cuyas discusiones resultan acotadas a cuestiones financieras permite ampliar un escenario de debate que puede resultar de utilidad para la unificación del sistema de salud en la Argentina. Dicha unificación no implica, tal como lo han enunciado varios actores, su estatización, sino el establecimiento de mecanismos regulatorios más modernos, necesarios y sostenibles, con un criterio de eficiencia basado en una racionalidad determinada no solo por el sistema de financiación sino por el perfil de salud-enfermedad de la sociedad argentina. En este escenario –por ahora posible, y quizás ineludible en un futuro cercano–, la relación laboral también constituye un punto de la agenda. Más aún: independientemente de que se busque y logre un sistema unificado –o armonizado–, hay coincidencias en la literatura local e internacional sobre la necesidad de una reestructuración de los sistemas de salud a partir del escenario evidenciado por la pandemia.

Entendemos que la salud es un territorio que, más allá de lo público y lo privado, debe ser entendido como *común*. Ya enunciamos la complejidad que subyace al concepto de salud comunitaria. Por eso celebramos esta contribución, realizada desde el Derecho, respecto de la problemática que afecta a un sector profesional ocultado en su conflictividad, dentro del marco del difícil panorama sanitario argentino, como un valioso aporte a debates más amplios, más resolutivos, más necesarios para la sociedad.

Dr. Ezequiel Consiglio
Director del Instituto de Salud Comunitaria
Universidad Nacional de Hurlingham

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a la Comisión Directiva de la AMAP y en especial a su secretario general, el Dr. Héctor Garín, por su generosidad y su disposición permanente para responder a mis inquietudes, dudas y reflexiones en los relevamientos efectuados. Agradezco también al área jurídica de la AMAP, en particular a la Dra. Noelia Sansone, quien me facilitó la sistematización de la información, y a todo el personal de la AMAP, por su cordialidad.

Además de los mencionados, agradezco a mi director de postdoctorado en la Universidade Estácio de Sá, el Dr. Eduardo Manuel Val, por orientarme y guiarme con su experiencia y saber, y a la Universidad Nacional de Hurlingham, por su apoyo e interés en esta publicación, en especial al Dr. Ezequiel Consiglio, por su buena predisposición, calidad académica y su compromiso con las problemáticas sindicales, en vista a la defensa y promoción de los derechos de las trabajadoras y los trabajadores.

No quiero olvidarme de mi esposa, mi madre y mis hijos, quienes soportaron y entendieron el tiempo sustraído a su atención para realizar este trabajo; a ellas y a ellos va mi más sincero cariño y gratitud.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento a todas las médicas y todos los médicos que se sienten trabajadores y luchan por sus derechos y el de sus colegas, y por su abnegada labor durante la pandemia de COVID-19.

Introducción

El presente trabajo es el resultado de una investigación posdoctoral, desarrollada en el marco del *Programa Pós-graduação em Direito* (PPGD) de la Universidade Estácio de Sá (UNESA) de Río de Janeiro; esta, a su vez, es una continuación y profundización de las líneas de investigación iniciadas para la obtención del título de Doctor en Ciencias Jurídicas por la Universidad del Salvador de la Argentina, en 2017.¹ La indagación abordó el surgimiento, los objetivos y la lucha llevadas adelante por los médicos de la actividad privada organizados y representados en la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP). A partir del relevamiento de datos y documentación en la propia entidad y de entrevistas a sus protagonistas, se buscó realizar un *racconto* del desarrollo de la AMAP como organización gremial y, consecuentemente, un análisis respecto del accionar sindical de los médicos de la actividad privada. Se puso el foco en las estrategias articuladas por la AMAP en torno al con-

1 Mario Luis Gambacorta, *La inspección del trabajo y de la seguridad social como herramientas para el bienestar general*, Buenos Aires, UMSA, 2018.

flicto que aqueja a sus representados y a la propia entidad respecto de uno de sus principales objetivos: la regularización laboral y previsional de los médicos y las médicas que desarrollan su actividad profesional en el ámbito privado. Dicho objetivo responde a la necesidad de superar y derrotar el fraude laboral, que se verifica en numerosos centros de salud privados.

El texto analiza, fundamentalmente, las acciones diseñadas por este sindicato de profesión –podríamos decir, también, *de profesionales*–, orientadas a impulsar el cumplimiento de la normativa del trabajo y de la seguridad social hacia sus representados –sean estos afiliados o no–, en línea con el modelo sindical argentino. Considero que estas acciones merecen ser examinadas con detenimiento, pues constituyen un aporte para el estudio de la acción gremial general; en tal sentido, pueden proyectarse como estrategias de crecimiento gremial, dentro de la lógica del modelo de relaciones laborales vigente en la Argentina. Entre esas acciones, se encuentran las inspectivas –que aquí caracterizo como *interdisciplinarias*–, a las que suele recurrir la AMAP como parte de una estrategia coordinada con la negociación colectiva, junto con otras acciones sindicales. Como principales herramientas y procedimientos sistematizados de tales acciones, se destacan el énfasis puesto sobre la regularización, la articulación de la inspección con la suscripción de convenios colectivos de trabajo (CCT), y el reconocimiento y la aplicación de esos derechos, es decir, el establecimiento de su vigencia como nuevo punto de partida para seguir avanzando. Se trata de un interesante proceso de retroalimentación entre las acciones *inspectivas y negociales*. Lo actuado por la AMAP se presenta, así, como una instancia de marcos transversales de intervención tutelar no estatal y, a la vez, en articulación con lo estatal, se vale de diversas instituciones y herramientas propias del derecho del trabajo. De este modo, constituye una referencia más que relevante en vista de la regularización del personal médico.

Además del recorrido histórico, el trabajo se propone realizar una aproximación al estado actual de la cuestión, en relación con la regularización y el cumplimiento de la normativa laboral y el desarrollo de la negociación colectiva por parte de los médicos de la actividad

privada, a través de la organización gremial que los representa. Si bien el ámbito que se aborda es fundamentalmente el de la Ciudad de Buenos Aires, el enfoque procura atender y analizar las estrategias de la AMAP –e, incluso, más allá de ese ámbito–. El período priorizado es el que abarca desde la obtención de la personería gremial, en 2007, hasta 2017, sin desmedro de complementar la información cuantas veces sea necesario.

En los capítulos que siguen se desarrollan, por lo tanto, el análisis y la explicitación de los escenarios en los que la AMAP realiza sus acciones; es decir, el modo en que transforma en praxis las teorías que ella misma estructura, las cuales resultan fundamentales para una mejor comprensión de la problemática de la regularización de los trabajadores médicos de la actividad privada. Prestaremos atención al marco que brinda el modelo sindical argentino al otorgar la representación de los intereses individuales y, sobre todo, colectivos –esto es: negociación colectiva y suscripción de convenciones colectivas del trabajo– a la organización gremial que, mediante el cumplimiento del procedimiento legalmente establecido en la Ley 23.551, logra erigirse como la más representativa en determinado ámbito.

Cabe señalar que, en el ámbito de representación de la AMAP, se verifica al presente una falta de registración de aproximadamente un cuarenta por ciento de los trabajadores médicos. Un objetivo complementario de este trabajo es hacer visibles las principales causas de ese elevado porcentaje y verificar si obedece a prácticas empresariales, inacción de la autoridad de aplicación, costumbres de los propios profesionales del arte de curar, o una conjunción de estas y otras causales.

El abordaje que realizaremos parte de una situación compleja y difusa que, de regularizarse en un sentido tutelar, entenderíamos entroncaría con la analizada en nuestra tesis doctoral, a saber: la inspección del trabajo y de la seguridad social, y sus potencialidades como herramienta útil y valiosa para la consecución del bienestar general. Entendemos el bienestar general como parámetro de referencia a partir de una concepción de inclusión y en sintonía con la idea de fortalecimiento de la ciudadanía, sobre todo en su faceta social –apoyado esto en la

regularización y el consecuente fortalecimiento de los recursos de la seguridad social en el marco de un modelo de Nación.²

Consideramos que la situación laboral de los médicos de la actividad privada es socialmente deficitaria. Por ello, en virtud de los objetivos bosquejados precedentemente, atenderemos y analizaremos datos reales, tales como: condiciones laborales en general –con o sin regularización–, registros históricos de esta categoría profesional y acciones emprendidas ante las diversas situaciones que se han planteado. Consideraremos, además, si esas acciones han sido suficientes en relación con los resultados que se han propuesto alcanzar.

En el tema que nos ocupa, no se verifica, a partir de nuestros relevamientos de doctrina, la existencia de materiales teóricos integrales y sistematizados para el estudio ni la proyección instrumental de la inspección como herramienta sistemática aplicada al caso de los médicos de la actividad privada. Tampoco se verifica una articulación estratégica de la inspección con la negociación colectiva, el cct y la verificación de su cumplimiento. Esto es precisamente lo que postulamos, y queremos presentarlo como una suerte de círculo virtuoso –un sistema homeostático que se podría potenciar y retroalimentar en el sentido tutelar precedentemente expresado.

En relación con lo anterior, cobra vital importancia el histórico debate en torno a la oposición “relación de dependencia” versus “locación de servicios”, en cuanto a la prestación de servicios que realizan los médicos y las médicas. Se trata de un debate que subsiste debido al recurrente regreso de paradigmas neoliberales flexibilizadores, deslaborizadores y fragmentadores en cualquier colectivo laboral.³ Estos paradigmas, como se sabe, priorizan el mercado por sobre cualquier derecho social.

2 Mario Luis Gambacorta, *op. cit.*

3 Mario Luis Gambacorta, y Álvaro D Ruiz, “Nuevos intentos en torno a viejos paradigmas: la flexiseguridad y otros argumentos como herramientas para deslaborizar el derecho del trabajo en una lógica de prevalencia del análisis económico del derecho”, en *Derecho del Trabajo*, La Ley, Año LXXIV, núm. 10, octubre de 2014.

La estrategia de trabajo que nos trazamos parte de la necesidad de la percepción y posterior definición del problema que constituye el objeto de nuestro análisis. Específicamente, nos proponemos explorar las causas y los condicionantes para la persistencia de los déficits de registración y los demás incumplimientos laborales que afectan a las médicas y los médicos de la actividad privada, así como las iniciativas que han surgido para revertir la situación. Puesto que nos enrolamos en la corriente interpretativa que concluye que la ley no se agota en el derecho, en este trabajo consideramos fuentes materiales y configuramos juicios de valor. Se trata de hacer visible el modo en que funcionan las normas aplicables en cuanto a la problemática estudiada y en qué medida lo hacen. Partimos de la premisa de que el mero derecho positivo no sirve, aisladamente, para la solución de las dificultades constatables que persisten en torno a la inspección –particularmente– y la negociación colectiva –en general–, en lo que hace a la defensa de los intereses de los trabajadores médicos de la actividad privada. Nos orientamos, por lo tanto, a la instrumentalización de criterios de justicia distributiva con vistas a la inclusión social, la igualdad y la ampliación del concepto de ciudadanía.

1. Antecedentes, organización institucional y desarrollo de la AMAP

El surgimiento de la AMAP

En 19 de noviembre de 1998, un grupo de aproximadamente treinta profesionales médicos que prestaban los servicios de su especialidad para distintos establecimientos y empresas privadas de la ciudad de Buenos Aires se reunió con el objetivo de constituir una asociación gremial que les permitiera ejercer la defensa de los intereses profesionales comunes.¹ La Asociación de Médicos de la Actividad Privada, AMAP, pretendía representar a las médicas y los médicos que prestaran los servicios de su profesión en calidad de trabajadores.

1 Cf. Acta Constitutiva de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada. Buenos Aires, 19 de noviembre de 1998.

La creación de la AMAP está directamente relacionada con la falta de registración de las médicas y los médicos de la actividad privada y la necesidad de atender esta problemática, con foco en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este impulso, sin embargo, deberá lidiar, en simultáneo, con lo que implica

amalgamar gremialmente a los trabajadores médicos dentro de un universo laboral refractario a lo sindical y ciertamente hostil desde el sector patronal, más proclive a acomodar situaciones personales de sus dependientes que a discutir con un sindicato en general condiciones de trabajo o salariales.²

La AMAP vino a concentrar las actividades de las médicas y los médicos del sector privado que antes estaban nucleados en la Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA), la que, si bien cumplió un rol estratégico en muchos aspectos del crecimiento de la AMAP en sus inicios –amén de otros valiosos aportes (como se verá más adelante)–, no podía representarlos en su conjunto y en función de sus especificidades: todos los representados de la FEMECA son profesionales, pero no todos son médicos; la AMAP, en cambio, representa exclusivamente a los médicos de la actividad privada. Esta, a su vez, en tanto asociación gremial de médicos, se halla adscripta a la FEMECA, de la que forman parte también otros médicos, junto con profesionales no médicos.

El primer paso hacia la formalización de la AMAP fue, obviamente, la simple inscripción gremial. Esta se obtuvo el 15 de agosto de 2001 por Resolución 447 del entonces Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos (MTEYFRH),³ en el Expediente 1.019.905/99. El estatuto social aprobado por dicha resolución, sostiene que la AMAP

2 Álvaro D. Ruiz, “El significado de la organización de los trabajadores. El caso de la AMAP” [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 26 de noviembre de 2017, disponible en: https://www.asociacionamap.org.ar/noticias/965_el-significado-de-la-organizacion-de-los-trabajadores-el-caso-de-la-amap [consulta: 26 de junio de 2023].

3 Tal fue el nombre del Ministerio actualmente denominado Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEYSS) entre 1999 y 2002.

agrupará a los médicos que presten servicios de su especialidad, en relación de dependencia, cumpliendo función asistencial o no asistencial para clínicas, centros médicos, sanatorios, centros asistenciales en general, con o sin internación, de diagnóstico o tratamiento, servicios de medicina laboral, servicios de traslado de personas en ambulancia, servicios de atención médica domiciliaria de urgencia y de emergencia y/o cualquier otra empresa o establecimiento cuya titularidad sea de personas físicas o jurídicas de carácter privado, tengan o no fines de lucro [...] extendiendo su zona de actuación en la Ciudad de Buenos Aires.⁴

La obtención de la personería gremial

El 23 de septiembre de 2004, por Expediente 1.096.595 se solicitó el otorgamiento de la personería gremial. En la presentación efectuada ya se señalaba el carácter de sindicato de profesión y la identidad diferenciada gremial en la que se encontraban nucleados las médicas y los médicos -con intereses también diferenciados, por ser profesionales que se desempeñaban en la actividad privada-. En ese momento, y para cumplimentar el requerimiento en cuanto a afiliaciones en los últimos seis meses -como prevé la Ley 23.551 de Asociaciones Sindicales-, la AMAP ya contaba con novecientos diecisiete afiliados cotizantes. Ante la insuficiencia de datos para determinar formalmente el universo que se pretendía representar, la AMAP incluyó en su presentación los elementos de juicio con que contaba. Así, sobre la base de los afiliados efectivos, proyectó un total de alrededor de cuatro mil afiliados, lo que fue validado luego por la Dirección Nacional de Asociaciones Sindicales (DNAS). La ausencia de un registro oficial de los médicos que estaban trabajando en la Ciudad de Buenos Aires -salvo de los médicos municipales vinculados a la Asociación de Médicos Municipales (AMM)-, dificultó la tarea de establecer el número proyectado. Para corroborarlo, la DNAS envió oficios a distintos lugares a fin de que acreditaran la relación de dependencia de quienes la AMAP pretendía representar. También se solicitó información a la Superintendencia de Servicios de Salud (sss), en función

4 Síntesis del estatuto social de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada, aprobado por Resolución MTEYFRH. 447/01, art. 1.º B.O. núm. 29.807 1.a Sección.

del registro de prestadores, estimado en alrededor de quinientos, pero casi nadie respondió. La FEMECA colaboró activamente y formuló un pedido a la Dirección de Registro, Fiscalización y Salida de Frontera del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, requiriendo que se informara la nómina de establecimientos asistenciales con internación y sin internación que se encontraban habilitados por ese ministerio. Tal como hiciera la DNAS, también se libró una importante cantidad de oficios a entidades que contaban con médicas y médicos en sus plantillas.⁵ Según lo informado por la FEMECA a fs. 113 del expediente, durante el período marzo a agosto de 2004, alrededor de tres mil doscientas médicas y médicos,⁶ afiliados o no a entidades sindicales, prestaban servicios bajo relación de dependencia en la Capital Federal, cumpliendo función asistencial o no asistencial.

Por su parte, la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), Filial Buenos Aires, al momento de correrse el correspondiente traslado previsto por la normativa vigente, expresó que no existía colisión de intereses. En consecuencia, solo quedaba la necesidad de realizar el cotejo de afiliados, también previsto por la ley; en este caso, entre la AMAP y la Asociación de Profesionales del Programa de Atención Médica Integral y Afines (APPAMIA). Fue así que, en la audiencia fijada por el Ministerio de Trabajo para el 16 de mayo de 2006, se presentaron por la AMAP una media de novecientos catorce afiliados y afiliadas para el correspondiente semestre de 2004.

El 16 de abril de 2007, por resolución 293 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), se rechazó un pedido de suspensión de efectos, y formalmente, un recurso jerárquico de APPAMIA. El 7 de junio de 2007 se realizó la audiencia a los fines de la compulsa de la representatividad entre la AMAP y APPAMIA, en la que la AMAP acreditó novecientos veinte afiliados cotizantes por sobre doscientos noventa y uno de la otra entidad sindical. Por Acta Acuerdo, la APPAMIA dejó sin

5 Estas gestiones ponen en evidencia la necesidad de contar con mecanismos procedimentales más ágiles y efectivos que faciliten la obtención de datos para la tramitación de este tipo de actuaciones, y la necesidad de instrumentar y/o vincular bases de datos oficiales y privadas.

6 Discriminados mes a mes: 3258, 3270, 3265, 3263, 3268, 3269.

efecto su oposición y prestó consentimiento al otorgamiento de la personería gremial a la AMAP. Concretamente, y respecto de los médicos que brindaban servicios en las obras sociales del sector privado, prestó consentimiento al otorgamiento de la personería gremial a la AMAP en la medida en que dicho sector fuera compartido con la APPAMIA, estableciendo que, en el caso de conflictos o negociación colectiva, ambas entidades participaran en conjunto. Para el sector de las obras sociales del sector público, APPAMIA mantuvo la representación que detentaba. Finalmente, el 7 de noviembre de 2007, por resolución 1307 del MTEYSS, se otorgó la personería gremial a la AMAP.

Para 2009, las afiliaciones de la AMAP habían crecido fuertemente, y la Asociación tenía cada vez una mayor actuación ante el Ministerio de Trabajo de la Nación, tanto en cuestiones de negociación como en cuestiones tendientes a la registración de los médicos de la actividad privada y a la regularización de su trabajo -esto último, objetivo prioritario de la entidad, impulsado en el marco del convenio suscripto con el Ministerio-.⁷ En ese mismo año se compró el inmueble de la actual sede, en la calle Santiago del Estero,⁸ que se inauguró el 7 de noviembre de 2011, día del médico de la actividad privada. Asimismo, en octubre de 2009, la AMAP comenzó a desarrollar actividades para extender su ámbito de actuación, lo que condujo a que el 20 de septiembre del año siguiente solicitara, por Expediente 1.407.885, la inscripción “en todo el territorio de la República Argentina, como asociación gremial de primer grado”. Paralelamente, en 2011, en virtud del incremento del padrón de afiliados con médicos que trabajaban para obras sociales que no formaban parte del Estado,⁹ solicitaría, por Expediente 1.438.942, el otorgamiento de la personería gremial con exclusividad para la representación de las médicas y los médicos de la actividad privada de la Capital Federal, en el ámbito de obras sociales no estatales, entendiéndose por tales las que revisten el carácter de obras sociales sindicales, obras sociales del per-

7 Convenio de colaboración entre el MTEYSS y la AMAP 132, del 10 de septiembre de 2009.

8 AMAP, Memoria 2009-2010.

9 Según lo establecido en el art. 1, inc. a) e) f) y h) de la Ley 23.660, de Obras Sociales.

sonal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, obras sociales por convenio y otras obras sociales que no forman parte del Estado, con exclusión del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Para evaluar de manera adecuada el sentido y el alcance de estas intervenciones de la AMAP, debe tenerse presente, ante todo, que la actividad médica en el sector privado se caracteriza por su poca participación y movilización.¹⁰ Por eso, para definir una estrategia de regularización, lo que la Asociación tenía prioritariamente a su alcance era aprovechar al máximo lo que las normas le permitían; tal como expresó uno de sus referentes, “la movilización y la protesta son cosas diferentes a los simples reclamos”.¹¹

A fin de hacer lugar a la solicitud de la AMAP de representación exclusiva de los médicos que ejercían su actividad en relación de dependencia en las obras sociales privadas, se dispuso un nuevo cotejo de representatividad con APPAMIA, conforme lo previsto en el artículo 28 de la Ley 23.551. Este nuevo cotejo era necesario, sobre todo, porque el aumento de afiliados de la AMAP implicaba una modificación de las circunstancias en torno a las cuales había sido concertado el acuerdo anterior, y que, al ser denunciado, habilitaba la constatación y eventual desplazamiento de personería. En tal sentido, el Director de Dictámenes y Recursos de la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MTEYSS emitió el Dictamen 1736.

Resulta interesante destacar aquí el hecho de que existían dos entidades con personería gremial que representaban a un mismo sector dentro del ámbito privado y que luego se entendió que una podía desplazar a la otra si demostraba tener más afiliados cotizantes. Se verifica, asimismo, una diferenciación en la práctica con el encuadramiento sindical –que es lo que quizás también se podría haber pensado–, por la imposibilidad

10 Así surge de entrevistas realizadas a integrantes de la AMAP y médicos en general.

11 Permítasenos destacar que es aquí donde cobra relevancia superadora la organización colectiva y el rol subsidiario del Estado –ya sea que este lo asuma o no– para suplir las limitaciones o el desdén de los diversos actores involucrados en el cumplimiento normativo. De manera más puntual, es la organización sindical la que delinea un camino para ampliar su representación, fortalecer a sus representados y, consecuentemente, fortalecerse.

de una coexistencia de personerías que se había dado primigeniamente, pero que ya no se presentaba como factible, puesto que: a) se dejó de priorizar el ámbito compartido originalmente, y b) pasó a segundo plano la superposición de personerías gremiales.

Por Resolución 564 del MTEYSS del 29 de junio de 2012 se rechazó un recurso jerárquico de APPAMIA. Se consideró que fue superado el acuerdo alcanzado en su momento, que no impedía el derecho de desplazamiento posterior de la personería gremial hasta entonces compartida y por lo cual esa vía había quedado latente. El 19 de marzo de 2013 se realizó audiencia de representatividad para el cotejo de afiliados. A esta audiencia no compareció nadie por APPAMIA. Vale mencionar que los afiliados cotizantes médicos de la AMAP en las obras sociales del sector privado entre octubre de 2010 y marzo de 2011 ascendían mensualmente a 566, 576, 347, 292, 366 y 333. En consecuencia, por Resolución 491/2013 del MTEYSS, se otorgó a la AMAP la “personería gremial exclusiva para representar a los médicos que prestan servicios en relación de dependencia con las obras sociales del sector privado, con zona de actuación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, y APPAMIA fue excluida de dicha representación. Cabe destacar que, previamente, por Resolución MTEYSS 228 del 11 de marzo de 2011 la AMAP había obtenido la inscripción gremial en la provincia de Buenos Aires. A su vez, con posterioridad, por Resolución MTEYSS 674 del 16 de julio de 2013 amplió su ámbito de actuación a todo el territorio de la República Argentina. Esta estrategia de ampliación de sus zonas de actuación continuó: el 24 de abril de 2015, por Expediente MTEYSS 1.671.089, la AMAP solicitó que se le otorgara la personería gremial en San Isidro y Vicente López. A tal fin, señaló que en esos partidos no había otro sindicato y que superaba el veinte por ciento requerido del universo que pretendía representar. El 24 de abril de 2015, por Expediente 1.671.091, formuló la misma petición para la localidad de Caseros, en la provincia de Buenos Aires y el 6 de octubre de 2015, por Expediente 1.694.784, hizo lo propio para la provincia de Córdoba.

Estas solicitudes se realizaban porque la cantidad de afiliados que la Asociación tenía en esos lugares era representativa. El MTEYSS no respondió a las solicitudes de la AMAP, por lo que se evaluó en su momento ini-

ciar una acción judicial. Tal actitud del MTEYSS, concordante con otras, da cuenta de una *ralentización* de los procesos de tramitación sindicales, sobre todo desde diciembre de 2015, lo que afectó también las tramitaciones iniciadas anteriormente, como las ya mencionadas.¹²

En lo que se refiere a la AMAP, desde la obtención de la personería gremial en 2007, pero sobre todo a partir del año 2015, se aprecia una orientación de su actividad hacia el crecimiento y la expansión en ámbitos territoriales, fundamentalmente para la obtención de la inscripción gremial, y una vez alcanzada esta, para ampliarla desde la afiliación a ámbitos compartidos por superposición o ámbitos en los que se constata la ausencia o insuficiencia de representación sindical. Estos parámetros se imbricarán con una subsecuente política de afiliación sindical e impulso a la organización en el lugar de trabajo, de lo cual se hablará más adelante.

El crecimiento y la expansión de la AMAP también se verificó en otros ámbitos, más allá de los territoriales. Así, en los convenios colectivos de trabajo (CCT) firmados a lo largo de los años se ampliaron áreas; por ejemplo, colectividades. En un momento, solo cubrían las guardias; luego, incluyeron también las terapias.

Actualmente, en la ciudad habría un universo de diez mil médicos, de los cuales están afiliados alrededor de cuatro mil,¹³ y mil ochocientos prestadores de salud, entre los que se encuentran de cien a ciento cincuenta entidades mayores, sobre las que se hicieron inspecciones. Mediante su accionar, la AMAP ha logrado, entre otras cosas, reducir la no registración, de, aproximadamente, un setenta a un cuarenta por ciento. Si bien fue un gran avance, en términos generales subsiste una situación de irregularidad y fraude laboral, por lo que interesa ver las incidencias que influyeron -e influyen-, positiva o negativamente, en la continuidad de este accionar gremial. Saliendo del ámbito de la Capital Federal, en la Argentina se estima la existencia de unos cien mil médicos y médicas que trabajan en el

12 Esta apreciación ha sido corroborada por diversas entrevistas con integrantes de la amap y otros profesionales y representantes gremiales-

13 Este dato general surge a partir de estimar que el Sanatorio Güemes, Galeno y Swiss Medical cuentan con entre ochocientos y mil médicos cada uno.

sector privado. De ellos, setenta y cinco mil no están registrados y hacen aportes como monotributistas y, en el caso de que existan, a las cajas de previsión y seguro médico de cada provincia. Se calcula que un noventa y cinco por ciento de los médicos no están registrados.

Respecto de la remuneración, un estudio de la AMAP realizado en 2017 consideraba que el ingreso de un médico ascendía a \$ 30.000 brutos, lo que, multiplicado por los setenta y cinco mil médicos no registrados, daría un total de \$ 2.250.000.000 mensuales. Si se contara el aguinaldo, el monto anual ascendería a \$ 29.250.000.000. En cuanto a los aportes sobre el sueldo (alrededor de un diecisiete por ciento), representarían \$382.500.000 mensuales, equivalente a \$ 4.972.500.000 anuales.¹⁴ Por su parte, las contribuciones, que le corresponden al empleador (un treinta y cuatro por ciento sobre el sueldo), arrojarían unos \$ 9.945.000.000 anuales. De estos cálculos, se deduce que el Estado dejaría de percibir anualmente \$ 14.917.500.000¹⁵ por los médicos y las médicas no registrados. Tomando como referencia una cotización del dólar del Banco Nación en torno a \$ 17,20 (a valores de 2017) esa suma equivaldría, aproximadamente, a u\$s 867,30 millones.

La reforma de los estatutos de la AMAP: modificaciones en clave de estrategia de crecimiento

Desde el año 2009, la AMAP consolida su estrategia de regularización y negociación, comenzando por el pedido dirigido a los empleadores, mediante nota, para que cumplan con la retención de la cuota sindical, conforme las previsiones del artículo 38 de la Ley 23.551. Tal solicitud es consecuencia del otorgamiento de la personería gremial en 2007 y del derecho emergente en favor de la entidad sindical más representativa. Se

14 Héctor Garín, “Por la precarización laboral el Estado deja de percibir quince mil millones de pesos” [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 19 de abril de 2017, disponible en: https://www.asociacionamap.org.ar/noticias/817_por-la-precariacion-laboral-el-estado-deja-de-percibir-15-mil-millones-de-pesos [consulta: 26 de junio de 2023].

15 Íd.

trata de un derecho vinculado a la necesidad de recursos para un mejor funcionamiento del accionar de la entidad sindical, lo cual, a su vez, es un elemento que integra la libertad sindical en el plano individual y, sobre todo, contribuye a su desarrollo en el plano colectivo, prioritariamente, a través de la negociación.

Casi inmediatamente después de la obtención de personería gremial, se solicitó la modificación del estatuto, por Expediente 1.255.590, del 22 de enero de 2008. La actuación estaba referida a precisar el alcance de la Asociación. Además, se precisó el ámbito de actuación de la entidad, al aclarar que “por persona jurídica de carácter privado, a los fines de este estatuto, debe entenderse toda persona jurídica que no revista el carácter de estatal”. En esta modificación se introdujo el régimen de cupo femenino, cuestiones de organización interna (creación de seis nuevas secretarías y dos prosecretarías) y la organización de las filiales.

Meses más tarde, el 7 de agosto de 2008, por Expediente 1.285.349, se agregó a la modificación del estatuto el detalle del objetivo y la organización de las filiales (artículo 66) y el requisito de cincuenta o más médicos para constituir las, así como la convocatoria a elecciones de la Comisión Directiva en las filiales (artículo 67). Todo esto será aprobado por el MTEYSS mediante la Resolución 623 del 20 de julio de 2009.

El 11 de septiembre de 2009, por Expediente 1.346.844, se comunicó a la autoridad de aplicación la asamblea general extraordinaria del 17 de septiembre de 2009, en la que se decidió incrementar la cuota sindical, del uno y medio al dos por ciento, modificar la sede social y ampliar de la zona de actuación a la provincia de Buenos Aires, además de una serie de disposiciones transitorias.¹⁶ Por su parte, el 4 de enero de 2010, por Expediente 1.364.629, se comunicó la asamblea del 20 de enero de 2010, en la que se propuso ampliar la zona de actuación a todo el país, amén de varias disposiciones transitorias. La modificación fue aprobada por Resolución MTEYSS 1008 del 27

16 El aumento de la cuota sindical fue autorizado por Resolución 32 dnas del 5 de noviembre de 2009.

de septiembre de 2010, “con carácter meramente estatutario”, sin que pudiera “ser invocada por la asociación sindical peticionante como una ampliación de su representatividad vigente, en los términos y con los alcances previstos en la Ley 23.551”, aunque la Asociación mantendría “el ámbito de actuación personal y territorial de su personería gremial, conforme fuera aprobado oportunamente por esta Autoridad de Aplicación”. La resolución explicitaba así una limitación para evitar confusiones entre el alcance de la personería gremial y el alcance estatutario (recuérdese que el alcance estatutario puede ser recortado por la personería gremial, pero no viceversa). Dicho sea de paso, merece destacarse el rol de la autoridad administrativa en lo que se refiere a la aplicación de las normas y su actuación en términos de gestión, en más o en menos.¹⁷

Volviendo al plano interno organizacional, el 22 de octubre de 2012, por Expediente 1.534.525, la AMAP impulsó una nueva modificación estatutaria, que afectaba a los artículos 11, 14 y 18 (Comisión Directiva), 21 bis (secretario y prosecretario del interior), 24 bis (vocales y suplentes), 28 a 43 (congreso federal), 44 a 52 (elección de la Comisión Directiva Central y de los revisores de cuentas), 53 a 59 (elección de autoridades de las filiales seccionales y congresales), 60 y 61 (patrimonio y fondos sociales), 66 (seccionales), 67 a 70 (apartado A sobre las filiales), 71 a 77 (apartado B de las seccionales), 78 a 81 (del congreso federal) y 82 y 83 (cláusulas transitorias). Mediante esta reforma, la AMAP buscó su crecimiento desde su ámbito originario de la Capital Federal hacia otros ámbitos territoriales y la construcción de una institucionalidad que contuviera las estrategias instrumentadas y/o a instrumentar. La modificación sería completada por la que se realizó en la asamblea general extraordinaria del 12 de junio de 2013, en la que se reformaron los artículos 65 (consejeros ante la Federación Médica Gremial de la Capital Federal), 69 (elección de los consejeros de las filiales, pre-

17 De modo análogo -podría señalarse- la actitud que asuman diversos empleadores no constituye una incidencia menor en la configuración de una institucionalidad, que podrá ser elogiada o criticada conforme el enfoque y los intereses en juego.

sentación de listas, elevación a la Junta Electoral para recuento definitivo) y 73 (elección de los integrantes del consejo directivo de cada seccional, convocatoria, presentaciones de listas, avales, elevación a la Junta Electoral para recuento definitivo). La modificación estatutaria tramitó por Expediente 1.537.198/12 y fue aprobada el 22 de noviembre de 2013 por Resolución MTEYSS 1226.

Una nueva reforma de estatutos tuvo lugar el 16 de octubre de 2013, también mediante asamblea general extraordinaria. La modificación se comunicó al MTEYSS por Expediente 1.588.993 del 7 de octubre de 2013. Esta reforma afectó a los artículos 29 (integración de los congresales en el congreso federal), 45 (designación de la Junta Electoral por el Congreso Federal), 53 (convocatoria por la Comisión Directiva a elección de congresales, consejeros y autoridades de filiales y seccionales) y 71 (constitución de seccionales, su objeto, elecciones, mandato), junto con los artículos 3 (tramitación de la afiliación), 7 (obligaciones del asociado), 8 (tramitación de la cancelación de la afiliación) y 31 (deberes a cargo de las asambleas ordinarias), modificados previamente por la Comisión Directiva, el 9 de septiembre de 2013. Finalmente, el 22 de septiembre de 2014, por Resolución MTEYSS 988 se aprobó esta modificación.

La última reforma estatutaria que se pone a consideración fue fruto del Congreso Federal Extraordinario del 3 de junio de 2015. En esa ocasión se decidió la modificación de los artículos 74 (facultades y deberes del Consejo Directivo de la seccional, además de los establecidos en el artículo 66), 76 (deberes y atribuciones del Consejo Directivo de la Seccional -se estableció una mayor articulación con la Comisión Directiva con concentración de la representación-), 78 (convocatoria de la Comisión Directiva Central a elección de delegados de seccional o filial); 79 (elección y mandato de los delegados de seccional y filial) y nuevo artículo 80 (remoción de delegados de seccional o filial, causales, mayoría de dos tercios en la Comisión Directiva Central, recurso ante el Congreso Federal). El 20 de mayo de 2015, por Expediente 1.674.858 se había comunicado al MTEYSS y acreditado su convocatoria.

Las sucesivas reformas de estatutos permiten observar en la AMAP una permanente adecuación institucional para el accionar estratégico, que entronca con la lógica institucional del modelo sindical argentino y que se articula con las seccionales o filiales. Dicha lógica se manifiesta en que concentra la representación, pero -vale destacarlo- sin desconocer la necesidad de la organización sindical a nivel local. Precisamente, la fortaleza que proviene de la concentración del poder sindical no siempre formula estrategias o atiende la representación en el lugar de trabajo, tal como surge de la organización impulsada por la AMAP. En esta línea, la AMAP no pierde de vista la necesaria organicidad que las seccionales o filiales deben atender, a fin de evitar la atomización sindical y el debilitamiento por aislamiento (como es el caso de los sindicatos de empresa o las comisiones de empresa que actúan desvinculándose, de una u otra forma, de la conducción de sus organizaciones). Esto afectaría una estrategia global que, en el caso de la AMAP, ha logrado, con avances en general y con algunos retrocesos, sostener en el tiempo mediante sus seccionales y filiales.

Seccionales y filiales de la AMAP: su rol en una estrategia global de la organización sindical

A través de las modificaciones estatutarias y la intervención en diversos conflictos colectivos puede constatarse una sincronización del accionar de la AMAP, orientado al desarrollo seccional en diferentes zonas. Tal desarrollo está vinculado, sobre todo, al crecimiento de la afiliación en esos lugares. Se verifica, a la vez, una complejidad en la instrumentalización de las seccionales y filiales por diversas razones:

- Como ya se ha señalado, los médicos, por las características del ejercicio profesional, el individualismo y el ejercicio liberal, no tienen una conciencia demasiado desarrollada en cuanto a la necesidad de juntarse para la defensa en términos colectivos de sus intereses, a pesar de que las condiciones de su trabajo han mutado actualmente a lo que puede caracterizarse como una *proletarización* de la profesión médica.

- Asimismo, en muchas provincias la idea acerca de *lo sindical* es débil (y debe tenerse en cuenta que no se configura fácilmente esa subjetividad). Algunos profesionales médicos están cómodos como monotributistas, sobre todo cuando logran funcionar como microempresas.¹⁸ Además, hay un escaso margen de reclamo y contratación. A menudo, existe una naturalización de estas situaciones.

De estas circunstancias se sigue que, para comprender la problemática de las médicas y los médicos de la actividad privada no alcanza con considerar los aspectos normativos: es necesario también incorporar al análisis las prácticas sociales (lo sociológico) y los valores en juego (lo axiológico).¹⁹

Hay cuatro seccionales en el país y trece filiales en la ciudad de Buenos Aires. Se detalla a continuación el estado de las seccionales.

Seccional AMAP Córdoba

Mediante el Expediente 1.633.111 del 16 de julio de 2014 se comunicó la convocatoria a elecciones del Consejo Directivo de la seccional de AMAP en la provincia de Córdoba para el 30 de julio de ese año. Los centros médicos en donde se desempeñaban los profesionales elegidos fueron notificados de la elección por carta documento; asimismo, se les informó que estos, como representantes sindicales, se encontraban incluidos en los regímenes de protección especial establecidos por los artículos 14 bis de la Constitución Nacional, 48 a 52 de la Ley 23.551, el convenio 87 de la OIT [Organización Internacional del Trabajo], tratados internacionales y doctrina de la Corte Suprema en el fallo de fecha

18 Pude apreciar esta actitud a través de los dichos de los propios profesionales con los que tomé contacto en el desarrollo de su actividad médica.

19 En parte como consecuencia de las razones expuestas, las filiales y, sobre todo, las seccionales evidencian problemas de financiamiento para organizar reuniones, campañas de afiliación u otras actividades, por los gastos que requieren. Muchas seccionales se sostienen con los aportes que le realiza la AMAP desde su sede en la ciudad de Buenos Aires, debido a que lo que recaudan es muy poco o no pueden recaudar por sus propios medios, porque no hay registración.

9/12/2009 en autos “Recurso de Hecho deducido por la actora en Rossi, Adriana María c/ Estado Nacional-Armada Argentina s/ sumarísimo”. Esta aclaración, que puede resultar redundante, no lo es, puesto que es consecuencia de los riesgos que corren quienes se postulan a la dirigencia sindical en lo que se refiere a la preservación de su trabajo, ya sea en términos formales como a premisas no articuladas de prácticas antisindicales, y que incide también en el crecimiento, la acción y los resultados que obtiene una asociación sindical.

Cabe recordar que la AMAP poseía la personería gremial para la Ciudad de Buenos Aires desde 2007 y la inscripción gremial en todo el país desde 2013. Nótese que, con la obtención de este última, ya en 2014 se eligieron autoridades en una seccional como la de Córdoba, y la AMAP, al comunicar este hecho, advertía de la protección que les corresponde a los representantes sindicales en el lugar de trabajo, pertenezcan estos a un sindicato con personería gremial o a una entidad con simple inscripción gremial.²⁰

Seccional AMAP Provincia de Buenos Aires - Zona Sur

Por Expediente 1.719.267 del 6 de mayo de 2016 se comunicó que el 20 de mayo de ese año se realizarían elecciones de autoridades del Consejo Directivo de la seccional de AMAP en la provincia de Buenos Aires - Zona Sur. Esta seccional comprende los partidos de Avellaneda, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Esteban Echeverría y Ezeiza. El surgimiento de esta seccional está articulado con la obtención de la inscripción gremial en la provincia de Buenos Aires (Resolución MTEYSS 228, del 11 de marzo de 2011). Bajo su impulso, en julio de 2016 se iniciaron reclamos en clínicas de la zona por falta de pago, despidos injustificados y discriminación laboral.

20 Al momento de la elaboración de este trabajo, esta seccional se encontraba estancada por la muerte de quien fuera su presidente y por dificultades organizativas en lo operativo. La AMAP ha evaluado la intervención como herramienta para redinamizarla.

Seccional AMAP Santa Fe

Por Expediente 1.719.268 del 6 de mayo de 2016 se presentó en la DNAS la comunicación de la convocatoria a elecciones del Consejo Directivo de la seccional de la provincia de Santa Fe, fijadas para el 23 de mayo de ese año. En julio siguiente, la AMAP reclamó al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, a la regional Santa Fe-Rosario del MTEYSS y al Colegio Médico de Santa Fe por diversas irregularidades, como la existencia de relaciones laborales médicas no registradas y las malas condiciones laborales soportadas por los residentes.²¹

Los reclamos efectuados por la AMAP derivaron en la intervención del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la provincia de Santa Fe, respecto del ámbito de competencia de la Asociación. Con fecha 6 de septiembre de 2016, el Ministerio dictaminó

en relación a los requerimientos formulados para citar a diversos nosocomios de la ciudad de Santa Fe por conflictos de naturaleza colectiva que, atento haber sido informado por la Dirección General de Asuntos Gremiales [de] que en la Provincia de Santa Fe, la entidad gremial que cuenta con personería es la AMRA [Asociación de Médicos de la República Argentina] [...] esta autoridad se encuentra constreñida a otorgarle al sindicato AMAP, simplemente inscripto, solamente las facultades que con carácter subsidiario se encuentran previstas en la ley 10.468.

Se trata de un impedimento normativo atendible en cuanto a representatividad, pero respecto de la inspección, la denuncia no solo tendría derecho a formularla una entidad con personería gremial. Sin embargo, la autoridad administrativa local manifestó que el *Manual*

21 Las actividades a cargo de los residentes incluían, entre otras: la atención de una demanda espontánea de, aproximadamente, sesenta pacientes por turno, sin poder disponer siquiera de tiempo para almorzar; la responsabilidad exclusiva durante las guardias nocturnas sobre los pacientes internados, la guardia de piso y las derivaciones; la atención durante los domingos sin la supervisión y el acompañamiento de personal médico; la realización de traslados en ambulancia sin enfermería. A esto se unía una práctica mínima de actividades académicas, la ausencia de cobertura por accidentes o enfermedades del trabajo, la falta de obra social y la existencia de *guardias castigo* y maltrato verbal.

de procedimientos - Inspección del trabajo, aprobado por Resolución Mtyss 701/11 de la provincia de Santa Fe, establecía en su parte “Planificación de las Inspecciones”, que la solicitud de inspecciones puede ser “realizada por una asociación profesional con personería gremial de su respectiva actividad y ámbito de actuación territorial, acreditado con los instrumentos correspondientes”, por lo que “con dichas salvedades, el Organismo queda[ba] a disposición para intervenir en los reclamos individuales de los afiliados a dicha entidad”.²² Tal intervención es una instancia a considerar; pero no debería tomarse como excluyente de otros potenciales denunciante, menos aún de una entidad simplemente inscripta como la AMAP.

Con posterioridad a este dictamen, la AMAP, continuando con su accionar institucional, recurrió a plantear al Ministerio de Salud también reclamos individuales y por afectación de puestos médicos de planta, sin mayores resultados al presente.

Seccional AMAP Chaco / Corrientes / Formosa

Por Expediente MTEYSS 1.604.351 del 21 de enero de 2014 se presentó ante la DNAs la comunicación de la convocatoria a elecciones de autoridades del Consejo Directivo de la Seccional AMAP de las provincias de Chaco, Corrientes y Formosa. Además, el 9 de febrero de 2015, por Expediente MTEYSS 1.661.643, la AMAP formuló una denuncia acerca de trabajo no registrado y solicitó la realización de inspecciones en establecimientos asistenciales del interior, con el objetivo de verificar tal situación, fundamentalmente en el Chaco. A ello se agregó el planteo de que debía reconocerse el CCT 619/11,²³ en virtud de que, en su momento, se había establecido ya su extensión.

22 Dirección Provincial de Inspección del Trabajo - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, *Manual de procedimientos - Inspección del trabajo*, versión 4.0, Gobierno de Santa Fe, noviembre de 2011, pág. 47.

23 Acerca de los alcances del CCT 610/11 y la extensión de su aplicación, cf. capítulo 2.

Una vez más, puede apreciarse la convergencia de acciones de la AMAP. Sin embargo, el desarrollo de esta acción se topó con la dificultad, según se informó desde la filial, de la escasa “participación y/o colaboración de los colegas en la actividad gremial”, a lo que se agregaba el reducido tiempo para dedicarle a esa actividad del que disponían los integrantes de la filial, por no contar con créditos horarios para ejercer tal función. Estas dificultades, muchas veces desconocidas por los colectivos representados, forman parte de un escenario caracterizado por diversas situaciones, tales como guardias cubiertas por un solo médico en el área de terapia, urgencia y piso; guardias pagadas a mes vencido, sin un contrato formal (sin que ello impida que se generen, de todos modos, responsabilidades para los médicos); guardias realizadas por médicos residentes sin experiencia ni acompañamiento de otro profesional que los asista, guardias que llegan a durar treinta y seis horas, debido a la falta de médicos.²⁴

En 2017 renunciaron algunos integrantes del Consejo Directivo de la seccional que aquí nos ocupa. Se les aclaró que las renunciaciones debían ser presentadas a la Comisión Directiva Central de AMAP y ser fehacientes. Asimismo, se indicó que, si se producían vacantes, debían realizarse elecciones, conforme lo previsto en los estatutos, así como la asignación de recursos y presupuesto de gastos. Actualmente, la situación general continúa siendo débil en cuanto a presencia gremial y representación.

Para finalizar este capítulo, se puede señalar que, si bien el estatuto de la AMAP permite que las clínicas con más de cincuenta afiliados puedan constituirse como filiales dentro de un sanatorio, se observa que, al igual que en la constitución de seccionales, no se trata de un proceso sencillo, ya que en él inciden e interactúan factores complejos.

24 En una entrevista se me informó que la Federación Médica del Chaco dejó de enviarle al presidente de la seccional pacientes a su consultorio.

2. Negociación, cobertura convencional y regularización

En este capítulo analizaremos los principales CCT suscriptos por la AMAP con diversas entidades del sector empleador de los médicos y médicas que se desempeñan en la actividad privada.¹ Se seguirá el desarrollo de las negociaciones que dieron lugar a esos CCT o acuerdos, las principales dificultades para alcanzarlos y la necesaria verificación -en un escenario complejo como el de la regularización de las médicas y los médicos de la actividad privada-, no solo de la registración, sino también del cumplimiento de la normativa convencional aplicable.

En los apartados siguientes se reseñan algunas de las principales negociaciones con las entidades representativas y las empresas de la actividad médica privada con las que la AMAP ha negociado CCT o algún tipo de acuerdo colectivo.

1 Los CCT firmados por la AMAP pueden consultarse en <https://www.asociacionamap.org.ar/legales>.

El CCT 619/11 con la ADECRA y su extensión como una estrategia de la AMAP

EL 30 de octubre de 2008, la AMAP hizo llegar un anteproyecto de CCT a la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina Asociación Civil (ADECRA) para dar inicio a las negociaciones. La AMAP impulsó la negociación –en este caso, con una de las entidades de empleadores más importantes del sector médico en la actividad privada– en forma casi inmediata a la obtención de la personería gremial, en 2007. De este modo, en el Expediente MTEYSS 1.327.852/09, por Resolución 513/09 de la Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo (DNRT), se declaró constituida la comisión negociadora entre la AMAP y la ADECRA. Luego de extensas negociaciones, se logró la firma del CCT 619/11, homologado por Disposición de la DNRT 60 del 21 de enero de 2011, y de su acta complementaria, homologada por Resolución 811 de la Secretaría de Trabajo (ST), de fecha 25 de julio de 2011. En esta acta complementaria se aclararon los alcances de los artículos 8, sobre jornada laboral; 24.9, sobre adicional por jefe de día; y 25.7, sobre obra social. Este convenio representa a las médicas y los médicos que trabajan en relación de dependencia en clínicas y sanatorios y otros establecimientos asistenciales, con o sin internación, con exclusión de establecimientos psiquiátricos y geriátricos y hospitales de colectividades.

El 18 de mayo de 2011 la AMAP pidió la conformación de la comisión paritaria permanente de interpretación. Ello se hizo en atención a los artículos que se habían aclarado antes y en vista de potenciales interpretaciones que fueran necesarias, y como herramienta de negociación y resolución de conflictos.² La comisión comenzó a funcionar el 30 de junio de 2011, luego de que el 23 de junio fueran nominados sus integrantes. El 2 de diciembre de ese mismo año, por Resolución

2 Se pone nuevamente en evidencia la estrategia de la AMAP en cuanto a valerse de todos los recursos formales para el cumplimiento de sus objetivos de representación de los intereses de médicos y médicas, atendiendo las situaciones particulares y valiéndose de más herramientas cuando se presentan situaciones que lo habilitan.

1767 de la Secretaría de Trabajo, se aprobaron los nuevos salarios básicos y adicionales.

El 19 de abril de 2011, la AMAP solicitó la extensión de este convenio –al que califica como “un verdadero hito en la regulación convencional del trabajo médico en relación de dependencia en el ámbito privado”– ante la falta de regulación convencional de la actividad en el interior del país. En virtud de la Ley 14.250, especialmente de su artículo 10, pidió la extensión a zonas no comprendidas en el referido CCT. Asimismo, si bien señalaba la diferencia de costos laborales y competitividad para el sector empleador, también aclaraba que la prestación médico asistencial no difería en las diversas zonas geográficas. Podemos inferir que se trata de una estrategia de carácter normativo de cobertura convencional para mejorar los derechos de trabajadores y trabajadoras que prestan similares servicios en sus respectivas especialidades y funciones, pero que, sin embargo, se enfrentan a un escenario de diversidad salarial y atomización operativa que, en términos generales, resulta en desmedro de aquellos no alcanzados por una cobertura convencional. Además, la AMAP era el único sindicato con personería gremial en condiciones de representar a los médicos en relación de dependencia en el sector privado, aparte de la AMRA, la cual cuenta con personería gremial en Santa Fe y partidos de la provincia de Buenos Aires (como Avellaneda, Quilmes, Lanús, San Martín, Lomas de Zamora, Partido de la Costa, Ensenada, Tandil, Necochea, Lobería, Almirante Brown, San Pedro, General Sarmiento, Florencio Varela y Berazategui). Por lo tanto, y precisando aún más lo requerido por la AMAP, se pidió la extensión del CCT 619/11 a todo el territorio nacional con la excepción de estos ámbitos territoriales.

El 21 de junio de 2011, en Expediente 1.453.826/11 (referenciando con el Expediente 1.442.247/11) se presentó la ADECRA para solicitar que se rechazara la extensión del CCT solicitada por la AMAP. El argumento fue que el CCT solo había sido celebrado para el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Adujo que, al celebrar ese CCT, se había tenido en consideración que había incorporación y mantenimiento de tecnología de punta, y una capacitación y especialización de los médicos diferenciada respecto del resto del país, con categorías predeter-

minadas con un bajo nivel de rotación en funciones que no fueran las específicas. En consecuencia, invocó que las categorías del CCT 619/11 habían sido acordadas en un sistema de organización específico que no era posible encontrar en otras localidades del país, ni siquiera en ejidos urbanos importantes. Asimismo, sostuvo que, por la organización de los servicios médicos asistenciales, había divergencias en la jornada laboral, las pausas, los reemplazos, licencias y justificaciones. En síntesis, sostenía que el CCT no podía ser trasladado al interior del país. El mismo motivo invocó respecto de las remuneraciones, para lo que mencionaba estudios de las estructuras de salarios en clínicas, sanatorios y otros establecimientos asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires, y otro tanto en relación con la estructura del personal médico. Consideraba que el sistema del interior del país era diferenciado y heterogéneo; por lo tanto, concluía que era imposible aplicarlo allí, en virtud de la escala económica de las instituciones médicas y la existencia de un mercado más acotado y una financiación de las prestaciones distinta a la de la Ciudad de Buenos Aires. De este modo, planteaba una marcada localización y heterogeneidad en la actividad médica privada.

Más allá de la particular interpretación de la ADECRA, la resolución de esta situación es –conforme el artículo 10 de la Ley 14.250– una facultad de la autoridad administrativa del trabajo nacional, es decir, el MTEYSS. Lo señalado antes fue un elemento prácticamente dejado de lado por la ADECRA, que continuó con argumentaciones de carácter económico, en especial de costos. Podríamos decir que este enfoque ponía una valoración del orden económico por sobre el orden público laboral.

Posteriormente, en el plano jurídico, se mencionó la existencia de la APPAMIA con personería gremial 1383 en todo el país. La ADECRA planteó que constituía un obstáculo insalvable que, conforme al Decreto 199/88, cerraría la posibilidad de extensión; en especial se refirió al artículo 6 (b, 1 y 2) y la necesidad de no modificar su economía. Citando a Jorge Rodríguez Mancini, remarcaba que “con la extensión se intenta evitar desequilibrios de costos que alteren la supuesta regla de competencia comercial. Sin embargo, justamente a través de extensiones no

adecuadas puede producirse el efecto contrario, al encarecer los costos de manera desproporcionada a los recursos propios de una zona”.³

Paradójicamente, cogimos que la ADECRA se refiere a los CCT como expresión de voluntad de las partes; aunque entiende que es difícil implementar la voluntad de esas partes, se opone a la extensión en función de otras valoraciones. Se trata de una aporía, al menos en términos de la posibilidad de la vigencia de un CCT.

Para comprender mejor lo anterior, cabe reflexionar, por un lado, acerca del rol del Estado, y, por otro, preguntarse si la inexistencia de negociación se da por desidia o desinterés de alguna de las partes o de ambas partes, o si existe una imposibilidad para alcanzar un acuerdo por la hiposuficiencia de una de las partes –en general, la trabajadora y su representación– o, más aún, por la inexistencia de representación –y por ello la posibilidad de extensión–. La ADECRA invocó la afectación de los artículos 14, 17 y 28 de la Constitución Nacional, la violación de la libertad contractual, el derecho de propiedad y la razonabilidad de las normas y el accionar administrativo; es decir, priorizó argumentos economicistas por sobre los de carácter laboral. Entendía que no se había expuesto justificación válida alguna para la extensión. Tramitó oficios a los ministerios de salud provinciales para que informaran acerca de las condiciones de trabajo y salariales aplicables a los médicos que prestaban servicios en provincia y sobre las formas de organización de los médicos que trabajaban en relación de dependencia.

En el referenciado Expediente 1.442.247/11, se presentó el 12 de diciembre de 2011 el Dr. Héctor Garín en su carácter de Secretario General de AMAP para responder los cuestionamientos de la ADECRA. Consideró falaz lo expresado por la ADECRA en cuanto al grado de especialización y capacitación de los médicos en la Ciudad de Buenos Aires, así como respecto de la tecnología y el equipamiento. En cuanto a la jornada de trabajo y las pausas, señalaba que tampoco se habían negociado y acordado en función de la organización asistencial de Buenos Aires. Destacó que

3 Cit. en Marion Ackerman, *Tratado de Derecho del Trabajo*, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni Editores, 2013, Tomo VIII, pág. 386.

no se puede entender cómo una pausa de veinte minutos en una jornada de ocho horas o más, o dos pausas de treinta minutos para almorzar o cenar, o pausas de quince minutos para desayuno o merienda puedan ser incumplibles o afecten el servicio médico en trabajadores que permanecen veinticuatro o doce horas corridas cumpliendo una guardia médica.

Los aspectos salariales tampoco podían ser ajenos en el interior del país –añadió Garín–, por ser, por ejemplo “una hora básica, y adicionales por trabajo en áreas cerradas, por jornada continua, por atención en consultorio o por especialidad, un adicional por trabajo en sábados y domingos o adicionales por jefatura” para concluir que estos criterios no podían ser inaplicables para el trabajo del médico en el interior del país.

Se trataba de diferencias de enfoques, enmarcadas en el permanente debate para uniformar, desde el lado de los trabajadores, los derechos laborales frente a una intención diferenciadora del sector empleador, que prioriza los costos –lo cual, a menudo, suele relacionarse con la instrumentalización de estrategias para la atomización del colectivo laboral–. Específicamente, el artículo 6 del CCT preveía el desempeño de más funciones y que los empleadores no tenían obligación de cubrir todas las categorías. Expresaba que, en ese momento, era difícil que un médico pudiera ganar menos de \$ 25 por hora o que una hora de guardia se pagara menos que \$ 31,25. Señalaba, además, que el personal no médico de los sanatorios estaba regulado por un CCT de alcance nacional con iguales valores y condiciones de trabajo.

En torno a este conflicto, respecto de APPAMIA, se dejaba en claro que solo representaba a los médicos que trabajaban para el INSSJP y para obras sociales, y que dicha representación no era de alcance nacional, ya que en muchos lugares estaba limitada al INSSJP (recuérdese que la extensión requerida por la AMAP era para establecimientos de carácter privado). La AMAP también denunció la resistencia a registrar las relaciones laborales de los médicos, el abuso de la locación de servicios o, genéricamente, del trabajo autónomo. El objetivo buscado era fijar mínimas condiciones de trabajo con fundamento en la inexistencia de un sindicato que impulsara la negociación colectiva, todo ello a partir de la extensión del CCT. Al respecto, debe notarse que no es común que

no existan sindicatos con personería gremial, lo que devela las dificultades y carencias de organización y representación que suelen afectar a los médicos y las médicas. Por ello, se buscó regular y tutelar, mediante normas negociadas por pares de otras jurisdicciones que atendieran la mejor protección posible –una vez más, resultaba central el rol que asumiera el Estado ante estas situaciones–. Entendemos que esto se entronca con la vigencia del principio protectorio, en general, y la libertad sindical, en cuanto principio rector de las relaciones colectivas del trabajo.

La AMAP sostuvo además que el trabajo médico es similar en todo el país, y dejó en claro que la ADECRA no había explicado concretamente cuáles serían los perjuicios que se les ocasionaría a los empleadores. Tampoco describía cómo se desarrolla el trabajo médico en el interior del país. Como un ejemplo para discutir con fundamentos y contenidos lo sostenido precedentemente, se citaban los CCT 122/75 y CCT 108/75 de sanidad, que rigen en todo el territorio nacional. La AMAP cuestionó las medidas probatorias por dilatorias. Esto sirve para ejemplificar que el marco procedimental, sin desconocer su valor en función del debido proceso, muchas veces es utilizado para extender en el tiempo el resultado de una negociación.

Esta contraposición de enfoques e intereses fue resuelta por la Resolución MTEYSS 327 del 26 de abril de 2012, en uno de cuyos considerandos se reproducía la siguiente cita:

La extensión de la obligatoriedad de una convención colectiva a zonas no comprendidas en el ámbito de las relaciones laborales registra antigua data y ha sido considerada como un acto accesorio de la homologación, que no desvirtúa por sí la naturaleza de la convención colectiva.⁴

Además se señalaba que debía tenerse presente,

en razón de las particulares características que reviste la actividad bajo examen, la eventual exclusión del mecanismo extensivo de aquellas cláusulas convencionales

4 Ernesto Krotoschin, *Tratado Práctico de Derecho del Trabajo*, Buenos Aires, Depalma, 1987, vol. II, págs. 178-179.

que puedan incidir en la organización del trabajo y que deberían ser objeto específico de tratamiento por las partes contratantes.

Por ello, en el artículo 2 de la resolución se estipulaba:

Déjase establecido que la extensión convencional dispuesta en la presente no incluye las cláusulas vinculadas a los aspectos salariales ni a modalidades propias de la organización del trabajo de la actividad, todo lo cual deberá ser objeto de acuerdo específico entre las partes.

Esto significa que el MTEYSS atendió –pero solo en parte– lo expresado por el sector empleador en lo referente a sus características de funcionamiento; sin embargo, a nuestro juicio, generó una solución intermedia. En la práctica, este resultado generó, según veremos, una serie de limitaciones para las reclamaciones de la AMAP en cuanto a ampliar y uniformizar los derechos de las médicas y los médicos de la actividad privada. Esta es una actividad en la que se advierte la formulación y atención de características específicas, más allá de los debates en cuanto a sus alcances y sus causas. Son ejemplo de esto los fallos “Cairone”⁵ y “Rica”⁶ en los que se evidencia, a nuestro juicio, una aplicación restrictiva del derecho del trabajo para el caso de la actividad médica ante determinadas circunstancias. Esto amerita, entonces, que nos formulemos la pregunta: ¿en la práctica, estamos hablando solo de condiciones de trabajo o se trata de habilitar la posibilidad de formas de fraude laboral?

Ante la resolución ministerial, la ADECRA interpuso recurso de reconsideración con jerárquico en subsidio el 22 de mayo de 2012, por Expediente MTEYSS 1.508.920/12. Su argumentación recursiva se fundaba prioritariamente en la derogación del Decreto 199/88 y en el hecho de que, en consecuencia, no se podría extender el CCT. Planteaba así el vicio en la causa, dado que la norma estaría derogada. Por lo tanto, se arguyó arbitrariedad por vicio en el objeto y se solicitó la suspensión de los efectos del acto administrativo. Paradójicamente, el documen-

5 “Cairone, Mirta Griselda c/ Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires – Hospital Italiano s/ despido”. Recurso de hecho. CSJ 1468/2011 (47-c). 19 de febrero de 2015.

6 “Rica, Carlos Martín c/ Hospital Alemán y otros s/ despido”. Recurso de hecho. CSJ 9/2014 (50-r) / cs1 y otro. 24 de abril de 2018.

to planteaba, que “debería darse una oportunidad a los empleadores y las/los trabajadoras a quienes vaya a aplicarse el contrato colectivo para que presenten previamente sus observaciones”, pero no se explicitaba claramente a quiénes se hacía referencia. Cabría preguntarse si existe o no una entidad sindical habilitada para negociar para esos ámbitos. Por otra parte, la ADECRA no analizó por qué no se realizaron negociaciones antes –es decir, si era factible y no lo hicieron, si en la práctica no se negoció, o si directamente no se pudo o no se quiso negociar–.

La idea de que siempre es posible negociar y llegar a un acuerdo parte de un paradigma erróneo, a nuestro criterio. El acuerdo, en todo caso, depende de las partes, y es sabido que históricamente el sector empleador ha sido, en general, reticente a negociar y establecer CCT. Tampoco se expresa en el documento con qué sindicato podrían haber negociado, lo cual refuerza la problemática que la AMAP ha buscado atenuar con la extensión del CCT.

La AMAP contestó el traslado del recurso el 28 de junio de 2012, por Expediente MTEYSS 1.515.598, explicitando que no había una crítica razonada y concreta de los fundamentos de la resolución atacada y que la ADECRA no había acreditado lo invocado en cuanto a las supuestas diferencias entre la Ciudad de Buenos Aires y el interior del país. En consecuencia, no quedaba demostrado el perjuicio o el interés jurídicamente tutelado. Simultáneamente, denunció una manifiesta violación de la legalidad y un claro incumplimiento de las normas laborales, por no haberse registrado las relaciones laborales en debida forma y por haber pretendido simular trabajo autónomo. Para ello, hizo referencia al principio de solidaridad en términos de la seguridad social. Vemos, de este modo, que la AMAP intenta articular la dimensión negocial con la inspectiva. La AMAP consideró derogado el Decreto 199/88, pero indicó que el artículo 10 de la Ley 14.250 continuaba facultando al MTEYSS a resolver y que, por el artículo 12 de la misma norma, este Ministerio era la autoridad de aplicación. Al presentarse, el Dr. Garín señaló que “la extensión del CCT, sin duda, es una herramienta de gran utilidad para avanzar en la lucha contra el trabajo en negro”. Puede percibirse aquí la problemática de la deficiente e irregular registración de las médicas y

los médicos de la actividad privada, y que la extensión del CCT era una estrategia que se entroncaba con una necesaria actividad inspectiva. Una vez más, la AMAP trataba de valerse de todos los mecanismos e institutos del derecho del trabajo a su alcance para impulsar la regularización de los profesionales médicos.

Finalmente, el 26 de diciembre de 2012, por Resolución 12.012 del MTEYSS, se desestimaron las aclaratorias presentadas en su momento por la ADECRA, así como el recurso de reconsideración interpuesto contra la Resolución del MTEYSS 327/12. En síntesis, se permitió la extensión del CCT, pero con las limitaciones que hemos señalado. Pese a todo, la AMAP manifestó su voluntad de continuar negociando con la ADECRA para una adecuada extensión del CCT.

En 18 de junio de 2013 se amplió la propuesta de los temas por negociar que ya había postulado la AMAP el 3 de agosto de 2012, en vista a adecuaciones salariales del CCT 619/11, incorporación de jefes médicos al CCT, adecuación de los valores de guardería y su extensión a médicos varones que tuvieran a su cargo a los hijos en idéntica situación que las médicas mujeres. Asimismo, se solicitó, en el seno de la comisión paritaria, el cumplimiento del pago por recargo de trabajo de los días feriados y la negociación de los aspectos del CCT relacionados con derechos sindicales y sociales de los trabajadores.

A partir de lo relatado, es posible apreciar el complejo y dificultoso camino que debe transitar un sindicato nuevo: a) primero, atender a los aspectos básicos relacionados con los derechos de sus representados; b) inmediata y simultáneamente, impulsar derechos sindicales que le permitan persistir en su actuar.

Por Resolución 1755 del 29 de septiembre de 2014 se homologaron los topes salariales correspondientes al acuerdo homologado por Resolución ST 1670 del 8 de noviembre de 2013. Se ratificó la vigencia de la contribución de solidaridad (cláusula 25.5) y se estableció la retención de aportes de mutualidad de quienes se encontraran afiliados a la Asociación Mutual de Empleados, Delegados y Médicos del Sindicato de los Médicos de la Actividad Privada (AMUMAP). Al mismo tiempo, se previó subsanar, a través de la comisión paritaria, situaciones no contempladas al momento de la negociación original

del convenio e incorporar realidades actuales del mercado laboral. Se acordó, además, que en esa comisión se tratarían negociaciones referidas a trabajadores médicos con discapacidad.

La situación de los médicos de la actividad privada y la aplicación de la normativa laboral y los CCT

En el acta del 6 de agosto de 2014, incluida en el Expediente 1.617.058/14, se señalaba “la negativa de CONFELISA a intervenir en las negociaciones promovidas en estos obrados”. Es oportuno aclarar aquí que CONFELISA (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados) representa a todas las clínicas y sanatorios de la provincia de Buenos Aires. Se evidencia, en este caso, la complejidad en la implementación de estrategias negociales; simultáneamente, se reitera a lo largo de otras negociaciones una persistente estrategia de negativas y dilaciones, por parte de los sectores empresariales, en cuanto a la instrumentación de acuerdos colectivos y, más aún, de un CCT, en un complejo marco de las correlaciones de fuerzas. En paralelo, se aprecia, además, una voluntad constante de la entidad sindical para continuar avanzando en línea con sus objetivos y, en la medida que está a su alcance, ir administrando los conflictos en relación con las coyunturas que se le presentan: a) los contextos generales, b) la actitud de la autoridad administrativa del trabajo, c) sus propias potencialidades para sostener un conflicto abierto, y d) la permanente generación de escenarios para sostener la negociación. En el caso que nos ocupa, la AMAP dejó constancia de que, de verificarse renuencia por parte de la entidad representante de los empleadores, promovería “las instancias federales necesarias para que se efectúen las verificaciones que resulten necesarias [sic] en el ámbito de la extensión, a fin de constatar la existencia de trabajo no registrado y sus debidas sanciones”.

Por Expediente 1.584.626/13, se impulsó establecer convencionalmente los aspectos salariales y las modalidades propias de la organización del trabajo de la actividad médica. El 30 de enero de 2014 se constituyó, entonces, la comisión negociadora con la ADECRA. En acta

del 3 de septiembre de 2014, CONFELISA, en audiencia del 10 de julio de 2014, declinó la posibilidad de participar en esas actuaciones. Se había citado a sus autoridades para que cumplieran el CCT, pero, en Expediente 1.710.187/16 del 25 de febrero de 2016, CONFELISA expresó su imposibilidad de integrarse como parte signataria del CCT 619/11 junto con la ADECRA. Es decir que, como supuestamente no era miembro paritario –directo– de esa CCT, no tendría facultades ni obligaciones respecto de la AMAP. Se advierte aquí un problema tautológico en lo formal: CONFELISA integra la ADECRA y es representada por esta; consecuentemente, podría ser también obligada, más allá del conflicto que postuló.

De lo expuesto se aprecia que la derivación a la negociación establecida por la Resolución MTEYSS 327/12 se tornaba de imposible cumplimiento y los trabajadores se encontraban privados de representación que negociara. Por ello, la AMAP le pidió al MTEYSS que ampliara los alcances de la resolución. En acta del 29 de octubre de 2014, y ante la imposibilidad de avanzar en la negociación, el sindicato continuaba con su plan de acción para que se hiciera efectivo, al menos, el cumplimiento de la normativa convencional aplicable y la regularización.

En otra acta, ya en el Expediente 1.584.626/13, de fecha 16 de septiembre de 2014, se enuncia que

la pertinaz negativa de la entidad empleadora [ADECRA] obliga a esta parte [AMAP] a indagar sobre el efectivo cumplimiento del CCT extendido por parte de los empleadores del interior del país, teniendo en cuenta que la negativa a negociar salarios hace suponer la falta de aplicación del convenio en los aspectos vigentes y el sostenimiento de una situación de trabajo no registrado respecto de los beneficiarios de la norma convencional.

Se aprecian las consecuencias de la extensión con limitaciones del CCT que formuló en su momento el MTEYSS, ya que esa extensión tal vez hubiera suplido la falta de adecuación salarial que no se daba ni por extensión de CCT ni por negociación. Paradójicamente, los empleadores planteaban realidades específicas que sí podrían llegar a atenderse por vía de la negociación colectiva. Ante el estancamiento, finalmente la AMAP tuvo que plantear que radicaría la inquietud ante los organismos

de control –MTEYSS y Afip–, en razón de tratarse de trabajo no registrado. Pero en este punto se presentó otra complejidad del sistema de relaciones laborales en la Argentina. Las condiciones de trabajo se hallan, primariamente, en cabeza de las autoridades del trabajo de las provincias y ello puede conllevar una serie de dificultades en la articulación, la complementariedad y el cumplimiento efectivo.

Fue así como, el 9 de febrero de 2015, por Expediente 1.661.644, el Dr. Garín solicitó se dispusiera la extensión del CCT en cuanto a las cláusulas vinculadas a aspectos salariales y a las modalidades propias de la organización del trabajo de la actividad del CCT 619/11. Y ante el Dictamen 2021 del 26 de mayo de 2015, la AMAP interpuso recurso contra la Resolución que hizo suyo el Dictamen 1392 del 16 de abril de 2015, en donde se señaló que “no sería viable la extensión solicitada”, ya que la Resolución Ministerial 327/12 había indicado que “los aspectos salariales y modalidades propias de organización del trabajo no eran objeto de extensión y debían ser objeto de acuerdo específico entre las partes”.

Una vez más, el debate se daba en torno a si lo expresado por la autoridad administrativa representaba un simple acto preparatorio o de mero trámite, o si daba o no un efecto jurídico con relación al particular. No se consideró, en esa argumentación, que la no extensión es una decisión expresa fundada, al reconocer o desestimar el derecho. Se adujo que “no se vislumbra en autos que acto alguno lesione derechos subjetivos o intereses legítimos”. Nos preguntamos: ¿no habría un gravamen irreparable si no se lograra la aplicación de derechos que pueden mejorar la vida y condiciones de trabajo de las médicas y los médicos imposibilitados, en la práctica, de llevar adelante una negociación colectiva?

La continuidad del impulso de negociaciones con la ADECRA

El 7 de abril de 2016, por Expediente 1.715.179, la AMAP promovió la negociación de un convenio colectivo de trabajo que comprendiera a los médicos que trabajan en relación de dependencia en clínicas y sanatorios y otros establecimientos asistenciales con o sin internación, que sean explotados por personas físicas o personas jurídicas de carácter

privado o entidades de derecho público no estatal, en todo el territorio, salvo en donde hubiere sindicatos con personería gremial. Esto se planteó en todo el país, excepto en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires –ya que allí se contaba con el CCT 619/11–, de las provincias de Santa Fe y Tucumán, y de los partidos bonaerenses de Avellaneda, Quilmes, Lanús, San Martín, Lomas de Zamora, de la Costa, Ensenada, Tandil, Necochea, Lobería, Almirante Brown, San Pedro, General Sarmiento, Florencio Varela y Berazategui.

Debido a que en ese momento la AMAP contaba solo con la simple inscripción en el ámbito nacional, se fundó lo peticionado en el artículo 23, inciso b, de la Ley 23.551, que permite a las asociaciones simplemente inscriptas representar los intereses colectivos cuando no hubiere en esa actividad o categoría una asociación con personería gremial. Solicitó, a tal fin, la citación para la conformación de la representación de la parte empleadora de la ADECRA, CONFECLISA y CEPAL (Cámara de Entidades Prestadoras de Salud).

El 28 de abril de 2016, al realizarse la primera audiencia, las entidades empresariales pidieron un cuarto intermedio para formular consultas sobre lo propuesto por la AMAP. El 8 de junio de ese año, la parte empleadora expresó que, con el adelantamiento de las negociaciones del CCT 122/75, no habían podido realizar las consultas. Finalmente, el 8 de agosto, las entidades empleadoras manifestaron que “habiendo consultado a los representantes de cada una de las Cámaras aquí presentes, los mismos [sic] no han otorgado mandato a dichas Cámaras para iniciar las negociaciones peticionadas por la Asociación Sindical, por lo cual solicitan el archivo de las presentes actuaciones”.

Se trata, a nuestro juicio, lisa y llanamente de una dilación que podría haberse continuado indefinidamente en la medida en que CEPAL, pese al tiempo transcurrido, “no se les habría otorgado mandato”. Esta respuesta incurre en mala fe negocial, ya que siquiera se niega la legitimidad de la AMAP para la representación y la consecuente negociación colectiva. Por ello, la AMAP solicitó “la elevación de las actuaciones a la Superioridad a los efectos de que determine la obligación convencional de las convocadas, sin perjuicio de declararse en estado de alerta”. La re-

presentación empleadora se negó a negociar con la AMAP y AMRA, pese a la prescripción del citado artículo 23 de la Ley 23.551.

Se advierte aquí que la personería, que en este caso no hubiera sido necesaria, sin embargo, se yergue en elemento indubitado a tales fines. Cabe señalar, no obstante, que la personería gremial no resuelve por sí sola las negativas y dilaciones con las que puede enfrentarse una organización sindical, no solo de parte de la representación empleadora, sino también –como ya veremos–, de parte de la autoridad administrativa del trabajo, en función de las políticas públicas que implementa y de los responsables que gestionen en las distintas administraciones y sus dependencias.

Por otra parte, el 7 de junio de 2016, por Expediente 1.723.510/16, la AMAP solicita actualización salarial a la ADECRA, en el marco del CCT 619/11. El correspondiente acuerdo, firmado el 20 de julio siguiente, fue homologado por RESOL-2016-502-APN-SECT#MT, de fecha 21 de septiembre de ese año. En el mismo expediente, por Resolución 2018-459-APN-SECT#MT, se homologó el 7 de agosto de 2018 un bono de fin de año. Y, el 10 de abril de 2017, en Expediente 1.742.907/16, la AMAP y la ADECRA arribaron a un acuerdo por el cual introducían modificaciones al CCT 619/11. Interesa detenernos en el artículo 2 de dicho acuerdo, en el que se expresa que

ambas partes acuerdan en establecer que la incorporación en condición de empleado en relación de dependencia de médicos que pudieron haber prestado servicios para la misma empresa con anterioridad bajo la modalidad de locación de servicios profesionales, no importará reconocimiento expreso o tácito de que los servicios prestados por el médico con anterioridad revestían naturaleza laboral.

Se aprecia un avance en favor de la estrategia de regularización, en cuanto a la incorporación en relación de dependencia de los médicos; sin embargo, no se llega a resolver todas las situaciones de la contratación anterior, la cual quedaría abierta a la vía judicial. Entendemos que este es el punto hasta donde se pudo avanzar en ese momento en vista de la regularización, sin desmedro de la posibilidad de los trabajadores de accionar individualmente, y de una mayor necesidad de control por parte de las autoridades administrativas.

Todo lo expuesto hasta aquí forma parte de la complejidad de las negociaciones y los equilibrios de poder que les dan marco. Estas negociaciones, independientemente de la participación o no de los representados, seguramente serán evaluadas y juzgadas por estos.

Luego de un par de audiencias postergadas, el 8 de agosto de 2016, las entidades empleadoras en conjunto manifestaron que “habiendo consultado a los representantes de cada una de las cámaras aquí presentes, los mismos [sic] no han otorgado mandato a dichas cámaras para iniciar las negociaciones peticionadas por la asociación sindical, por lo que solicitan el archivo de las presentes actuaciones”. Frente a esto –y ya prácticamente en el contexto de una abstención de intervenir por parte de la autoridad administrativa del trabajo–, la AMAP petitionó que

ante la terminante negativa de las entidades empleadoras a dar cumplimiento a sus obligaciones negociales, conforme lo determinan expresas normas legales en vigencia, solicita se eleven las actuaciones a la Superioridad a efectos de que determine la obligación convencional de las convocadas, sin perjuicio de declararse en estado de alerta e informar a los cuerpos orgánicos a efectos de que determinen las medidas a adoptarse.

Como respuesta, se comunicó que las actuaciones serían elevadas, pero no hubo resolución. Quedaba latente la exclusión, en el artículo cuarto, junto al personal jerárquico, de “médicos que ejerzan su actividad como trabajadores autónomos, vinculados por una relación de locación de servicios”.

Más adelante, se trataron cuestiones relevantes para las condiciones generales de trabajo, como definición de categorías profesionales, derechos y obligaciones de los trabajadores, jornada laboral, pausas durante la jornada laboral, reemplazos de profesionales de guardia, licencias y justificaciones, inasistencias con goce de sueldo, licencias sin goce de sueldo, higiene y seguridad, vestimenta y útiles de labor, trabajo de mujeres, remuneraciones (básicos y adicionales), derechos sindicales, retención de aportes de mutualidad, formación profesional y constitución de una comisión paritaria permanente de interpretación del CCT. Se aclaró el alcance del artículo 24.10 del CCT, que regulaba el “adicional por jefe de guardia de día”, y se reconoció como

pequeña empresa a aquella que reúne las condiciones del artículo 83 de la Ley 24.467. El acuerdo fue homologado y se aprobó el texto ordenado del CCT 619/11 por RESOL-2018-27-APN-SECT#MPYT del 21 de septiembre de 2018.

En Expediente 2018-36485767-APN-DGD#MT, del 12 de diciembre de 2018, se aprecia un nuevo acuerdo y escalas salariales. Se destaca especialmente el punto 8, en el que

independientemente del acuerdo arribado entre las partes respecto de la recomposición salarial que antecede, la representación sindical ha solicitado a la representación empresaria, y esta acepta, llevar adelante, de buena fe, negociaciones colectivas para actualizar diversos aspectos del convenio colectivo de trabajo 619/11.

En otra situación paradójica, el nuevo acuerdo no se homologa porque, previamente, el 13 de marzo de 2019, se intima a la AMAP, en virtud del Dictamen 317 del 15 de febrero de ese año, a la designación de la Comisión Directiva, que, según los registros informáticos de la DNAS, se encontraba vencida. Y decimos que la situación es paradójica porque la dilación para la certificación de autoridades, pese a la presentación de la documentación de la AMAP, provenía de la DNAS. En efecto, el 14 de marzo de 2019, la AMAP, por Expediente 2019-15346419-APN-DGD#MT#MPYT, informó que la Comisión Directiva había sido elegida el 15 de mayo de 2018 y puesta en posición de sus cargos el 4 de julio siguiente, luego de que la AMAP presentara a la DNAS la documentación pertinente para que emitiera el correspondiente certificado, lo cual tramitó por Expediente 1-2015-1793988/18.

Por otro lado, el 21 de marzo de 2019, la AMAP informó por expediente 2019-41744502-APN-DGD#MT#MPYT sobre un nuevo acuerdo, alcanzado en forma privada. Este acuerdo ya estaba contemplado en el punto 4 del acuerdo salarial celebrado el 23 de agosto de 2018: ajuste del incremento acordado, teniendo en cuenta para ello la relación entre el incremento de salarios establecido en el presente convenio y el incremento del índice de precios al consumidor a nivel general nacional, medido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec), por el período enero a diciembre de 2018. No obstante, debe tenerse en cuenta que existía un

desfasaje entre la firma de los acuerdos o CCT y su homologación –cuando cupiere– por parte del Ministerio de Producción y Trabajo (МРУТ). Esto es así, ya que se verificaban demoras o, lisa y llanamente, la no homologación de los acuerdos suscriptos por parte de la autoridad administrativa del trabajo.⁷ Todo ello también afecta la seguridad jurídica, que parecería que suele buscarse más en temas económico-financieros que en torno a la cuestión social. A la vez, se nos presenta una actividad cuasi prescindente del rol que el Estado asume, en cuanto nos ocupa, respecto de una de las cuestiones más relevantes del sistema de relaciones laborales, a saber: la homologación. Esto llevó a una mayor falta de certeza, no solo en el marco del CCT 619/11, sino también más allá de este.

El 15 de octubre de 2019 se formalizó otro acuerdo sobre la instrumentación de un bono en virtud de los efectos causados por el del Decreto 66/19 sobre la medicina prepaga.

Los CCT 972/08 “E” y CCT 1456/15 “E” con OSPLAD

En relación con el desarrollo de las negociaciones con la Obra Social para la Actividad Docente (OSPLAD), cabe referir que el 6 de marzo de 2008 se siguió la dinámica de solicitar entrevista con sus autoridades, en una estrategia para la negociación que se verifica en reiterados casos ante las diversas representaciones empleadoras. Se les avisó, en primer término, que la AMAP iba a representar a los médicos de su especialidad, como consecuencia de la obtención de la personería gremial y en concordancia con ella. Una vez más, se aprecia la inmediatez entre la obtención de la personería y el inicio de las negociaciones colectivas en función de la legitimidad que otorga la Ley 23.551. En esta línea de acción, el 21 de mayo de 2008 se notificó a la entidad empleadora que la AMAP había convocado a elecciones para la

7 Esta situación no solo se daba respecto de la AMAP, ya que la hemos constatado también con dirigentes sindicales de otras organizaciones.

constitución de la Comisión Directiva de su filial OSPLAD. La elección se realizó el 8 de julio de ese año.

En junio de 2009 se produjo un conflicto por reclamos judiciales y la posibilidad de despido como consecuencia de aquellos. El planteo era que habría despidos si los trabajadores médicos involucrados no renunciaban a tales reclamos. Merece destacarse que, aunque a menudo se señala que los conflictos colectivos solo tienen origen en los sindicatos, suelen también tener su causa en actitudes empresariales de desconocimiento de los derechos individuales de los trabajadores o, como en este caso, porque se pretende desalentar y dejar sin efecto reclamos que serían resueltos por un magistrado. A menudo, estos procedimientos conllevan discriminaciones y lindan con prácticas desleales o antisindicales.

Finalmente, en agosto de 2010 se suscribió un acuerdo colectivo complementario del CCT 972/08 “E”. Recordamos que este CCT representa a los médicos y profesionales universitarios del arte de curar que presten servicios en relación de dependencia en OSPLAD. Sin desmedro de ello, y ante la persistencia de incumplimientos por parte de la parte empleadora, las médicas y los médicos de OSPLAD presentaron diversos reclamos; entre ellos, que los sueldos y honorarios de los profesionales médicos que realizaban guardia en los días de asueto fueran por los menos iguales que los honorarios de feriado –se señalaba que, en otras entidades de la salud, se pagaban hasta el doble–.

Como persistía la conflictividad, con marchas y contramarchas en las negociaciones, en marzo de 2012 se proyectaron las discusiones paritarias para 2012-2013. A su vez, estas negociaciones requirieron en agosto un acuerdo complementario que comprendía: a) pauta de reajuste salarial y b) incremento de los salarios básicos. Los incrementos se hicieron extensivos a los conceptos adicionales que variarían en igual medida que el salario básico y a aquellos que se calcularían como porcentaje de este. En relación con las unidades prestacionales propias, se convino en establecer un incremento para el adicional por jefatura de servicio, por jefatura de departamento, por mayor carga horaria y por jefatura de guardia. Asimismo, se estipuló un subsidio por guardería. Se retuvo el aporte para los no afiliados –que, a nuestro criterio, se fijó

indebidamente–, solo por el término del acuerdo. Vemos que este punto se repite en acuerdos de otras organizaciones sindicales, no solo los de la AMAP, y queremos formular unas breves consideraciones al respecto, en la inteligencia de que la forma en que se confeccionan algunas resoluciones en el MTEYSS podría, en algún momento, ser invocadas en desmedro de las organizaciones gremiales respecto de la vigencia de las cláusulas.

Queremos dejar en claro que este accionar no se ajustaría a lo establecido en la normativa, la que ya no discrimina entre cláusulas normativas y obligacionales. Puesto que las cláusulas de solidaridad, al igual que las cláusulas normativas, poseen ultraactividad, el señalamiento de que la retención se establece por el término del acuerdo no sería suficiente para desvirtuar lo establecido por la ley. En el CCT con OSPLAD, cabe recordar –más allá de que la AMAP y la FEMECA son parte de este organismo (amén de la articulación entre estas dos organizaciones)– que la FEMECA continúa representando a los profesionales no médicos y la AMAP a los médicos. Recuérdese, además, que la FEMECA es, en el país, la única federación de médicos y profesionales del arte de curar.

En abril de 2013 se alcanzó otro acuerdo colectivo de carácter prioritariamente salarial, y el 27 de noviembre siguiente hubo una nueva elección de la AMAP, en la que se designó a OSPLAD como lugar de votación; con esto, también se dejó constancia de la presencia y representación sindical en dicho ámbito. En 2014 se comenzó a negociar el nuevo CCT que renovaría el anterior. En este nuevo convenio se incorporaron ítems, tales como salario básico de guardia externa activa, adicionales por antigüedad y por jefatura de servicio. En mayo de 2015 se trató la problemática vinculada a nuevas condiciones salariales, la incorporación de la función de médico residente al CCT y el pago de sumas no remunerativas, que luego se incorporarían como remunerativas. Lo expresado se dio en el marco del CCT 1456/15 “E”. Para esta última negociación, como en tantas otras en las que ha participado la AMAP, se cumplió con el cupo femenino del cincuenta por ciento. Es de destacar que, en términos de género, la AMAP tiene una integración igualitaria permanente en sus comisiones negociadoras.

En mayo de 2017 se produjo un conflicto colectivo por el trabajo no registrado en el Policlínico Docente. La AMAP requirió el cumplimiento del CCT de los servicios tercerizados y cuestionó la negativa a las recategorizaciones, las prácticas antisindicales y discriminatorias. El 15 de mayo se llevó a cabo un paro de actividades para poner en evidencia los conflictos y sus causas. Finalmente, se alcanzó un acuerdo salarial y OSPLAD accedió a negociar y evaluar una recategorización del personal comprendido en el CCT 1456/15 “E”. Previamente, en enero de 2017, la AMAP había tomado conocimiento de un proyecto prestacional de OSPLAD de incorporación de un Servicio de Hemodinamia Neuroinvasiva. La Asociación, si bien bregó por la concreción exitosa de este proyecto, también tuvo noticia de que no estaban dadas las condiciones edilicias y tecnológicas necesarias para implementarlo –entre ellas: falta de tomógrafo con características técnicas aptas o camas suficientes en terapia intensiva para compatibilizarla con la demanda general de pacientes del servicio–. Expresó, por lo tanto, que no iba a consentir que sus representados fueran obligados a desempeñarse en un servicio como ese sin que estuvieran garantizadas las condiciones sanitarias y laborales para el ejercicio profesional y la correcta praxis médica.

Situaciones similares, provocadas por falta de complejidad o capacidad operativa, ocurrieron en el servicio de Pediatría del Policlínico, por no ejecutarse un procedimiento normativizado donde quedara establecido cómo debían realizarse las tareas de forma clara y concisa para cada situación –por ejemplo, la derivación de pacientes de un lugar de complejidad similar a aquel de donde se los deriva–. Estas realidades demuestran la relevancia de la intervención sindical, no solo para la defensa de los propios intereses gremiales, sino también para la prestación de un mejor servicio de salud a los usuarios, como en el caso de la AMAP.

Aunque en abril de 2018 se alcanzó un nuevo acuerdo, sobre todo salarial, en octubre se produjo un conflicto colectivo por la negativa de OSPLAD a abrir la negociación salarial para los médicos comprendidos en el CCT 1456/15 “E”. Al respecto, vale recordar que las partes no pueden negarse a negociar. Debido a ello, el 16 de octubre se llevó adelante un paro de actividades de veinticuatro horas –desde luego, con el mante-

nimiento de guardia para la atención de urgencias—. En enero, la AMAP denunció a OSPLAD ante la Dirección General de Negociaciones Laborales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por incumplimientos de los acuerdos suscriptos y por haber pagado solo un porcentaje de los haberes correspondientes a diciembre de 2017. Tras las audiencias realizadas en febrero y diciembre de 2018, se articuló un nuevo acuerdo. Sin embargo, ya en febrero y marzo del año siguiente hubo nuevamente medidas de acción directa por el no pago de la totalidad de los haberes y el consecuente incumplimiento de completar la pauta salarial 2018-2019, al no haberse actualizado los salarios desde octubre de 2018.

En abril de 2019, la AMAP solicitó una nueva negociación, ante la negativa de hacerlo por su contraparte —en lo que constituiría una práctica desleal o una conducta antisindical—. En junio volvió a solicitar una reunión, debido a la falta de pago de la primera cuota del aguinaldo y a la ausencia de respuesta respecto de cuándo se efectivizaría dicho pago, y en julio pidió una nueva convocatoria al entonces Ministerio de Producción y Trabajo (MPYT) para negociar la recomposición y actualización salarial.

Se observa, de este modo, una seguidilla de incumplimientos del lado de la parte empleadora. En simultáneo, vemos que, en este y otros casos que debió enfrentar la AMAP, son apreciables las reclamaciones y, a la vez, la actitud meramente formal en la intervención del MPYT. Concretamente, ya no se constataba un rol activo de la autoridad administrativa, en cuanto a generar escenarios de negociación y facilitar, a través de ella, una intervención tutelar del Estado. Consideramos que esa intervención es necesaria, conforme nuestra propia experiencia, desde el área administrativa laboral y en articulación con las demás áreas del Estado, de las que también suele valerse la parte empleadora para llevar adelante su actividad. El accionar del Estado —que, reiteramos, debería ser tutelar— es una herramienta relevante, si no imprescindible, al momento de intentar construir consensos para un acuerdo. Por el contrario, si la autoridad administrativa se limita a convocar a audiencias, sin interactuar en un sentido proactivo ni llevar adelante un impulso efectivo para acordar, su intervención —o, mejor dicho, su abstención—, en la práctica, suele favorecer a los

empleadores. Más allá de un imaginario colectivo que no es posible verificar en los hechos y las estadísticas, a menudo los sindicatos no logran, sin el acompañamiento del Estado, revertir situaciones de incumplimiento del empresariado. Asimismo, no es frecuente –sea por decisión y ausencia y/o falta de coordinación estratégica– que la autoridad administrativa del trabajo se valga de la articulación de la negociación colectiva con la inspección para verificar la existencia de incumplimientos, impulsar la solución de los conflictos y, eventualmente, sancionar. En tal sentido, consideramos que las estrategias de coordinación formuladas por la AMAP son una referencia para atender, amén de los diversos resultados, estos no siempre están a su propio alcance, como podrían estar para la autoridad estatal.

Precisamente, el rol adoptado por la autoridad de aplicación no es indiferente en vista de los resultados que se alcanzan o no se logran. Se trata de mantener el funcionamiento de las organizaciones en la esfera privada, pero sin por eso desvincularlas del accionar de la autoridad pública. Lo público y lo privado, a nuestro juicio, no son dos líneas (o dimensiones) paralelas que ni siquiera se cortarían en el infinito, sino que se interrelacionan. Lo que ocurre en una de ellas tiene incidencia en la otra.

El proceso de incumplimientos de OSPLAD desembocó, en septiembre de 2019, en un procedimiento preventivo de crisis (PPC) en los términos de la Ley 24.013, reglamentada por los Decretos 2072/94 y 265/02. OSPLAD propuso evaluar alternativas en los términos de lo dispuesto por el Decreto 633/2018, en el que se estableció que, a partir del mes devengado inmediato posterior a su entrada en vigencia, las contribuciones patronales adicionales correspondientes a los regímenes diferenciales mantenidos por la Ley 24.241 y sus modificatorias serían las previstas en las respectivas normas vigentes. En concreto, se dispuso que las sumas emergentes se destinarían a los trabajadores, que no se implementarían nuevas tercerizaciones de servicios médicos asistenciales, y que se revisarían las subcontrataciones y tercerizaciones de los equipos médicos y de otros trabajadores, representados por la AMAP y la FEMECA, que deberían estar incluidos en el CCT.

El CCT 1228/11 “E” con International Health Services S. A.

En abril de 2008, la FEMECA firmó el acuerdo con la empresa International Health Services S. A. (IHS S. A.), que fue homologado por Resolución ST 377/2008. Luego, siguió negociando la AMAP, manejando armoniosamente la transición, de modo que la FEMECA continuaba solo para los profesionales de la salud y la AMAP para los médicos. Así se manifestó en el Expediente 1.296.447/08, donde a fojas 164 se explica que, si bien la AMAP está afiliada a la FEMECA, por los artículos 31 y 35 de la ley 23.551, se ha aceptado que ejerza la representación sindical en la negociación colectiva respecto de las médicas y los médicos que trabajan en el sector privado; junto con esto se acompañó el acta de la Junta Ejecutiva de la FEMECA, de la que surgía lo señalado.

En junio de 2008 la AMAP comunicó a la parte empleadora la oficialización de listas para la elección de representantes de la Comisión Directiva de la filial de la Asociación en IHS S. A, quienes fueron elegidos en julio. En octubre de ese año se empezó a plantear el reajuste de los haberes de los médicos de la empresa, de lo que no se recibió respuesta formal ni concreta, en vista de lo cual se consideró que existía un conflicto colectivo de intereses; consecuentemente, se solicitó audiencia en los términos de la Ley 14.786, a la que la empresa no compareció. En noviembre de 2008, ante una nueva convocatoria, la empresa asistió, manifestó que tomaba conocimiento del reclamo y señaló que la pauta salarial de 2007, al igual que la de 2008, había sido cerrada. La AMAP rechazó esto e indicó que no era esa la situación.

Luego de estas instancias, se produjo un acuerdo en junio de 2009, con la continuidad de la negociación de un CCT de empresa que comprendiera a todos los médicos que prestaban servicios para la empresa IHS S. A., ya en unidades móviles de terapia intensiva, en el servicio de visitas a domicilio y/o en consultorios. Finalmente, se firmó el CCT 1228/11 “E”, que comprende a las médicas y los médicos que prestan servicios para IHS S. A. en las modalidades de atención de consultorios y/o cubriendo guardias en ambulancias en atención de servicios de emergencias y/o urgencias en ambulancias en atención de servicios de emergencias y/o urgencia médica y/o traslado de personas

enfermas o convalecientes, cuando las necesidades de estas lo requieran a criterio de la empresa.⁸

El CCT 559/09 con CEMCA

En 2006 ya se habían entablado negociaciones informales con las empresas de servicios de ambulancias nucleadas en la Cámara de Emergencias Médicas de la Capital Federal (CEMCA), aunque no muy fructíferas. La FEMECA tenía suscripto un CCT antes que la AMAP acordara el nuevo convenio. Este CCT representaba a las médicas y los médicos de la actividad privada que se desempeñan en las empresas de servicios de ambulancias para brindar servicios de emergencias, urgencias médicas y traslados de pacientes, dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. En este marco, se logró que la CEMCA continuara la interlocución con la AMAP, en una articulación consensuada con la FEMECA. La Junta Ejecutiva de la FEMECA aceptó el pasaje de los CCT que correspondían a los médicos y la AMAP.

De 2009 a 2012, se trató fundamentalmente la problemática de recomposición de salarios. En 2013 se trataron las condiciones generales de trabajo, los derechos sindicales y la formación profesional, además de lo salarial. Se llegó a un acuerdo salarial, pero no se abordaron en profundidad las otras temáticas propuestas por la AMAP. En 2014 se actualizaron los salarios y se introdujeron modificaciones al CCT, entre ellas: régimen de permanencia a la finalización de la guardia, jornada reducida no inferior a doce horas semanales y no aplicable a los médicos contratados como temporarios, junto con otras pautas para el cálculo de las horas extras, trabajos en días feriados, adicional por trabajo los fines de semana, adicional por año de antigüedad, adicional por capacitación, adicional por especialidades médicas, reembolso por gastos de guardería

8 Se nos ha informado que, al momento de escribir este libro, la inacción de la autoridad administrativa y la complejidad de la crisis económica no habrían facilitado mayores avances, más allá de pequeñas gestiones.

y/o sala maternal. Respecto de los derechos sindicales, se estableció la obligación de contar con una vitrina para informar cuestiones relacionadas con la AMAP y la FEMECA, un espacio físico para las actividades del Consejo Directivo de la filial de la AMAP, el cumplimiento de la retención de las cuotas de afiliación, el establecimiento de un aporte solidario y obligatorio, el permiso horario para la actividad gremial de doce horas semanales y la retención de aportes de la mutualidad.

En la renovación del CCT de 2015, hubo un planteo en relación con la vigencia de la cláusula de solidaridad. Al respecto, la autoridad administrativa requirió que

la fecha de vigencia de la cláusula, aunque coincida con el CCT, se encuentre en la misma cláusula de la contribución o en otra, pero distinta a la de la vigencia del convenio, atento a la ultraactividad [de la] que gozan estos, siendo ello contrario al espíritu reconocido a ese instituto en la doctrina, jurisprudencia y en el entender de esta Autoridad Administrativa del Trabajo, que busca reconocer los gastos incurridos por el sindicato al negociar acuerdos o beneficios para sus representados [...]. Plazo que a todas luces debe ser ajustado y razonable a los fines tenidos en mira a la hora de reconocer este beneficio a favor del sindicato. [...] [Entonces] deberán las partes presentarse ante el Señor Secretario de Conciliación que lleva a cargo su actividad, a fin de suscribir un acta modificatoria del acuerdo glosado.

El criterio explicitado en el requerimiento podría entenderse como restrictivo de las cláusulas de solidaridad ante los beneficios que también pudieran subsistir con la ultraactividad. Asimismo, se hizo saber que, si se modificaba la fecha de vigencia del CCT 559/09, ya no procedería la aprobación como texto ordenado, por cuanto lo desnaturalizaría. En ese caso, se expresaba que se estaría ante un nuevo convenio colectivo de trabajo, conforme al Dictamen DNRT 1379 del 15 de abril de 2015. Así fue, que, en audiencia del 23 de junio de 2015,

ambas partes, de mutuo y común acuerdo, expresan: Que vienen a dar cumplimiento parcialmente a lo indicado en el dictamen, acompañando el nuevo texto del acuerdo y del texto ordenado del CCT 559/09 con las modificaciones de la cláusula 8.3, conforme fuera sugerido. Respecto del carácter de nuevo convenio pretendido por el dictaminante, vienen a oponerse a la sugerencia, por cuanto la normativa no es-

tablece cuántas veces puede modificarse una norma sin renovarse totalmente y la misma [sic] –como bien dice el dictamen– ya mereció correcciones anteriores, entendiendo que la misma [sic] no ha sido desnaturalizada. Asimismo, dejan expresado que la normativa vigente no prohíbe la prórroga de la vigencia conforme se ha acordado por las partes en el ejercicio de la autonomía negocial.

En noviembre de ese año, las partes, de común acuerdo, recogieron las recomendaciones impartidas por la Asesoría Técnico Legal –de lo contrario, habrían debido entrar en tramitaciones procedimentales que serían dilatorias para el objetivo de alcanzar el acuerdo– y acompañaron el documento ajustado al criterio de la autoridad administrativa. Así, el acuerdo sería homologado en dichas actuaciones en agosto de 2018.

Es posible advertir en lo narrado una suerte de formalismo excesivo para la instrumentación de acuerdos, que no siempre redundan en una negociación mejor, más amplia y más dinámica. Podemos preguntarnos también sobre los reclamos formales que suelen hacerse por parte de la autoridad administrativa en vista de la renovación de CCT y su actualización, y reflexionar que eso también requeriría de contextos adecuados y propicios en la negociación colectiva, y un mayor impulso de quien tiene competencia en tal sentido.

En otros casos, se aplicaron los aumentos salariales, más allá de que el Ministerio no siempre los homologaba o lo hacía tardíamente. Un acuerdo de 2017 se homologó recién en agosto de 2019 y estableció sustancialmente una recomposición salarial.

El CCT 635/11 con CADIME

En octubre de 2009 la AMAP envió nota a la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) a efectos de coordinar la metodología que correspondía implementar para el inicio de negociaciones colectivas tendientes a establecer un CCT para los médicos que prestaban servicios en laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes o consultorios dedicados al diagnóstico médico. Se respondió a la AMAP que la

comisión directiva de CADIME había decidido iniciar las negociaciones en la última semana de marzo del año siguiente.

En 12 de julio de 2011, por Expediente 1458348, la AMAP solicitó se designara audiencia para la presentación y ratificación del CCT al que habían finalmente arribado con CADIME. El 21 de octubre se homologó el CCT por Resolución de la ST 1446. Luego de la homologación, se pidió a CADIME que les informara al respecto a todas las instituciones que la integran y se confeccionara un listado de ellas para registro de la AMAP.

Este CCT representa a todas las médicas y médicos que trabajan en relación de dependencia en clínicas, sanatorios y otros establecimientos asistenciales con o sin internación, con exclusión de establecimientos psiquiátricos, geriátricos y hospitales de colectividad. Se destaca aquí, nuevamente, la importancia de la contribución de solidaridad y de las demás retenciones. Estas permiten financiar el accionar de la organización para negociar, registrar y apoyar inspecciones, entre otras actividades. Se observa, por otra parte, la importancia de la cámara empleadora y del modelo sindical para facilitar el ordenamiento y posterior control del alcance de lo acordado, siempre que se cumpla de buena fe. En la hipótesis de que la AMAP tuviera que actuar, empresa por empresa, a dichos fines, su accionar sería mucho más abierto, complejo y con potenciales dilaciones para no negociar, registrar, etcétera.

En 2012 se llevaron adelante negociaciones colectivas para establecer escalas salariales, ya que no había anteriores, salvo lo establecido en algunas cláusulas originales del CCT 635/11 sobre hora médica y adicionales porcentuales a partir del valor hora, como en el caso de jornada continua, antigüedad y horario nocturno. En síntesis, tal como las partes de común acuerdo lo expresaran en un acta de octubre de 2013, no existía “escala salarial en la actividad, sino un valor hora-médica”. Se constituyó así la comisión negociadora, si bien las partes también podían negociar en forma privada –lo que, por cierto, resulta habitual en materia de negociación colectiva–.

Por Resolución ST 1605 del 14 de noviembre de 2013 se homologó el acuerdo de incremento salarial para el personal comprendido en el CCT 635/11, con las prescripciones y demás consideraciones que surgían del texto al cual se remitía. En el acuerdo se estableció el complemento

sobre el básico y poner en pleno funcionamiento la comisión paritaria permanente, a la que la AMAP concebía también como una herramienta para la regularización. Además, para el próximo vencimiento del plazo de vigencia del CCT, se acordó mantener negociaciones con anterioridad a su vencimiento.

A partir de las nuevas escalas, por Resolución ST 1876 del 3 de diciembre de 2013, se fijó el importe promedio de la remuneración y el tope indemnizatorio correspondiente, inexistente hasta entonces. Se volvió a negociar el CCT por el período comprendido entre noviembre de 2013 y octubre de 2014, acuerdo que fue homologado por Resolución ST 1860 del 2 de diciembre de 2013. Un nuevo acuerdo fue homologado por Resolución ST 2576 del 30 de diciembre de 2014. Asimismo, el 19 de noviembre de 2015, por Resolución ST 1995, se homologó otro acuerdo y su acta complementaria.

Pese a lo anterior, en acta de octubre 2016 no se llegó a una solución que contemplara plenamente los intereses de ambas partes. Finalmente, en 18 de enero de 2018 se homologó un acuerdo por RESOL-2017-111-APN-SECT#MT. Respecto del acuerdo, destacamos que, si bien en su cláusula cuarta se declara “que continúa plenamente vigente la contribución de solidaridad establecida en el CCT 635/11, cláusula 27.5, que se aplica sobre las remuneraciones integrales de los trabajadores comprendidos en el referido convenio colectivo de trabajo, incluyendo las que surgen del presente acuerdo salarial”, la resolución establece en uno de sus considerandos: “Que en relación a la cláusula cuarta, se hace saber que la vigencia temporal de la contribución solidaria establecida será la del acuerdo 01/11/16 hasta 31/10/17”. En estas negociaciones, lo no remunerativo ya se menciona como restrictivo; anteriormente se lo señalaba solo como facultad legislativa y se exhortaba a las partes a que “las sumas cuyo devengamiento se estipule para varios períodos mensuales tenga naturaleza remunerativa”, conforme la Resolución 2018-780-APN-SECT#MT que homologa el acuerdo.

Se solicitó la homologación del último acuerdo al que se había arribado en forma privada el 18 de octubre de 2018 y, conforme lo previsto en este, de otro acuerdo, de febrero de 2019. Se peticionó audiencia para su ratificación y para que se procediera a la homologación. Mientras

tanto, las partes lo aplicaban por decisión propia, en virtud de la demora homologatoria de la autoridad administrativa del trabajo.

Las negociaciones con la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios

En cuanto a la Obra Social Bancaria (Obra Social Servicios Sociales Bancarios [OSSSB]) existe un CCT, pero al presente este no está homologado porque el Ministerio no lo hizo. Este CCT comprende a las médicas y los médicos que trabajen en relación de dependencia en los servicios y unidades médicas de la Policlínica Bancaria, a los que deben agregarse los médicos del Banco de la Nación Argentina, donde hay un policlinatorio.

El proceso para avanzar en la firma del CCT también comenzó en 2008, cuando se convocó a la elección de autoridades de la filial, con comunicación a la parte empleadora. Sin embargo, en la Policlínica Bancaria fue desconocida entonces la AMAP como representante del personal médico que allí trabajaba y la OSSSB impugnó el acto electoral. Ante esto, la AMAP dejó en claro que la resolución que otorgaba la personería gremial alcanzaba a las médicas y los médicos de la Capital Federal y que el estatuto le permitía organizar filiales en los establecimientos donde se contara con más de cincuenta afiliados, como en este caso.

Merece señalarse aquí que la elección de autoridades de la filial Policlínica Bancaria de la AMAP era un acto eleccionario del órgano directivo de la asociación sindical y no una elección de delegados de empresa o establecimiento (artículos 66 a 68 del estatuto). Solo participaban afiliados del sindicato, en lugar del universo de médicos que trabajaban en la Policlínica. Por ello, tampoco tenía derecho a participar APPAMIA. Entonces, la personería compartida se limitaba únicamente a la representación del universo de trabajadores ante el empleador, en casos tales como la elección de delegados de empresa o la promoción de negociaciones colectivas de trabajo.

La AMAP desconoció que la OSSSB representara o pudiera representar a los trabajadores médicos que formaban parte de ella. Puesto que los directivos de la obra social sindical son nombrados por la asociación

bancaria –argumentaba–, no podrían ser los mismos empleadores de los médicos quienes los representarían gremialmente. Como esto también fue rechazado por la OSSSB, la elección se debió realizar en la sede de entonces de la AMAP, conforme se informó a la DNAS el 26 de junio de 2008. Sin perjuicio de ello, el 30 de julio de 2008, la AMAP pidió a la DNAS que estableciera con claridad si su personería gremial le atribuía la representación de los médicos que trabajaban en la OSSSB, independientemente de la participación que pudiera incumbirle o no a APPAMIA. Previamente, el 17 de junio de 2008, se había formulado una denuncia ante la DNRT y solicitado su intervención para evitar la escalada de un conflicto colectivo.

El 10 de octubre se denunció un posible conflicto de trabajo (Expediente 1.296.448/08) y el 21 de este mes se solicitó directamente audiencia para atender el conflicto (Expediente 1.297.785/08). Aquí se advierte, una vez más, la estrategia para articular y requerir el necesario apoyo tutelar de la autoridad administrativa, en vista del cumplimiento normativo y de alcanzar la defensa de los intereses profesionales. Como hemos señalado en otros trabajos,⁹ la autonomía no implica la desaparición de una necesaria tutela estatal de los derechos sindicales.

El 11 de noviembre se realizó una audiencia en la que también se reclamó por el no pago de los salarios del mes anterior y se informó de que se estaban reteniendo tareas (como forma de reclamo alternativo a la huelga). El 17 de noviembre se comunicó al Ministerio de Salud la grave situación que atravesaba la Policlínica Bancaria debido a la carencia de insumos y la falta de equipamiento (Expediente 18.448/08-6). Una vez más, lo laboral y la salud están interrelacionados.

Luego de infructuosas respuestas, se dispuso un paro para el 11 de diciembre de 2008, que fue informado en el acta de la audiencia del 9 de ese mes, en ese mismo acto, el funcionario del Ministerio de Trabajo declaró la conciliación obligatoria por quince días y fijó audiencia para el 18 de diciembre siguiente. Ante la incomparecencia de la OSSSB, se fijó

9 Mario Luis Gambacorta (director), *La estructura de la negociación colectiva como proyección del modelo sindical vigente*, Buenos Aires, UMSA, 2018.

nueva audiencia para el 8 de enero de 2009, en que vencía el plazo de la conciliación obligatoria, prorrogada por los cinco días restantes en esa misma audiencia. A partir de allí se continuaron las negociaciones. El 11 de marzo, la AMAP y la Asociación de Profesionales del Arte de Curar de la OSSB (ASPAC) –esta última, una entidad sin personería gremial, que es filial de la FEMECA– convocaron a una asamblea informativa y consultiva respecto de la situación institucional y las futuras medidas de acción que correspondía adoptar ante un paro de actividades, convocado para el 18 de marzo. En el paro se mantuvieron los servicios esenciales. Se profundizaron las medidas con paros por turnos los días 13 y 14 de abril de 2009, y por veinticuatro horas el 15 de abril. Ante la persistencia del conflicto, se llevó adelante otro paro los días 13 y 14 de mayo, por cuarenta y ocho horas. Ante la sistemática falta de respuesta a los problemas denunciados por la AMAP, se comunicó que habría más medidas por cuarenta y ocho horas para el 3 y el 4 de junio, y el 17 y el 18 de junio.

El 1 de junio, la empleadora planteó un incremento salarial del veinte por ciento, que –si bien la AMAP entendió que respondía a parte del pedido formulado por la entidad– carecía de precisión en cuanto a cuál era la base de cálculo sobre la que debería aplicarse. Por no haberse dado respuesta a los diversos problemas denunciados, las medidas de fuerza fueron ratificadas. Luego, en audiencia del 16 de junio y en vista de que había habido un incremento salarial considerado pertinente, la AMAP suspendió las medidas de fuerza previstas para los días siguientes, a fin de que se iniciaran negociaciones concretas y de buena fe entre las partes, para lo que confirió un plazo de veinte días corridos. Sin embargo, ante la crisis generada por la pandemia de gripe A, y pese a la falta de voluntad para dar solución por parte de la empleadora, la AMAP, esta decidió levantar las medidas.

El 6 de agosto se produjeron nuevos conflictos por la sanción a médicos que habían realizado requerimientos para el correcto desempeño del servicio, incumpliendo el Decreto 22.212/45, que establece la imposibilidad de sancionar a un profesional médico sin sumario previo. En esta situación se continuó sin respuestas hasta que, el 16 de agosto, se realizó una audiencia en la que se mencionaron los hechos que habían tomado público conocimiento y que habían dado lugar a la intervención de la jus-

ticia federal penal y a la intervención de la OSSSB. La AMAP inicio acciones penales por el no depósito de las cuotas sindicales y la indebida retención de estas por parte de la entidad patronal (acta de audiencia del 2 de septiembre de 2009). Posteriormente, en acta del 14 de octubre, en virtud de que se comenzaron a producir cambios de actitud, la AMAP finalmente manifestó que las nuevas autoridades que habían asumido en la OSSSB habían demostrado buena predisposición para resolver los problemas planteados en las actuaciones por ella impulsada.

En el transcurso del año 2010 se realizaron varias reuniones, audiencias y negociaciones, aunque se presentaba el problema de la falta de autoridades formales (audiencia del 19 de enero de 2011, Expediente 1.415.399/10). En virtud de lo anterior, el 21 de enero de 2011, y en una situación de incertidumbre para los trabajadores, la AMAP reclamó por carta documento a la Asociación Bancaria, ante el fin de la intervención de su obra social por Decreto 2070/10, que a ella le correspondía la designación de las nuevas autoridades; asimismo, le solicitó que aclarara si se iba a hacer cargo de la conducción de la obra social y, si fuera así, que cumpliera con dicho deber.

En paralelo, por Expediente 182.826/11 del 20 de enero se denunció ante la sss la acefalía de la obra social y la necesidad de que se adoptaran medidas para preservarla, conforme a los artículos 26 y 27 de la Ley 23.660 y lo establecido por Decreto 1615/1996. Se buscaba, así, evitar mayores perjuicios no solo a los afiliados, sino también a los beneficiarios, lo que pone en evidencia las inquietudes y preocupaciones adicionales en relación con la salud de un sindicato médico como la AMAP.

El 18 de octubre de 2012 –mientras la sss estaba a cargo de la administración de la OSSSB–, cuando la Asociación Bancaria pretendió excluirse del conflicto planteado en las actuaciones, la AMAP le expresó, en Expediente 1.514.582/12, que era la responsable de la administración de dicha obra social, y la instó a la negociación colectiva no solo en relación con lo salarial, sino con las condiciones de trabajo, todo ello en el marco del CCT 619/11. En la nueva audiencia del 21 de noviembre de 2012, anticipando la adopción de medidas de fuerza, la AMAP señaló que cualquier situación que se produjera a raíz de la falta de profesionales en áreas específicas era responsabilidad solidaria de la sss, la OSSSB y la Asociación Bancaria. En

febrero de 2013, la AMAP envió a la SSS cartas documento en las que expresaba sorpresa y preocupación por el desconocimiento de la responsabilidad de ese organismo en cuanto al funcionamiento y supervisión de la OSSSB, e inquietud por el modo en que esta funcionaría hasta que la Asociación Bancaria se hiciera cargo. En audiencia de mayo, la Asociación Bancaria manifestó que, con fecha 15 de marzo de 2013, había suscripto un acuerdo con la Asociación de Bancos Argentinos, la Asociación de Bancos de la Argentina, la Asociación de Bancos Públicos y Privados de la República Argentina y la Asociación de la Banca Especializada, para dar solución a los inconvenientes que afectaban a la OSSSB. Se trató del otorgamiento, por parte de las entidades bancarias representadas en ese acto y a favor de la obra social, de una contribución extraordinaria del uno por ciento permanente sobre las remuneraciones brutas, mensuales, normales y habituales (incluido el aguinaldo), correspondiente a la totalidad del personal de las entidades financieras (punto 1 del acuerdo). La OSSSB y la Asociación Bancaria se comprometieron a destinar esas sumas a la creación de un fondo especial, cuya función esencial sería la de posibilitar la recuperación de las prestaciones médico asistenciales de la OSSSB o aquella obra social debidamente inscripta por la Asociación Bancaria que pudiera reemplazar en el futuro a dicha entidad (punto 2 del acuerdo).

Conforme al acta de la audiencia del 30 de septiembre de 2013, se avanzó en reuniones privadas con las nuevas autoridades de la OSSSB hacia la suscripción de un acuerdo, que se logró entre 2013 y 2014 mediante reuniones directas en el marco del Expediente 1.597.183, iniciado por la AMAP el 21 de noviembre de 2013. Este documento tenía el propósito de iniciar las negociaciones para celebrar un CCT de empresa que comprendiera a las médicas y los médicos que trabajaban para la OSSSB. En audiencia del 17 de julio de 2014, la AMAP y la OSSSB expresaron que habían resuelto constituir una Comisión de Relaciones Laborales, en el ámbito de la segunda, que tendría a su cargo “la discusión de las condiciones de trabajo y sentará las bases para la eventual futura suscripción de una convención colectiva de trabajo”. En audiencia del 8 de julio de 2015, las partes manifestaron en el mismo expediente que habían arribado y suscripto “un acuerdo de carácter convencional” por el

cual dejaban establecido “el primer convenio colectivo de trabajo para el personal médico de la Obra Social Servicios Sociales Bancarios”.

Pese a no estar homologados estos acuerdos, en años sucesivos se efectuaron negociaciones y actualizaciones salariales con las nuevas autoridades en la Asociación Bancaria, en las cuales se indica que han presentado el CCT para su homologación y que este tramitaba por el expediente antes citado.

Para este caso, finalmente, vale destacar que se trató en la práctica con la nueva conducción de la entidad sindical bancaria, que, luego del cambio de autoridades y su normalización, se orientó a regularizar la situación con la AMAP. De otro modo, seguramente el contexto habría sido más complejo y dificultoso.

Los CCT 552/08 y CCT 742/16 con la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro. El caso del Hospital Español

En el Hospital Español, en el marco de la estrategia delineada por la AMAP –que, como puede constatarse, se replica en distintas entidades empleadoras–, fue posible elegir las autoridades de la filial sin inconvenientes en julio de 2008. A partir de ese momento, se realizaron reuniones para atender las principales dificultades existentes, tal como la AMAP lo especificara en su nota a la presidente de la Comisión Directiva de la Sociedad Española de Beneficencia-Hospital Español, a saber: a) recomposición salarial; b) regularización, deuda salarial y honorarios adeudados; c) pago de aguinaldo de junio de 2008; d) pago de un adicional por título de especialista a la totalidad del cuerpo profesional.

En 14 de noviembre de 2008 hubo que empezar a realizar audiencias ante el Ministerio de Trabajo, debido la falta de respuesta de la empresa. En el CCT 552/08 entonces vigente se representaba a todas las médicas y los médicos de guardia que trabajaban en los hospitales y sanatorios de colectividad, instituciones nucleadas en la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro (AHC).

En audiencia del 26 de noviembre de 2008 se manifestó el cumplimiento de los compromisos asumidos respecto de los haberes

adeudados, y quedó pendiente el incremento salarial solicitado. En 18 de diciembre, en el Expediente 1.306.205/08, se dio un incremento del diez por ciento, vinculado al mantenimiento del subsidio que otorgaba el Ministerio de Trabajo bajo el Programa de Recuperación Productiva (Repro). Aquí, el rol asumido por el Estado fue una herramienta más para facilitar acuerdos en función de la búsqueda de la paz social.

El 20 de agosto de 2009 se solicitó, en el mismo expediente, citar a la Sociedad Española de Beneficencia para discutir nuevos valores salariales. El 10 de septiembre se alcanzó un incremento en el valor de la hora médica y, además, un adicional no remunerativo –salvo para los médicos de guardia, ya que estos se encontraban comprendidos en el CCT 559/09–. El 5 de octubre se trató el incremento del adicional por título profesional, sin llegarse a un acuerdo, y se solicitó la suscripción de un convenio en vistas a establecer un aporte solidario, el cual se alcanzaría luego, el 19 de octubre. A partir de ese momento, hubo reiteradas incomparecencias de la Sociedad Española. Pese a ello, se solicitó la elevación de los acuerdos hasta allí alcanzados para su homologación.

En Dictamen del Departamento Técnico Legal 4183 de la DNRT, del 20 de noviembre de 2009, se señaló que el poder oportunamente acompañado por la empresa era solo judicial y, en consecuencia, no suficiente para esas actuaciones administrativas, por lo cual no se hallaba acreditada la facultad invocada. Además, las partes debían informar en el marco de qué CCT celebraban los acuerdos que pretendían homologar. Respecto del aporte solidario, las partes no arribaron a un acuerdo de carácter formal, ya que solo se habrían limitado a fijar las respectivas posturas de cada una de ellas. El dictamen, sin embargo, reconocía que ambas partes habían manifestado su conformidad respecto de la propuesta de la parte sindical. Como consecuencia de estas observaciones, se les pidió reformular la redacción mediante un acta acuerdo, además indicarles que establecieran “la modalidad, porcentaje y fecha límite de aplicación de dicho aporte, prestando ambas partes su conformidad y solicitando su homologación en el mismo acto”. Es decir que, prácticamente, se habilitaba una rediscusión de lo acordado. Seis días más tarde, el 26 de noviembre, la empresa manifestó su imposibilidad de realizar incrementos, lo cual fue rechazado por la AMAB, que, además, señaló irregu-

laridades en el ámbito de la administración del hospital. Finalmente, el 3 de diciembre se llegó a un acuerdo, en el que puede apreciarse la consideración de las observaciones del dictamen, el cual alcanza a todos los profesionales médicos y a los profesionales universitarios del arte de curar, estén o no convencionales. El acuerdo fue firmado por la representación sindical, integrada por la AMAP y la FEMECA, y el aporte sería destinado a cubrir los gastos en la gestión y concertación de convenios y acuerdos colectivos, y al desarrollo de la acción sindical. Se destaca aquí la estrategia de la AMAP, articulada con la FEMECA, en cuanto a que la empleadora depositaría el aporte solidario de los profesionales del arte de curar no médicos a la orden de la FEMECA. Asimismo, se estipuló que los aportes de los representados por las entidades suscriptoras deberían ser canalizados a la Obra Social de los Médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (OSMEDICA) que, según declaraban, era la obra social de origen, y se solicitó la homologación.

En acta del 14 de diciembre se debió especificar que, en cuanto al CCT en cuyo marco se habían suscripto los acuerdos y cuyas homologaciones se impetraban, correspondía indicar que se trataba de acuerdos aislados y preparatorios de un CCT que se suscribiría en un futuro con la Asociación de Hospitales, que nuclea al Hospital Español. El tema se resolvió con el compromiso de que la parte empleadora procedería a regularizarse dentro del CCT de colectividades, estrategia que se adoptó en lugar de la de firmar entonces un convenio colectivo de empresa.

Con anterioridad a este acuerdo, en nota del 4 de noviembre de 2009 la AMAP ya había solicitado el tratamiento de dos temas, a saber: la relación de dependencia y el título de especialista. Se observa que la irregularidad de la contratación de los médicos no fue tratada originalmente, sino que, aparentemente, se siguió la estrategia de concertar un acuerdo y luego avanzar respecto de este. Sin embargo, se perciben consideraciones previas respecto de quienes estuvieran alcanzados o no por el CCT. Por otro lado, es posible apreciar una problemática que afectaba a los médicos por su actividad: una afiliada había referido a la AMAP que el Hospital Español les daba a sus médicos asistencia con el número de sus respectivos legajos “como si fuera una prepaga de dicho hospital”, por lo cual, al no ser obra social, no desregulaban los aportes, debido a que en realidad no

se aportaba a ningún lado. Cuando los médicos que se hallaban en esta situación se iban a atender a otro hospital, no encontraban sus aportes ni tampoco se les aceptaba el código del Hospital Español, por tratarse de un sistema prepago. La AMAP le aclaró que, como cualquier otra trabajadora en relación de dependencia, podía formular opción por obra social. Esta no es más que otra problemática típica de la precarización de los médicos, paradójicamente, respecto de la atención de su propia salud.

El 23 de julio de 2010, la presidenta de la filial informó que no había fecha de pago del primer aguinaldo y solicitó medidas gremiales. Como consecuencia de ello, se produjo un quite de colaboración por parte de los trabajadores médicos del hospital. El 29 de julio de 2010 se realizó en el MTEYSS una audiencia,¹⁰ en la que la empresa informó la fecha de pago del aguinaldo, con lo cual se levantó la medida, pero se continuó en estado de alerta; se pidió una nueva audiencia para el 4 de agosto, a los fines de informar el eventual cumplimiento del compromiso asumido o la decisión de continuidad del plan de lucha. En este conflicto, la AMAP articuló sus acciones con la Unión de Profesionales del Arte de Curar del Hospital Español. Como esta era filial de la FEMECA, los médicos y médicas que la integraban se afiliaron a la AMAP.

En diciembre de 2010 se reiteraron los incumplimientos salariales, e igualmente en 2012 y 2013. En diciembre de 2013, el presidente de la filial y otra integrante del Consejo Directivo fueron intimados a jubilarse. Ante esto, la AMAP especificó que era válido, “siempre que el plazo concedido sea posterior a la extinción de la tutela legal”. Debe recordarse que, si se afectaran las funciones de representación que estos representantes gremiales cumplen, no solo se los afectaría a ellos en cuanto un aspecto individual de la libertad sindical, sino que también se afectaría la representación colectiva de los trabajadores.

A estos conflictos se sumaba el hecho de que, en la obra social del Hospital Español, se realizaba el descuento por recibo a los médicos por su atención médica, sin justificación alguna. Los médicos, finalmente, fueron derivados a OSMEDICA, que se hizo cargo de las prestaciones a

10 Se relevó copia de acta de la audiencia, pero no pudo visualizarse el número de expediente.

partir de Femédica (la prepaga de la FEMECA), solo por solidaridad y a instancia de la AMAP. Se aprecia aquí, en términos de la precarización laboral y de la seguridad social, que los médicos no siempre reciben adecuada cobertura médica.

En audiencia del 27 de febrero de 2014, la Sociedad Española de Beneficencia informó que el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) había asumido la administración del Hospital Español,¹¹ además de abonarse las remuneraciones de enero y el segundo aguinaldo de 2013. Ante esto, la AMAP manifestó la necesidad de reunirse con PAMI, designado gerenciador y administrador por ciento ochenta días, plazo que fue luego renovado por sucesivas resoluciones judiciales. Finalmente, para abril de 2014, según consta por acta del día 11 de ese mes, se había cancelado la totalidad de los haberes del personal médico, sin que existiera en ese momento situación de conflicto (Expediente 1.481.074/11).

De manera permanente, la AMAP tuvo que reclamar para sostener la negociación y la acción sindical, frecuentemente desconocidas o soslayadas. El 17 de febrero de 2014 envió una carta documento al director ejecutivo de INSSJP para informar de la existencia de la entidad sindical y solicitar que se le otorgue “plena participación en cualquier tipo de negociaciones que se lleven adelante y que afecten la continuidad de la fuente de trabajo y las condiciones laborales y salariales de nuestros representados”. El 17 de septiembre se pidió, por Expediente 1.643.436, que se iniciara la negociación del CCT que agrupa a los médicos que trabajan en ese lugar. Esto se daba por el estancamiento de la negociación del sector. También se produjo el Dictamen 6015, en sentido similar. Luego de una serie de audiencias y negociaciones, el 9 de octubre de 2015 se declaró constituida la comisión negociadora para la negociación de un CCT de empresa entre AMAP y la Sociedad Española de Beneficencia-Hospital Español, previo Dictamen 4310, y hallándose el nosocomio en estado concursal. Debido a esto, el INSSJP, a cargo de la administración de la concursada, requeriría oportunamente como necesaria la aprobación del proyecto que se alcanzara. Finalmente, el 5 de julio de

11 Esto fue resuelto judicialmente en el concurso preventivo, ante el Juzgado 22, Secretaría 43.

2016, la AMAP manifestó en acta que “habiéndose suscripto en la fecha un CCT de actividad, en el Expediente 1.399.769/10, viene a solicitar el archivo de las presentes actuaciones sin más trámite”.

En septiembre de 2017 hubo una presentación de la AMAP en el expediente judicial del concurso, a los fines de señalar cambios en la orientación del hospital que afectaban la continuidad laboral de muchos médicos, tales como la discontinuidad de contratos con obras sociales y la consecuente disminución de pacientes. Se avisaba de manera informal a los médicos sobre el cierre de servicios como Obstetricia, y se los invitaba a realizar funciones ajenas a su especialidad, bajo la amenaza de ser despedidos.

Ante esta situación, la AMAP requirió a la jueza interviniente que solicitara al administrador que informara qué servicios tenía proyectado cerrar y los fundamentos de tal decisión, detallando personal y antigüedad, las razones por las que discontinuaban prestaciones del hospital y qué tipo de autorizaciones o facultades había tenido en cuenta para obrar en ese sentido, y se le pedía que se abstuviera de efectivizar el cierre de servicios o los despidos sin la debida autorización judicial. En el escrito se advertía que se estaba reconvirtiendo el Hospital solo para servicios gerontológicos, en desmedro de su carácter general, y que ello conllevaba no solo un impacto en el ámbito médico, sino también sobre la sociedad toda en materia de salud. Tales peticiones se reiterarían el 3 de octubre de 2017 en otra presentación judicial, como consecuencia del cierre del servicio de Obstetricia y por la presión ejercida sobre médicos residentes para que renunciaran a su relación laboral y terminaran así su residencia. Previamente, por nota del 31 de julio se había pedido una reunión urgente al administrador.

El 28 de agosto se solicitó la fijación de una audiencia al MTEYSS por el conflicto colectivo existente (Expediente 1.772.869/17). El 14 de septiembre se pidió otra audiencia por Expediente 1.774.526/17. Se fijó audiencia en el Expediente 1.772.869/17 para el 4 de octubre y se acordó citar al coadministrador del Hospital para el 18 de octubre. La parte empleadora informó que los residentes habían pasado a encuadrar conforme a derecho en la Ley 22.127 de Sistema Nacional de Residencias. En septiembre se remitieron cartas documento por las

situaciones antes mencionadas; sin embargo, finalmente, se dispuso la quiebra con continuidad. Se realizaron pronto pagos laborales, que, según se nos informó, aún no se han cobrado. Subsisten las contrataciones mediante monotributo.

La renovación de los CCT 552/08 y CCT 742/16 con la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro

En abril de 2010, por carta documento, se plantearon negociaciones a fin de ampliar el CCT 552/08, incluyendo a los demás médicos que trabajaban en relación de dependencia para las entidades representadas en la AHC, tanto en función asistencial como no asistencial. Las materias a negociar eran las mismas del CCT 552/08. Se reiteró el planteo el 5 de agosto por otra carta documento y el 10 de agosto se comunicó al MTEySS 2010, bajo el Expediente 1.399.769/10. El 11 de noviembre se realizó una audiencia en la que AMAP presentó su anteproyecto de CCT, como se había comprometido en una audiencia anterior, celebrada el 20 de octubre; sin embargo, la representación empleadora informó la imposibilidad de reunir a todos los miembros de la Asociación y se fijó una nueva audiencia. Esta tuvo lugar el 13 de diciembre. Esta vez, la parte empleadora expresó que no había sido posible alcanzar un consenso, entre otras cosas, por la heterogeneidad de las situaciones y realidades de los distintos integrantes de la entidad representativa. Por ello, pedía una amplia prórroga. El 27 de diciembre, la Asociación indicó que aún no había resultado posible “la conformación de un consenso destinado a fijar posición respecto del contenido y alcance de la apertura de negociación” y, sin perjuicio de ello, adjuntaba “nómina de paritarios a fin de conformar la Comisión Negociadora”.

Luego, el 25 de enero de 2011, la Asociación empleadora expresó que “el período estival ha impedido al compareciente obtener instrucciones, en razón de encontrarse de vacaciones la gran mayoría de responsables con poder de decisión”. El 22 de febrero, la Asociación, luego de haber considerado el anteproyecto de AMAP, comunicó que haber obtenido “el consenso necesario para iniciar un debate sobre la ampliación de

aspectos contemplados en el CCT ya firmado, referido a los médicos de guardia y circunscripto estrictamente a dicha categoría profesional”. La AMAP rechazó la pretensión de limitar la discusión, no aceptó el ofrecimiento formulado e instó a la Cámara a rever su posición, por entenderla como renuencia sancionable en los términos de la normativa aplicable. El 14 de marzo de 2011, ante la persistencia de la Asociación en su negativa, la AMAP entendió que se trataba de una práctica desleal y solicitó la intervención de la Asesoría Letrada, para determinar los alcances de lo expresado y sus consecuencias. Esta se expidió el 7 de abril de 2011, en un dictamen compartido por la Dirección de Negociación Colectiva; en él, se estableció que la AMAP tenía en su ámbito la negociación prevista y las partes deberían negociar para el ámbito citado, sin que la empleadora pudiera exigir la limitación a un ámbito menor. Se citó doctrina de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, en la que se señalaba que negociar era un derecho y un deber, en tanto rehusarse podría ser calificado como una práctica desleal, y que, además, debía ser de buena fe, conforme el artículo 4 de la Ley 23.546. En consecuencia, se procedió a citar a las partes a audiencia para seguir negociando, bajo apercibimiento de las sanciones previstas en la Ley 25.212. Contra ello, el 31 de mayo de 2011 la Asociación interpuso recurso de reconsideración con jerárquico en subsidio (Expediente 1.449.715/11), a lo que el 5 de julio de 2011 respondió la AMAP que el dictamen no era una resolución, por ser acto preparatorio –y, por lo tanto, no eran procedentes los recursos– y detalló los elementos que configurarían la mala fe negocial. Luego de varias audiencias en el transcurso de 2012, con marchas y contramarchas, el 14 de agosto de ese año se señaló que se habían generado avances en la negociación y se estimó que se alcanzarían acuerdos definitivos. El mismo día, por Disposición DNRT 275, se declaró constituida la Comisión Negociadora.

Al 1 de noviembre, las partes de la negociación se encontraban redactando una cláusula de exclusión para facilitar el avance de las negociaciones, la cual no impedía el avance de la negociación sobre las cláusulas convencionales. La cláusula, presentada el 6 de noviembre de 2011 por el sector empleador, expresaba:

Se encuentran excluidos de la aplicación y alcances del presente CCT los médicos que –cualquiera sea su condición tributaria u impositiva– ejerzan su actividad profesional como trabajadores autónomos e independientes de las entidades para las cuales prestan sus servicios, ya sea que se encuentren vinculados con tales entidades por una relación de locación de obra y/o de servicios, o bien que encomienden a esas entidades la gestión de cobro de sus honorarios médicos que deban percibir de los financiadores o prestadores del servicio de salud, siempre y cuando la aludida gestión de cobro sea realizada por las entidades por ‘cuenta y orden’ del profesional médico.

Esta cláusula fue enviada a la Asesoría Técnico Legal de la DNRT para que se expidiera sobre su viabilidad. El 21 de enero de 2013, por Dictamen 280 (en el Expediente 1.399.769/10 ya citado), se señaló que “*prima facie*, esta Autoridad no resulta competente para dicho análisis. Ello, toda vez que dada la redacción de la misma [sic], la determinación de cada uno de los trabajadores excluidos resultaría materia de prueba”. Por ser los trabajadores autónomos e independientes ajenos a la relación de dependencia –se concluía–, “no correspondería ni su inclusión ni su exclusión del texto convencional”.

Este dictamen fue compartido por la Dirección de Negociación el 25 de enero de 2013 y se notificó así a las partes. Por ello, la AHC recurrió nuevamente por Expediente 1.556.854 del 27 de marzo de 2013. Por nuevo Dictamen 1320 del 15 de abril se dio vista a la AMAP. En esa misma fecha, la AMAP presentaba, en el Expediente 1.399.769/10, una exposición en la cual –entre otras cuestiones referidas a la negativa a negociar, las dilaciones, y finalmente, la cláusula de exclusión y la consulta unilateral a la autoridad de aplicación– permitió que se planteara esta última, en el entendimiento de que ello no impidiera llevar adelante negociaciones entre las partes. En presentación efectuada el 24 de julio, reiteró la interrupción de las negociaciones por todas estas situaciones, que consideró como prácticas desleales por la pertinaz negativa de la asociación empleadora a negociar.

Con fecha 22 de julio de 2013, obra Dictamen a fojas 190/191 del Expediente 1.399.769/10, por los recursos interpuestos por AHC, donde se considera que no se encontraban reunidos los requisitos para su procedencia. El 27 de agosto, se emitió el Dictamen 3623, en el que, ante la

solicitud de la parte empleadora, se le dio vista a ella y se requirió a las partes que retomaran “las negociaciones en marcha a los fines de arribar a la conformación de un plexo convencional [...], de buena fe”. El 25 de octubre, la parte empleadora presentó una propuesta elaborada para ser puesta a consideración del sector sindical –pero sin haber negociado con este–. Se recibió y se pasó a nueva audiencia para su análisis o eventual negociación. El 11 de noviembre la AMAP expresó que aceptaba la propuesta en general, salvo lo referido a los médicos de guardia de cuarenta a veinte horas.

Al momento de escribir este trabajo se seguían negociando acuerdos salariales. Se aprecia claramente lo extensas y complejas que han sido las negociaciones hasta que se logró alcanzar una cierta continuidad.

El caso del Centro Gallego

El 18 de septiembre de 2014, por Expediente 1.643.827, se designaron paritarios con relación al Centro Gallego de Buenos Aires (CGBA). En la audiencia del 23 de octubre de ese año, la parte empleadora expresó que la negociación debía darse en el marco de la que se venía llevando a cabo con AHC; esto implica que la descartaba por empresa. Por su parte, la AMAP había iniciado las negociaciones en este nivel por el fracaso y las dilaciones en la negociación con la AHC, en el anteriormente mencionado Expediente 1.399.769/10.

En el mencionado Expediente 1.643.827/14 recayó Dictamen 6017 del 18 de noviembre de 2014, en el que se convalidó que lo impulsado por la AMAP no encontraba impedimento para poder negociar en el nivel de empresa y que no podía negarse el CGBA a negociar. Se intimaba, consecuentemente, a la empresa para que, en el plazo de diez días, adjuntara su estatuto social y nómina de sus miembros negociadores, a los fines de poder corroborar la coincidencia entre la personería gremial de la AMAP y la actividad de la empleadora, en función de la pertinente legitimidad conjunta para negociar colectivamente. Sin embargo, por Expediente 1.657.184 del 15 de diciembre, el CGBA expresó, fijando posición, que “los hospitales que integran la AHC, incluyendo a mi representada CGBA,

en ejercicio de los derechos constitucionales que le asisten, han decidido negociar colectivamente a través de dicha AHC”. Y se preguntaba: “¿Para que existen, entonces, las cámaras empresarias? Una situación de tal naturaleza implicaría desconocer por completo el derecho constitucional de todos los empleadores a conformar cámaras empresarias”. Pidieron, además, el archivo de las actuaciones. Cabe señalar que, conforme a la normativa aplicable, la existencia de cámaras empresariales no veda la posibilidad de negociar también en el nivel de empresa.

El 2 de febrero de 2015, contestando la vista que se le cursara el 12 de enero en el marco del Expediente 1.643.827/14, en relación con el dictamen y la presentación anterior, la AMAP ratificó que esas cuestiones no distaban de lo ya resuelto en el dictamen referido y que se trataba de una actuación meramente dilatoria e improcedente por parte del sector empleador. El 24 de febrero de 2015 se produjo el nuevo Dictamen, 661, en el que, en línea con lo antes mencionado, se señalaba que:

la circunstancia [de] que la entidad sindical aquí interviniente se encuentre negociando un proyecto de CCT para la actividad que la comprende, el que en consecuencia le resultará de aplicación a las relaciones laborales con su personal, no obsta a la negociación concomitante de un proyecto de ámbito menor como lo es el de empresa. [...] Las normas de aplicación al caso concreto no limitan el derecho de negociar colectivamente respecto de un ámbito o nivel determinado a la conclusión de dicha negociación en otro ámbito mayor y/o menor, según el caso.

Frente a esto, en fecha 27 de marzo de 2015 por Expediente 1.667.381, el CGBA interpuso recurso de reconsideración con jerárquico en subsidio con reserva de caso federal y persistió en que se afectaría el derecho constitucional a conformar cámaras empresarias. Por el Dictamen 1345 del 14 de abril de 2015 se dispuso, en resguardo del debido proceso y el derecho de defensa, poner en conocimiento a la entidad sindical. Se observa que el procedimiento, sin por ello desconocerlo, puede ser funcional a dilaciones para quien no quiere negociar, que frecuentemente es el sector empleador. El 12 de mayo, la AMAP trató de evidenciar la dilación de la parte empleadora y respondió a lo señalado resaltando la falta de una crítica razonada y concreta de los fundamentos de la presentación de la parte empleadora y, además, reforzó su argumentación con el he-

cho que en el Expediente de negociación con la cámara se encontraban paralizadas las negociaciones. Consideraba que la presentación era impropcedente, extemporánea y dilatoria. En respuesta, la empresa manifestó que no sabía si su interventor judicial contaba con las facultades suficientes para negociar, lo que fue respondido por la AMAP el 4 de noviembre de 2015.

Por Dictamen 5500 del 14 de diciembre siguiente, y teniendo presente el desplazamiento de las autoridades estatutarias y la designación de un Administrador Judicial en el marco de la causa “Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social c/ Centro Gallego de Buenos Aires Mutualidad Cultura Acción Social s/ Medidas Precautorias” ante el Juzgado Nacional en lo Civil 54, el nosocomio insistió en que

el Juez de la causa debía expedirse a fin de determinar si el Administrador Judicial único designado posee facultades para designar miembros negociadores en los presentes obrados, lo que manifiesta se elevará a consulta y hasta tanto exista resolución al respecto.

La AMAP había pedido que se diera inicio a las negociaciones. Y se dictaminó que se entendía pertinente que tomara intervención en autos el Interventor Judicial del nosocomio, quien se encontraba a cargo de la gestión total por el Instituto de Asociativismo y Economía Social (INAES), para que nomine miembros negociadores, lo que debía cumplimentarse en el plazo de diez días.

En Expediente 1.643.827/14 se produjo el Dictamen 2471 de fecha 17 de mayo de 2016, en el que se señalaba que, por Dictamen 1086 del 11 de marzo, se entendió adecuado poner en conocimiento al nuevo Interventor Judicial (por cambio de gobierno institucional) para que tomara intervención, peticionara lo que entendiera pudiera corresponder y ratificara a los miembros negociadores designados. Luego de haber sido fehacientemente notificado, no compareció. Ante ello, se dispuso una nueva citación bajo apercibimiento de poder considerarse el incumplimiento como “obstrucción inexcusable al trámite administrativo”.

El 14 de junio de 2016 se realizó una audiencia, a la que el CGBA no compareció. La AMAP pidió la reserva de las actuaciones y la fija-

ción de una nueva audiencia para el 15 de julio del mismo año. Antes de esa audiencia, el 5 de julio de 2016, la AMAP manifestó en acta que “habiéndose suscripto en la fecha un CCT de actividad, en el Expediente 1.399.769/10, viene a solicitar el archivo de las presentes actuaciones sin más trámite”. Se dio aquí una situación parecida a la del Hospital Español, mencionada antes, en cuanto a que se pidió que se iniciara la negociación del CCT que agrupa a los médicos que trabajan en ese lugar. Esto se debía también al estancamiento de la negociación del sector. Se advierten las dilaciones del empleador para no negociar por empresa, aunque también es posible colegir una estrategia global de la AMAP para presionar, en el sentido de negociar a nivel de empresa para garantizar el CCT y su actualización para esta parte de su representación de las médicas y los médicos en la actividad privada –o, como preferiríamos decir nosotros: esta rama del sector médico de la actividad privada–.

El caso del Hospital Italiano

El 17 de junio de 2015, por Expediente 1.679.126, y luego de infructuosos intentos y propuestas, la AMAP se presentó con el objeto de corroborar si los médicos que se desempeñan en el Hospital Italiano de Buenos Aires se encontraban debidamente registrados y si se cumplía adecuadamente con el CCT 552/08. Para ello, se solicitaron inspecciones “de manera diaria y continuada”, ya que la AMAP estimaba que el ochenta por ciento de las médicas y los médicos no se hallaban registrados laboralmente.

En los términos señalados, las respuestas de la autoridad administrativa fueron escasas.

El caso del Hospital Británico

En septiembre de 2014 (como en el caso del Centro Gallego), por medio del Expediente 1.643.437 se inició la negociación para los médicos que trabajaban en el Hospital Británico. Se replicó en este caso

la situación antes descrita para el caso del Centro Gallego, tanto en las audiencias como en las presentaciones. La parte empleadora interpuso recurso de reconsideración con jerárquico en subsidio el 7 de enero de 2015, por Expediente 1.658.799, para que se acumularan, y expresó que “no se trata de negociaciones sobre puntos ‘articulables’ sino directamente superpuestos, los cuales solo pueden ser tratados entre las partes signatarias del CCT 552/08 y no por mi representada (el Hospital Británico)”.

En Expediente 1.686.219/15 se discutió sobre la representación en la empresa. En el acta del 30 de septiembre de 2015, la representación empleadora dejó impugnada la designación de la representante sindical en la empresa. La AMAP expresó entonces que tal representante “no necesariamente debe ser empleado en relación de dependencia y que reviste el carácter de normalizadora a los fines de la creación y normalización de la filial”, agregando que “la persona designada presta servicios para la empleadora en una relación laboral encubierta”.

Al responder el escrito del Hospital Británico, el 22 de octubre, la AMAP expresó, citando el Convenio 87 de Libertad Sindical, que “las organizaciones de trabajadores y empleadores tienen el derecho de [...] elegir libremente sus representantes”, con lo cual parecía opinar sobre la forma en que las organizaciones designan a sus representantes, aunque en forma genérica. Anteriormente, el 8 de octubre, la parte empleadora había impugnado la designación de “la representante gremial en la empresa” por no revestir la condición de delegada gremial y no tener relación de dependencia con la empresa. Finalmente, el 3 de diciembre de 2015 y previo Dictamen 5326, se reconoció el derecho de la AMAP a designar normalizadora, y se aclaró que esta no podía integrarse a la comisión negociadora como delegada, no supliendo la representación prevista en la ley. Así las cosas, se declaró constituida la comisión negociadora. La providencia, con base en el dictamen referido, fue recurrida por el Hospital Británico. La AMAP cuestionó este actuar del hospital como negativa a negociar. Este expediente también fue archivado al firmarse el CCT para este sector de la actividad médica.

Lo mismo ocurrió, en términos generales con el Hospital Alemán, la Asociación de Beneficencia Hospital Sirio Libanés y el Hospital Italiano

(mencionado anteriormente). Entendemos que con el CCT para esa rama de la actividad la AMAP logró sus objetivos, más allá del desgaste que implicó cada una de las acciones y negociaciones emprendidas.

Negociaciones y CCT por empresa. El caso del Sanatorio Güemes (Silver Cross) - CCT 1300/12 "E"

En junio de 2018 se envió carta documento al Sanatorio Güemes para solicitarle el inicio de negociaciones paritarias a fin de actualizar los valores del CCT 1300/12 "E". Este CCT comprende a todas las médicas y los médicos que trabajan en relación de dependencia en la empresa Silver Cross America Inc. S.A. El 10 de abril de 2018, por Expediente 1.792.076, Silver Cross America Inc. S. A. inició el procedimiento preventivo de crisis, en el que quedaron alcanzados la ATSA y la AMAP. Se cumplió con el artículo 104 de la Ley 24.013, que establece que el empleador no podría ejecutar las medidas objeto del procedimiento ni los trabajadores ejercer huelga u otras medidas de acción sindical, conforme a lo señalado en acta del 26 de abril. Luego fue rechazado el PPC. Entonces se siguió con la negociación colectiva y, al final, se alcanzó un acuerdo, que fue homologado.

El 27 de agosto de 2018, en Expediente 1.793.987/18, se firmó un acuerdo en el ámbito personal y territorial del CCT 1300/12 "E". En la cláusula cuarta de este documento, las partes convinieron en que

en el mes de febrero de 2019 se reunirán a efectos de revisar los salarios acordados, teniendo en cuenta para ello la relación entre el porcentaje de incremento de salarios acordados en el presente convenio y el incremento del índice de precios al consumidor nivel general nacional medido por el Indec, por el período enero a diciembre de 2018.

Como consecuencia, se celebró un acuerdo de recomposición salarial, presentado en 29 de abril de ese año por EX2018-46115878-APN-DGDMT#MPYT, que recién fue homologado el 16 de agosto de 2019 por RESOL-2019-1290-APN-SECT#MPYT. Anteriormente, el 12 de diciembre

de 2018, y ya con un nuevo sistema de tramitación de expedientes en el MPYT, en EX2018-50450859-APN-DGDMT#MPYT se presentó como acuerdo la reducción al cien por ciento de las contribuciones patronales correspondientes al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) sobre la totalidad de los trabajadores, salvo el aporte sindical y de obra social, por un plazo de doce meses. El valor de la reducción alcanzó únicamente al porcentaje del aumento pactado con las distintas entidades sindicales (ATSA y AMAP) durante el acuerdo paritario 2018. Sin embargo, la empresa asumió expresamente el compromiso de mantener la fuente de trabajo sin desvinculaciones injustificadas durante el período otorgado. La empresa también acordó las obligaciones a su cargo para el caso de producirse jubilaciones anticipadas por invalidez de trabajadores. Ante esas situaciones, la empresa procedería a realizar la correspondiente declaración jurada rectificativa en los aportes previsionales de los trabajadores afectados. Igualmente, en el caso de licencias por accidente de trabajo, la empresa se obligaba a asumir e integrar la eventual diferencia que existiere entre lo percibido en concepto de prestaciones dinerarias mensuales y el salario que le correspondería percibir al trabajador, conforme el CCT aplicable y la escala salarial vigente.

Como consecuencia de que no había involucrados despidos y que “en tanto y en cuanto las medidas emergentes del presente beneficio no causen daño material y/o moral alguno a los trabajadores comprendidos en las presentes actuaciones y se garanticen sus derechos protectorios establecidos en la legislación laboral vigente durante la aplicación del beneficio”, la AMAP aceptó lo propuesto y se elevó para su homologación. Esta fue declarada mediante RESOL-2018-638-APN-SECT#MPYT del 14 de diciembre de 2018. La resolución expresó que, para efectuarla en el marco del artículo 15 de la Ley de Contrato de Trabajo, se requería que se manifestara la conformidad en forma personal de los trabajadores.

El caso de Medicus

En el caso de Medicus, las actividades gremiales se registran desde 2008, con la obtención de permisos gremiales para facilitar la acción sindical.

El 8 de marzo de 2008, el Dr. Garín dirigió nota en la que solicitaba entrevista para explicar el accionar y las funciones gremiales de la AMAP. Los principales reclamos, previamente relevados y presentados a Medicus el 7 de mayo de 2008, fueron: pago de horas extras, pago doble de los feriados –al igual que el personal de enfermería–, pago de antigüedad, días de enfermedad –igual que lo contemplado por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA)–, diferencias por hora diurna / nocturna / fin de semana, incorporación de contrataciones –hasta entonces supuestamente no laborales– a la relación de dependencia, pago en tiempo de los reemplazos, presentismo, coordinación médica eficiente en todos los servicios.

El 8 de julio del mismo año se eligieron autoridades de la filial Medicus de la AMAP. El 1 de agosto, por carta documento, se formalizó, ya fehacientemente, el pedido de reunión para tratar la recomposición salarial y las condiciones de trabajo. El 16 de septiembre, también por carta documento, se solicitó urgente definición sobre el reajuste salarial y la asignación de una sala para el funcionamiento de la filial Medicus de la AMAP y de una cartelera gremial. El 26 de septiembre, por Expediente 1.293.803, se comunicó al MTEYSS el conflicto existente ante la falta de respuesta a la recomposición salarial y la sala, y por la cartelera gremial. El 2 de octubre se realizó una audiencia en la que la empresa expresó que tomaba conocimiento de la situación y pedía una nueva audiencia para fijar posición. El 7 de octubre se acordaron reuniones privadas. Merece consideración el plazo que se tardó para llegar a esta instancia y el modo en que estas cuestiones se dilataron en el tiempo, cuando no se trataba de otra cosa que lo necesario para el inicio de la acción gremial de la AMAP en ese lugar de trabajo.

El 13 de noviembre, la empresa expresó que los salarios médicos se habían incrementado un setenta y siete y medio por ciento, lo que fue desconocido por la AMAP por no constarle y, además, por requerir los médicos un valor hora superior al vigente. Además, la AMAP ratificó “el derecho que le asiste para requerir el establecimiento de un CCT”.

El 24 de noviembre, nuevamente por carta documento, la AMAP comunicó a Medicus que había decidido promover la negociación de un CCT de empresa. El alcance personal cubría a las médicas y los médicos

que trabajaban en relación de dependencia en esa empresa, y el alcance territorial, a la Capital Federal. Se propuso negociar sobre los siguientes temas: jornada, condiciones de trabajo, régimen de licencias, ausencias y justificaciones, enfermedades y accidentes del trabajo, salarios, capacitación y formación profesional, higiene y seguridad, trabajo de mujeres, vestimenta, útiles de labor, estabilidad y representación gremial, derechos sindicales de los trabajadores y entidad sindical. El 16 de diciembre, Medicus informó: “En respuesta a vuestra carta documento comunicamos a Uds. nuestra voluntad de constituir una unidad de negociación que exceda el exclusivo ámbito de la empresa, transfiriendo la representación a la entidad colectiva de la actividad”.

El 15 de enero de 2009, la AMAP, por Expediente 1.310.029, promovió una negociación colectiva y cuestionó que Medicus no quisiera negociar luego de haber sido convocada, con lo que abría la posibilidad de una práctica desleal. El 4 de febrero siguiente, ambas partes manifestaron en acta que se encontraban negociando en forma directa. El 11 de febrero, la AMAP expresó que, en virtud de que no había habido ninguna reunión para negociar el CCT, pedía que esta se realizara e informaba que se entregaría el anteproyecto que había elaborado la misma AMAP. Esta propuesta fue rechazada por Medicus del 23 de febrero, por considerarla “beligerante”, con la indicación de que la AMAP presentara el proyecto el anteproyecto y esperara el resultado de la asamblea sindical prevista para el 3 de marzo en la sede que ellos habían autorizado. Tales expresiones configuraban una clara injerencia en lo sindical. Pese a ello, el 13 de marzo la AMAP hizo llegar formalmente a Medicus su proyecto de CCT. El 28 de abril, siguiendo en el Expediente 1.310.029/09, informaron que se encontraban negociando en forma privada, al igual que en el acta del 4 de junio de 2009. Sin embargo, en julio, a un miembro del Consejo Directivo de la filial se le canceló, sin previo aviso, la atención en consultorio a pacientes de Medicus. Por este motivo, la AMAP intimó por carta documento del 14 de julio, bajo apercibimiento de promover acciones legales y gremiales, que incluían la denuncia por práctica desleal. La parte empleadora lo negó e imputó faltas a la médica. Esta actitud de la empleadora resultó sorpresiva para el sindicato. El conflicto se potenció, además, con la resolución

de la asamblea, que decidió realizar un reclamo gremial, volanteadas y pegatinas, conforme lo decidido en acta del 3 de agosto.

El 1 de octubre, luego de un par de audiencias, en las que se acordó que las partes se reunieran, la AMAP manifestó que el encuentro no había podido concretarse por la renuencia de la empresa. El 5 de octubre la AMAP cursó carta documento para que la empresa expresara si continuaría con la negociación colectiva de un CCT de empresa iniciada en estas actuaciones; de no ser así, se abría la posibilidad de conflicto, con las consecuentes acciones sindicales.

Interpretamos este accionar como una coordinación de reclamos y estrategias de máxima y de mínima por parte de la AMAP para lograr -como veremos en este y otros casos- que se avance en el CCT de empresa y/o el CCT con la cámara, tratando de ser posible avanzar en ambos, pero en vista de concretar, de una forma u otra, cobertura convencional para sus representados.

Retomando el desarrollo de las negociaciones entre la AMAP y Medicus, por carta documento de OCA del 9 de octubre de 2009 la empresa negó las acusaciones de la AMAP, invocó en su defensa las audiencias en que no habría pasado nada y consultó por los alcances y avances de las negociaciones con la ADECRA. Planteó que, desde el 1 de octubre, había habido un incremento salarial, por lo que la petición (no negociada) era, a su juicio, “extemporánea e inoficiosa”, como se puede ver plasmado en el acta del 19 de octubre de 2009. Sin embargo, la AMAP dejó constancia de que “la negociación que mantiene con la ADECRA recién ha comenzado y es independiente del CCT de empresa que se impulsa en autos”. Conviene aclarar que Medicus es parte de la ADECRA, pero, paradójicamente, quería conocer lo que se negociaba con la ADECRA porque ello la podría afectar. Podría entenderse que se estaría triangulando tácticamente la información, con la posibilidad de generar dilaciones y/o en vista a un objetivo articulado con la ADECRA en el marco de sus estrategias negociales.

Luego de que la AMAP expresara, en acta del 29 de octubre, que habían ido a una reunión previamente acordada en la que no habían sido recibidos y hacer saber a la empresa y a la autoridad de aplicación que analizarían en los cuerpos orgánicos la inmediata adopción de medi-

das de acción gremial, en la audiencia siguiente del 9 de noviembre de 2009 se manifestó que habían acordado reuniones privadas a efectos de buscar soluciones al conflicto de autos. Se advierte aquí que, a veces, indicar la posibilidad de medidas de fuerza es lo que puede superar las dilaciones de un diálogo inerte e inconducente. Reivindicamos el diálogo social, pero lo hacemos sin desconocer el componente de conflicto inherente a las relaciones laborales. Frente a situaciones como esta, advertimos que el tan mencionado *diálogo social* que impulsa la OIT no puede diluir o, peor aún, dejar sin vigencia el derecho de las organizaciones sindicales a realizar medidas de acción directa. Cabe aclarar que lo expresado en relación con la OIT es entendible en el escenario complejo que se da en su seno, donde, luego de cien años de existencia, ningún convenio ha podido reconocer formal y expresamente el derecho al ejercicio de la huelga. Y esto, debido a la negativa sistemática, en su seno, del denominado *Grupo empleador*.

Volviendo a las negociaciones, resultan destacables algunos de los dichos de la empresa ante solicitudes de la AMAP, según consta en el acta del 24 de junio de 2010, como estrategia para condicionar la negociación y/o su resultado. En tal sentido, esta expresó que

continúan manteniendo reuniones directas con la empresa, a la que se le ha solicitado la concreción de una propuesta de aumento salarial, habiendo manifestado la misma [sic] a través de sus representantes que ello será considerado una vez aprobado el incremento de la cuota de asociados, por lo que en ese momento no podía concretar la oferta. Asimismo, reiteró la firma que si la AMAP suscribiera un acuerdo que propone sobre el presentismo y su sistema de premios y castigos, consideraría que eso mejoraría la situación salarial a un cincuenta por ciento de los profesionales.

Esto mereció la respuesta de la asociación sindical, que le señaló que

en tal sentido, la AMAP ha hecho saber que solo firmaría tal acuerdo en el marco de una negociación donde figuren beneficios explícitos para el sector, dado que la aceptación de ese único punto de negociación es inequitativa, ya que no alcanza al cien por ciento de sus representados; [...] la empresa se manifiesta a favor de otorgar incremento por presentismo de manera unilateral, situación no convalidada por la

entidad sindical, sin perjuicio de la decisión colectiva de la asamblea convocada para los próximos días.

Finalmente, el 23 de septiembre de 2010 se suscribió un acuerdo de carácter salarial, con premios y referencia a licencias. Ese acuerdo fue homologado por Resolución ST 1673 del 4 de noviembre de 2010. Asimismo, el 25 de febrero de 2011 se produjo otro acuerdo colectivo de carácter eminentemente salarial. El 29 de noviembre de ese mismo año hubo otro acuerdo colectivo y se puso énfasis en invocar esta caracterización para evitar cualquier interpretación como convenio de empresa, lo cual redundaría como logro en favor de la AMAP. También se verificó la homologación, por Resolución ST 1112 del 27 de julio de 2012, del acuerdo originario y sus actas modificatorias. Paradójicamente, el acuerdo se dio en el marco del CCT 619/11, aunque fuera entre la AMAP y Medicus. Esto evidencia que tampoco hubo, con relación a este empleador, la posibilidad o voluntad de alcanzar un CCT de empresa. Al igual que en casos precedentemente referidos, se aplicó el CCT de la ADECRA.

Por otra parte, el 23 de octubre de 2009, por Expediente 1.353.729, la AMAP había formulado denuncia al MTEYSS por trabajo no registrado y solicitado inspección a Medicus S.A., teniendo en cuenta las previsiones de los artículos 36, 37 y 38 de la Ley 25.877. Asimismo, en noviembre de ese año la AMAP presentó una solicitud de desratización ante la Dirección General de Protección del Trabajo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se aprecia la articulación entre la negociación y la inspección como mecanismo complementario y de presión para impulsar la negociación, sostenerla en el tiempo y avanzar en mecanismos convergentes.

Con fecha 6 de enero de 2014, se cursó nota a Medicus porque la empresa había decidido no cubrir con reemplazos los cargos de los profesionales que hacían uso de su licencia anual por vacaciones y que prestaban servicio en la guardia pediátrica de 20 a 8 horas, lo que iba en contra del artículo 10.1 del CCT 619/11. En paralelo, el 26 de febrero se presentó denuncia ante el MTEYSS por Expediente 1.609.141. Se realizó audiencia el 22 de abril –a nuestro juicio, y *prima facie*, extemporánea

por la demora-. En la audiencia, la empresa dio a entender que “la situación formulada en autos ha sido superada por tratarse de un evento excepcional”, y solicitó se dispusiera el archivo de las actuaciones.

Sirve lo expuesto para visibilizar, también, de qué modo el accionar oportuno del MTEySS, al tomar conocimiento de una situación conflictiva, puede incidir en el resultado que se alcanza. Nos preguntamos, entonces, en un sentido propositivo, si, al tomar conocimiento, no sería adecuado también inspeccionar y, eventualmente, sancionar los incumplimientos que se verificaren. Es habitual que algunas personas se muestren sorprendidas ante los conflictos abiertos –por ejemplo, medidas de fuerza como la huelga–; sin embargo, a veces parecería que son la única solución dinámica para superar situaciones. Esto se supliría, en vista de encausarlos más armoniosamente, a nuestro juicio, con una temprana y activa intervención tutelar de la autoridad de aplicación.

El 11 de agosto de 2015, por Expediente 1.686.219, la AMAP solicitó audiencia, ante las infructuosas gestiones en vista de mantener algún tipo de comunicación con las autoridades de Medicus para tratar la situación y las condiciones laborales de los médicos que allí trabajaban. En el acta de fecha 2 de septiembre ese año se señaló que

no se cumple el cct 619/11 con relación a los médicos auditores, así como los reemplazos de guardia por ausencias de profesionales en uso de licencias ordinarias, descuentos arbitrarios del premio de presentismo, pedido de nómina de empresas responsables de los servicios tercerizados, por especialidades, e incremento de los haberes.

Luego de que la parte empleadora tomara conocimiento, se fijó una nueva audiencia para el 15 de septiembre. En esa ocasión, la empresa dijo que aplicaría el porcentaje de incremento salarial fijado en la comisión negociadora del CCT 619/11, a lo que la AMAP prestó conformidad. Respecto de los auditores, la empresa los consideró fuera de convenio, pero la AMAP ratificó el reclamo. Sobre los descuentos, se revisarían los casos puntuales de liquidaciones erróneas, y en cuanto al reemplazo en período vacacional la empresa expresó que se ajustaría la dotación a las reales necesidades del servicio y la demanda.

El 22 de diciembre de 2015, por Expediente 1.704.762, se solicitó audiencia para tratar la aplicación intempestiva y unilateral de reducción de horas médicas, despidos e incumplimiento del CCT 619/11. Al realizarse la audiencia, el 29 de diciembre, ya se había avanzado en la resolución del conflicto a través de reuniones directas.

El 12 de diciembre de 2018 se cursó nota a Medicus porque los médicos debían realizar tareas propias de enfermería por haberse reducido ese personal en las ambulancias.¹² A fines ilustrativos, señalamos que en la Ciudad de Buenos Aires se aplica la Resolución 906/17 del Ministerio de Salud de la Nación, que aprueba las directrices de organización y funcionamiento para móviles de traslado sanitario. En las unidades de alta complejidad, la dotación es de chofer, enfermero y médico, y de un chofer y un médico cuando se trata de ambulancias de mediana complejidad. Por lo tanto, la reducción del personal sería, en la práctica, una modificación del contrato del médico. Sin embargo, esto fue negado formalmente mediante carta documento de la empresa.

Ante esta problemática, cabe señalar que se atienden como referencias para su adecuado cumplimiento:

- la Ley 17.132 de régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares (en la Ciudad de Buenos Aires);
- el artículo 1710 del Código Civil y Comercial sobre prevención del daño;
- la Resolución MSyAS 794/97 y la Resolución MS 749/2000, referidas a normativa para móviles de traslado sanitario - servicios terrestres;
- la Ley 1831 de 2005, (texto consolidado por la Ley 5666 de 2016), sobre el ejercicio profesional de técnicos de salud de la Ciudad de Buenos Aires;
- la Ley 5469 de 2016 de la Ciudad de Buenos Aires, de sistemas terrestres de ambulancias.

12 Garín, Héctor, “La precaria situación laboral de los médicos de ambulancias” [en línea], en Asociación de Médicos de la Actividad Privada, 3 de octubre de 2018, disponible en: <https://www.asociacionamap.org.ar/la-precaria-situacion-laboral-de-los-medicos-de-ambulancias-privadas-por-dr-hector-garin/> [consulta: 26 de junio de 2023].

Por último, cabe mencionar que el 14 de agosto de 2019 se intimó por carta documento por errores en las liquidaciones de haberes. Una vez efectuado el reclamo, se respondió que, en caso de corresponder, estos serían devueltos los días 15 de cada mes, debido a una cuestión impositiva, lo que resultaba a todas luces inadmisibles. En este caso se comprueba que la acción sindical es necesaria, pero no siempre suficiente, en lo que se refiere al accionar, la aplicación y la fiscalización del cumplimiento de las leyes, lo cual refuerza la necesidad de un rol activo de las autoridades administrativas competentes.

El caso del Sanatorio Dupuytren

La Comisión Directiva de la filial de la AMAP en el Sanatorio Dupuytren fue elegida en noviembre de 2011, a pedido de un grupo de médicos que se habían afiliado al sindicato. Mediante un relevamiento efectuado por la AMAP el 27 de abril de 2012, se detectó que en el sanatorio había aproximadamente catorce profesionales no registrados. Consecuentemente, en 9 de mayo de ese año, por nota del Dr. Garín, se pidió reunión para analizar la situación salarial de los médicos e iniciar negociaciones para su recomposición.

Por Expediente MTEYSS 1.508.164/12 del 17 de mayo de 2012 se impulsó una inspección, reiterada por Expediente 1-51-122.419, del 21 de marzo de 2013. En el primero, se formuló una denuncia por los médicos no registrados, por los registrados respecto de los cuales no se cumplía el CCT 619/11 y por la falta de pago de los haberes dentro de los plazos establecidos. Se expresó que, en Pediatría, Terapia intensiva pediátrica, Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Guardia se habían encontrado profesionales médicos sin registrar. Fueron relevados dieciséis trabajadores y se dio como no registrados a cuatro de ellos.

Por carta documento del 24 de febrero de 2013, la AMAP reclamó a la parte empleadora por los médicos que cumplían tareas en el servicio de Clínica médica y que, por imposición de la empresa, tenían una carga horaria de treinta y tres horas semanales, distribuidas en seis horas diarias de lunes a viernes y, además, un sábado y un domingo continuados

por mes. Esta asignación de trabajo se prolongaba durante doce días corridos sin solución de continuidad y sin que se otorgara descanso compensatorio. También se señalaba que el sanatorio no proveía los reemplazos de médicos en casos de ausencia programada o no programada, lo que recargaba a los profesionales en la cantidad de pacientes y violaba el artículo 8 del CCT. Finalmente, se declaró el estado de conflicto.

En octubre de 2013 se reclamó mediante carta documento por la actualización de los salarios. Con nota presentada el 31 de marzo de 2014, se persistió por la situación de la reclamación salarial y se pidió una suma fija de \$ 2.000, a cuenta de negociaciones paritarias, por una jornada semanal de veinticuatro horas, y proporcional a esa cifra para aquellos que cumplían una jornada diferente.

El 14 de julio de 2014, la parte empleadora remitió carta documento en la que decía que los médicos con representación gremial no cumplían sus horarios. Esta fue respondida el 16 de julio rechazándola en sus términos y aprovechó para recordarle a la parte empleadora por sus incumplimientos –entre otros, la no registración de personal, la excesiva cantidad de médicos por cama o paciente, el pago de feriados y horas extras, la provisión de salas de descanso y el respeto de los horarios de almuerzo–. Se solicitó, asimismo, urgente entrevista. La empresa mantuvo sus dichos, citando el CCT 552/08, inciso 27.6 del capítulo IX. La AMAP les respondió por carta documento del 7 de agosto señalando que el que CCT que correspondía citar era el CCT 619/11. De todos modos, señalaba su disposición a conversar y negociar, pero le requería que se abstuvieran de incurrir en actitudes que pudieran impedir el ejercicio de las actividades gremiales de los médicos que ejercían cargos de representación gremial –como la concurrencia a reuniones de la comisión directiva y las filiales de la AMAP–. El 30 de julio, por Expediente 1.635.126, se solicitó audiencia por incumplimiento del CCT 619/11. El 21 de agosto se llevó a cabo una audiencia en el MTEySS, en la que la empresa tomó vista de la presentación y solicitó una nueva audiencia para fijar posición. El 23 de septiembre, la empresa propuso pautar una reunión de la AMAP con el jefe de guardias para ponerse de acuerdo sobre el procedimiento para la cobertura de estas y recorrer el establecimiento con el jefe de mantenimiento para fijar lugares de descanso para los mé-

dicos. La AMAP ratificó sus reclamos y, si bien se avino a esas reuniones, reiteró la necesidad de respuestas para que lo indicado no fuera una mera actitud dilatoria tendiente a no dar solución a los temas planteados. En audiencia del 2 de octubre se amplió el reclamo ante el cierre de un servicio sin contemplar los derechos de los médicos que trabajaban en él. La empresa no compareció.

Se observa una cierta secuencia sistemática por parte de los empleadores, que incluye: asistir a algunas audiencias, efectuar pedidos de prórroga, realizar algunas propuestas, ausentarse nuevamente, seguido de postergaciones –es decir, dilaciones varias en cuanto al tratamiento de las negociaciones colectivas–. La AMAP replica esto con el mantenimiento del diálogo directo y, a la vez, las reclamaciones ante la autoridad administrativa del trabajo para encontrar una apoyatura y superar los frenos y las dilaciones que se le suelen presentar.

El 8 de octubre de 2014 se intimó al sanatorio por carta documento a registrar a varios médicos, conforme las facultades que otorga a las organizaciones sindicales el artículo 11 de la Ley 24.013. También se lo había intimado para transmitir la preocupación de los médicos afiliados por las dificultades que acarrea el programa informático de historias clínicas implementado por el sanatorio, para evitar reclamos legales entre médico y paciente.

El 30 de octubre se solicitó nueva reunión al sanatorio para tratar varias situaciones de médicos del servicio de Clínica médica. Sin embargo, luego de 2015, la continuidad se vio afectada. Al momento de la elaboración de este trabajo, la situación se halla estancada.

Otras instrumentaciones de CCT

Finalmente, en relación con la instrumentación de CCT, es posible mencionar otros dos casos:

- El CCT 1391/13 con la FEMECA, que comprende a las médicas y los médicos que trabajen en relación de dependencia en función asistencial o no asistencial para la FEMECA de la Capital Federal.

- El CCT 1400/14 “E” con la Agrupación de Colaboración Grupo Paramedic, donde se hallan representados las médicas y los médicos que brindan servicios de su profesión para la empresa Agrupación de Colaboración Grupo Paramedic, en las modalidades de atención de consultorios y/o cubriendo guardias de ambulancias en atención de servicios de emergencias y/o urgencias médicas y/o traslado de personas enfermas o convalecientes, cuando las necesidades de estas las requieran a criterio de la empresa.

3. Inspección y regularización

El inicio del impulso de la actividad inspectiva de la AMAP

En octubre de 2009 se comunicó a distintas entidades de salud que la AMAP había firmado un convenio de colaboración con el MTEYSS con el objetivo de combatir el empleo no registrado dentro de la actividad médica privada. En concordancia con la obtención de la personería gremial, se inició y potenció la actividad inspectiva, en simultaneidad con el inicio de las negociaciones colectivas con diversas entidades empleadoras –se tratara de cámaras empresariales de salud o empresas de esa actividad– tendiente a la regularización de las médicas y los médicos del ámbito privado.

Nuevamente, merece destacarse el hecho de que la AMAP haya impulsado la articulación con la autoridad administrativa del trabajo –sobre todo, a nivel nacional–, dado que sus dos herramientas estratégicas son, como ya hemos señalado, la inspección –sobre la que nos centrare-

mos en este capítulo y el siguiente– y la negociación colectiva, con foco en los CCT alcanzados o por suscribir.

Por otra parte, cabe recordar, como herramienta normativa, el régimen de excepción de la Ley 26.476, con beneficios importantes para los empleadores. Sin embargo, dado el elevado porcentaje de informalidad laboral en la Argentina (en torno al cuarenta por ciento), este tipo de medidas resultaría insuficiente, por no haber dado respuesta adecuada para una mayor regularización y registración, ni en general ni para la actividad privada en la que se desempeñan médicas y médicos. Más allá de los resultados, la AMAP, ya en abril de 2009, se valía de esta norma estatal como estrategia de regularización y en cuanto le fuere de utilidad para impulsar la reducción de la informalidad que afecta a gran parte de sus representados.

Además del convenio con el MTEYSS, surge de nuestros relevamientos que la primera acción sistemática realizada por la AMAP consistió en ponerse a disposición de los empleadores, con los que se contactó “para acordar trabajo digno y decente para los médicos” en el ámbito laboral en que se desempeñasen. Se aprecia, subsecuentemente, un actuar de difusión e ilustración para el cumplimiento, previo al impulso de sanciones. En esta tesitura, si el empleador no respondía la nota que se le cursaba cuando se lo contactaba, entonces se le remitía carta documento a los fines de formalizar lo solicitado. Esta nueva etapa de inspecciones se articuló con la negociación y firma de CCT. Al principio, solo habían estado el de OSPLAD y el de la cámara de emergencias, pero luego hubo más CCT suscriptos por la AMAP, como se vio en el capítulo anterior.

Se percibe así, en línea con lo expresado, que el trabajo de la AMAP sigue dos líneas de acción:

- a) las inspecciones a varias entidades médicas, que se acentúan ya desde 2010, y el control de las obligaciones con la obra social;
- b) el control del cumplimiento de los CCT firmados.

Sistematizando, el primer paso procedimental de la AMAP consistía en dejar el aviso de inspección, en el cual se detallaba que procedería a inspeccionar haciendo uso de las facultades previstas en el artículo 38 de la Ley 23.551 y en las leyes 14.250 y 24.642 y normas concordantes. Fundamentalmente, se inspeccionaba el cumplimiento de la retención y el depósito de cuotas sindicales de los afiliados a AMAP y de las contri-

buciones de solidaridad establecidas en los respectivos CCT, conforme su aplicación correspondía a cada empresa. Además, este accionar era, simultáneamente, una herramienta para evaluar el trabajo no registrado. A saber, se relevaba:

- la cantidad de personal,
- la planilla del total de médicos que trabajaban, para tenerlos como antecedentes,
- los probables médicos que prestaban servicios vía honorarios,
- la obra social a la que aportaban los médicos, y
- si los recibos se correspondían con lo liquidado.

Con diversos resultados y grados de colaboración, se solicitaba el listado de quienes estaban en relación de dependencia y de los que facturaban, indicando apellido y nombre, CUIT, especialidad y fecha de los contratos, si los hubiera. En muchos casos, no había siquiera contratos, sino contratación a demanda. Luego, si se relevaba la no registración, se indicaba por nota que la AMAP consideraba prioritario que se regularizara la situación laboral de los médicos que trabajaban en relación de dependencia, frente a las frecuentes figuras que la disimulaban o desvirtuaban. En una tercera instancia, la AMAP indicaba el plan de regularización previsto en la Ley 26.476, exhortaba a las partes empleadoras a utilizar esa herramienta y se ponía a su disposición. Se podía, entonces, empezar a comparar la cantidad de médicos y médicas registrados con el funcionamiento de la institución de salud. A veces, a simple vista, resultaba llamativo el funcionamiento de una entidad con muy pocos médicos registrados, amén de las invocaciones a una actividad supuestamente independiente que se retribuía mediante la facturación –fundamentalmente, como monotributistas–.

Tras haber relevado cinco importantes empresas, la AMAP advirtió que prácticamente el cien por ciento se hallaba en infracción. En un caso, por ejemplo, el relevamiento de personal no registrado ascendió a 191 sobre un total del personal médico de 237 (80,59 %).¹ Otros rele-

1 En este tramo del trabajo, amén de citar la fuente de los datos, por razones de discreción guardaremos reserva sobre la individualización de las entidades relevadas, así como sobre algunas actuaciones personales.

vamientos de entonces –mayo/agosto de 2010– establecen porcentajes de no registraci3n del 97,98 %, 73,37 %, 73,07 %, 71,18 %, 56 %, con un total acumulado del 66,66 %. Luego, en agosto de 2010, con un total de seis empresas relevadas, se advirti3 que el cien por ciento estaba en infracci3n: con un personal m3dico relevado de 256, el relevamiento de personal no registrado fue de 210 (82,03 %). Posteriormente, con un total de otras siete empresas relevadas, con un personal m3dico relevado de 318, el relevamiento de personal no registrado ascendi3 a 233 (73,27 %).²

Estas inspecciones fueron realizadas en el marco del Plan Nacional de Regularizaci3n del Trabajo. Si la informaci3n obtenida en las inspecciones no era correcta o los datos obtenidos eran escasos, la AMAP trataba de aporarlos luego al MTEYSS para facilitar la continuidad del accionar de la autoridad administrativa.

A modo de an3cdota, reproducimos un mail enviado a los profesionales en una entidad de salud luego de la llegada del personal del Ministerio para realizar una inspecci3n, al que pudimos acceder en los archivos de la AMAP.

Asunto: Inspecciones: urgente volver a leer y memorizar.

Los profesionales en general (m3dicos, kinesi3logos, psic3logas, etc.) deben responder:

1. No reciben3r3rdenes de nadie.
2. No cumplen horarios.
3. Se reemplazan entre s3 y hasta a veces con m3dicos nuevos: el centro m3dico no coordina ni elige qui3n concurre. No cobran honorarios fijos y var3an de acuerdo a si vienen o no (reitero: pasan meses en que no vienen y no cobran).
4. En la mayor3a de los casos, si es por especialidad, se traen sus propios elementos cada uno para examinar a los pacientes.
5. Pueden pasar semanas o meses en que no concurren por no ser llamados.
6. La forma y realizaci3n de la relaci3n (no de dependencia) la eligieron libremente Uds.
7. Esto que les sugiero contestar es para bien de todos, ya que si nos obligan a adoptar la relaci3n de dependencia perderemos (y m3s Uds.), ya que sus

2 MTEYSS, Secretar3a de Trabajo, Subsecretar3a de Fiscalizaci3n del Trabajo y de la Seguridad Social, Direcci3n de Inspecci3n Federal (Argentina), "Sanatorios y hospitales privados, diciembre de 2010".

honorarios disminuirían considerablemente porque deberemos retenerles y pagar al Estado doblemente (ya todos Uds. pagan una vez jubilación y demás como monotributistas). Por otra parte, será necesario congelar honorarios por el término mínimo de uno a dos años. Gracias por el aporte de todos.

El documento evidencia el fraude laboral frente a lo que en Derecho del Trabajo conocemos como *principio de primacía de la realidad*, aquí burdamente violentado. Simultáneamente, el texto denota los artilugios de los que se valen algunas empresas para no cumplimentar sus responsabilidades y la situación de hiposuficiencia en la que se encuentran los trabajadores dependientes –en este caso, las médicas y los médicos–. Ya hemos sostenido en otros trabajos que, ante situaciones como estas, impulsamos a pensar en lo que se está desarrollando al presente con la denominación de *Derecho Penal del Trabajo*.

En agosto de 2010, la AMAP intimó a otro nosocomio al tomar conocimiento de que, como consecuencia de las inspecciones del MTEYSS para determinar la existencia de empleo no registrado, se pretendía que los médicos relevados firmaran un documento en el que se cuestionaba la validez de los datos verificados por la autoridad administrativa y/o la existencia de un vínculo laboral no registrado. La intimación fue respondida con la reserva de querellar por calumnias e injurias.

La AMAP continuó insistiendo con la misma estrategia, pero esta se debilitó a partir de 2015, por las dificultades que enfrentaba la autoridad de aplicación para articular o recibir respuestas inspectivas.

Las inspecciones en el ámbito de representación de la ADECRA

El 12 de agosto de 2014, por Expediente 1.637.436, se solicitaron varias inspecciones para establecer la existencia de trabajo no registrado en clínicas de La Matanza. El 12 de septiembre siguiente, por Expediente 1.642.805, se solicitaron otras inspecciones para establecer la existencia de trabajo no registrado en una clínica de General Madariaga. También se pidieron inspecciones para las ciudades de Coronel Suárez, González Chaves, Bahía Blanca, Saavedra, Tres Arroyos, Baradero, San Fernando, Mar del Plata, Ensenada, La Plata, Berisso, San Miguel, Ramos

Mejía, Avellaneda, Quilmes, Lomas de Zamora, Lanús, Adrogué, Pilar, San Isidro, Lobos, Tres de Febrero, José C. Paz, San Miguel, San Francisco Solano, San Fernando, Morón, Ituzaingó, Mercedes, Pergamino, Vicente López, Saladillo, Los Toldos, Coronel Brandsen, Veinticinco de Mayo, San Nicolás, Rojas, Bragado, Junín, Villa Gesell, Necochea, Miramar, Azul, Lincoln, Olavarría, Mendoza y Córdoba. En sus peticiones, la AMAP destaca que la actividad de los médicos está regulada por la Ley de Contrato de Trabajo y el CCT 619/11, incluso con la extensión prevista por la Resolución MTEYSS 327/12.

El 6 de octubre de 2014, por Expediente 1.646.718, se solicitaron, asimismo, varias inspecciones para establecer la existencia de trabajo no registrado en clínicas de Vicente López. La falta de respuestas por parte de la autoridad administrativa nacional respecto del impulso inspectivo durante el período 2015-2019 derivó en que, como ya hemos señalado, se solicitaran menos inspecciones.³ Nuevamente se verifica que el rol –más o menos activo– que adopta la autoridad administrativa incide en la acción gremial, en sus estrategias de regularización y, proyectivamente, en sus resultados. Paradójicamente, desde 2017, el área con competencia laboral del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha prestado más atención a los requerimientos de inspección de la AMAP, aunque, en ese momento, ambas gestiones –la nacional y la porteña– pertenecían al mismo signo político.

En este período, se puso foco principalmente en las condiciones de trabajo e incumplimientos del CCT. Sin embargo, el tema que seguía siendo más débil para las inspecciones era el de la no registración, prioritariamente por ambulancias y por falta de pago. Por ejemplo, en el caso de la empresa de emergencias médicas Vittal, la Subsecretaría de Relaciones Laborales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ante el pedido de inspección de la AMAP por la tercerización del servicio, instó al diálogo. A partir de una serie de conversaciones, la parte em-

3 No obstante, en dicho período la AMAP también pidió inspecciones para Córdoba por la extensión del CCT 619/11 (2016), y en los partidos de La Plata, San Fernando, General Pueyrredón, La Matanza, Coronel Suárez, Gonzales Chaves, Lanús, Bahía Blanca, Tres Arroyos, Vicente López, Saavedra y Baradero.

pleadora dijo que iba a regularizar la situación, pero luego dilató y, al momento de realizar este trabajo, no se ha llegado a ningún acuerdo. Posteriormente, se trasladó la tramitación del Expediente 1.630.427/12 a la Dirección General de Trabajo.

Hay varias inspecciones, pero con lentos avances. Al respecto, se ha señalado que la Subsecretaría de Relaciones Laborales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires efectivamente actuó por tercerizados en varias clínicas.

La configuración de la estrategia inspectiva de la AMAP

El programa de acción de la AMAP tiene presente, para su desarrollo, que el trabajo médico se lleva a cabo en diferentes instituciones de salud y que estas, a su vez, se encuentran asociadas en cámaras empresariales, varias de las cuales han firmado CCT con dicha organización sindical. El desafío planteado desde la acción gremial es hacer que esos CCT se cumplan y que cada vez haya más trabajadores médicos registrados con los beneficios que ello debe suponer. A su vez, esto retroalimentaría el poder de acción de la AMAP en otros ámbitos, a partir de la ampliación de la regularización, de la consecuente mayor representación y de la cobertura convencional.

Para sistematizar, entre las estrategias y procedimientos de la AMAP relevados en este trabajo, se pueden resaltar los siguientes objetivos generales:

- Agrupar a las empresas por áreas y designar responsables de la conducción de la AMAP para cada una de ellas.
- Verificar el cumplimiento normativo de los CCT, en lo que se refiere a su respeto en general y, en particular, en relación con los derechos de los médicos, así como el pago de las obligaciones emergentes de estos.
- Verificar las condiciones de trabajo y las actualizaciones salariales.
- Cobrar los aportes solidarios adeudados.
- Generar nuevos CCT y ampliar sus contenidos.

- Coordinar acciones con la autoridad administrativa del trabajo para reforzar las propias y sus posibilidades de concreción.

En tal sentido, las áreas de trabajo gremial estructuradas por la AMAP han sido:

- Clínicas, sanatorios y prepagas.
- CADIME, laboratorios y centros.
- Obras sociales.
- Ambulancias.
- Hospitales de comunidad.
- Área de Aseguradoras de Riesgo de Trabajo y de medicina del trabajo.

Para normativizar las acciones por áreas, la AMAP tuvo en cuenta que el programa de acción en común previera instrumentos esquematizados como los que a continuación se detallan:

- Nota modelo para las empresas.
- Nota modelo para solicitar entrevistas.
- Nota modelo para inspección propia.
- Carta documento modelo.
- Nota modelo para solicitar la inspección y fiscalización del Ministerio de Trabajo.
- Nota modelo para la presentación judicial.

Cada responsable de las respectivas áreas precedentemente referidas debe, entonces:

- Identificar las empresas comprendidas en cada CCT.
- Identificar a todos los trabajadores médicos.
- Verificar el grado de cumplimiento del CCT.

Amén de estrategias acordes al área específica, la instrumentación de la estrategia general de la AMAP consiste en:

- Enviar a cada empresa la “nota modelo empresa”.
- Si se responde positivamente –es decir, si cumplen en general con el CCT–, se dirige nota de pedido de entrevista y se envían los inspectores propios a verificar.

- Si no responden o responden negativamente, se envía carta documento modelo.
- Si responden pedido de entrevista y envío de inspectores, se avanza en tal sentido.
- Si no responden, se denuncia ante la inspección del trabajo.
- Si al inspeccionar hay irregularidades, se efectúa pedido de reunión.
- Si no responden frente a las irregularidades, se denuncia ante el MTEYSS y la Afip; eventualmente, se formula denuncia judicial por incumplimiento laboral y evasión tributaria.

La información requerida por la AMAP en sus notas es:

- Cantidad de personal médico que trabaja para la empresa, indicando horas de trabajo semanal de cada uno.
 - Tareas cumplidas por cada uno de los médicos.
 - Si se practicó la retención de la cuota de solidaridad.
 - Si se ha cumplido con la asignación de la Obra Social de los Médicos de la Ciudad de Buenos Aires (OSMEDICA), como obra social de origen.
- Además, se recuerda a los empleadores que la Ley 24.642 les impone la carga de presentar la información detallada en el artículo 6 en forma mensual.

Respecto del accionar concreto de la AMAP en cada caso:

- Se adelanta a las empresas médicas que serán visitadas por inspectores de la AMAP.
- De corresponder, se formula denuncia por incumplimiento de leyes laborales y la no registración de médicos que realizan diversas tareas, como servicios de ambulancias, urgencias médicas y traslados de pacientes, en violación al CCT 559/09.
- En su caso, se solicita la realización de inspecciones y se peticiona adoptar, por la autoridad administrativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dirección General de Protección del Trabajo (al 2012), las medidas correspondientes.

Por ejemplo, ante el MTEYSS se solicitaron audiencias directamente con la Cámara de Empresas de Emergencia de la Capital Federal para tratar las condiciones laborales de los médicos alcanzados por el CCT

559/09, ante los infructuosos intentos de mantener negociaciones privadas con las autoridades de la empresa.

A partir de este accionar de la AMAP (sea con cámaras o empresas) se desarrolla la siguiente secuencia:

- En algunos casos, con las audiencias, se abre la negociación privada.
- Si ocurre lo señalado en el punto anterior, entonces se puede llegar al archivo por el compromiso de regularización asumido.
- En caso de controversia en las afirmaciones en las audiencias, se solicitan inspecciones.
- Suelen hacerse acuerdos específicos de carácter salarial u otro tipo, como el adicional por actividad en unidad de alta complejidad, interpretación del acuerdo, consideración de diferendos por el acuerdo alcanzado, intercambio de información, intervención como instancia privada de negociación.
- Ante la existencia de conflictos de trabajo, se impulsan mecanismos de autocomposición.
- Si no, se recurre a la intervención de la autoridad administrativa del trabajo.

Los objetivos son:

- Analizar cada caso en relación con el planteo, con el fin de garantizar la registración de los médicos contratados en un plazo determinado.
- Una vez que están registrados, se debe cumplir con el CCT. Sin embargo, suele haber problemas en torno a esto, ya que, frecuentemente, los haberes de los médicos no se pagan en término.
- Se advierte que en algunos casos se les paga con cheques cruzados. Este mecanismo, según me fue informado, se aplica a los médicos argentinos y no tanto a los extranjeros.

Para todo esto, en la Ciudad de Buenos Aires, la AMAP recurrió a las previsiones de la Ley 25.877, artículos 36, 37 y 38. Así, una vez que el Departamento de Inspección de la Seguridad Social de la Dirección de Inspección Federal realiza la inspección, se le da vista de lo realizado, bajo apercibimiento de archivo de las actuaciones.

Las irregularidades que se producen en el ámbito del ejercicio de la actividad médica son de muy diverso tipo. Un ejemplo de ellas se relaciona con médicos extranjeros, entre quienes hay estudiantes –algunos de los cuales, desde ya, no son médicos, y otros que, siendo médicos, no tienen el título homologado en la Argentina–. Pese a estas situaciones irregulares, tales variables pueden ser utilizadas para sustituir gradualmente a otros médicos, por ser aquellos más *baratos* en términos salariales y, supuestamente, menos conflictivos en sus reclamos. Varios médicos fueron despedidos por reunir firmas para hablar del tema con su empleadora, tras ser denunciados –según se sospecha– por un médico extranjero alcanzado por esa situación. De lo expuesto, se aprecia que se puede dar la configuración de una situación de contrataciones y despidos discrecionales, y no siempre existe apoyo de los propios médicos, en especial, de quienes recurren a estas situaciones.

Hay casos en que algunas empresas omitían facturar dos o tres guardias sin dar explicaciones; esto daba lugar a que se extendieran luego los reclamos entre treinta a cuarenta y cinco días, para finalmente pagar con cheque cruzado. Por su parte, también se reflejan situaciones irregulares en los recetarios que se llevan en algunas ambulancias: suelen estar en blanco, con una única impresión, que dice *Rp/*. También se utilizan otras empresas que atienden obras sociales y sanatorios para tercerizar.

Cuando en las publicidades se habla de atención adecuada –de las pacientes y los pacientes–, cabría reflexionar sobre la situación en la que se encuentran las médicas y los médicos, que sin duda puede incidir en la salud de aquellos.

En algunos casos, la AMAP solicitó entrevista para impulsar el diálogo sobre condiciones laborales de los médicos de cada empresa en relación con el cumplimiento del CCT 559/09 para el caso de la ADECRA. Esto coincidió con el impulso de la suscripción de convenios colectivos por empresa en los que se postularon condiciones generales de trabajo para diversas funciones, régimen de permanencia a la finalización de la guardia, jornada, incremento temporario de jornada, pausas, salarios y beneficios sociales, suma por cada incidente, lavado y planchado, refrigerio, asistencia, puntualidad y cumplimiento, capacitación, licencias, derechos sindicales, etcétera. La AMAP también se vale de la denuncia de

la existencia de conflicto colectivo para recurrir a la autoridad administrativa del trabajo por falta de registración y del incumplimiento de CCT. Sin embargo, por las incomparecencias o la demora en el reconocimiento de los derechos de los profesionales médicos, se pide la reserva de las actuaciones, cuya continuidad se dificulta si el Estado no interviene.

Se aprecia que, cuando la autoridad administrativa competente no atiende estas problemáticas, no se trata solo de un problema entre las partes, sino también respecto del funcionamiento del sistema registral laboral, con consecuencias sobre la seguridad social. Entendemos que, ante las incomparecencias, la administración debería intervenir incluso recurriendo a la fuerza pública para hacer asistir a las partes empleadoras que dilatan injustificadamente las actuaciones impulsadas por la entidad gremial.⁴

Por otra parte, suelen presentarse solicitudes de afiliación en grupos de médicos y médicas para impulsar su registración. En estos casos, la temática es atendida directamente por la Comisión Directiva de la AMAP. Esta solicita audiencias luego de verificar que los intentos de negociaciones privadas (plazos para regularizar) son infructuosos. De esas audiencias también pueden surgir inspecciones, en la medida de la receptividad de la autoridad administrativa del trabajo –por ejemplo, la necesidad de inspecciones para verificar diferenciaciones de categorías, en ámbitos en donde no se las atiende–. Hay, asimismo, una casilla de correo electrónico de la AMAP para consultas. En otros casos, se ha llegado a plantear conflictos de encuadramiento sindical respecto de su representación.

La AMAP también detectado casos de médicos en relación de dependencia, pero incumpliendo el CCT 619/11 firmado por la AMAP con la ADECRA, y el CCT 635/11, firmado con CADIME. El accionar trata de poner en conocimiento a quién alcanza cada CCT; si hay incumplimientos, se solicita audiencia con la correspondiente empresa pa-

4 Mario Luis Gambacorta., “Ejecutoriedad de decisiones de la autoridad administrativa del trabajo: la comparecencia a audiencias mediante el auxilio de la fuerza pública en el marco de las relaciones laborales”, en *Derecho del Trabajo*, La Ley, Año LXXI, núm. 5, mayo de 2011.

ra tratarlos, ante la falta de respuesta directa y concreta en el ámbito privado o siendo esta insatisfactoria. Luego de haber relevado en este trabajo una gran cantidad de actas de conflictos, es apreciable que, en la mayoría de las audiencias, se toma conocimiento por parte de las correspondientes partes empleadoras y, sistemáticamente, se suele solicitar nueva o nuevas audiencias para fijar posición e, incluso, reiteran en las audiencias que todavía no lo han podido hacer o no han recibido instrucciones o directivas en tal sentido. En la teoría, pareciera que nunca se terminara de conocer el problema hasta que se inicia un conflicto abierto, que a menudo se imputa al sindicato. Sin embargo, estos modos de actuar suelen tener más bien consecuencias dilatorias y la autoridad administrativa no siempre manifiesta criterios rigurosos para evitarlos. Se constata que, a veces, se impulsan negociaciones en privado o se fijan nuevas audiencias, genéricamente, para negociar, con diversos resultados.

En el marco del CCT 635/11 entre la AMAP y CADIME, se presentaron conflictos como: a) médicos que se indica que trabajan menos de doce horas semanales y, en consecuencia, estarían fuera del CCT por la previsión del artículo 5, inciso a de dicho CCT y, además, tienen funciones de conducción; b) falta de cumplimiento del artículo 8 (jornada laboral de entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas, con guardias de doce o veinticuatro horas). Ante estas situaciones, la AMAP explica por notas que los que podrían ser excluidos son solo los directores o subdirectores, no así quienes realizan tareas de conducción de un equipo profesional. Como ratificación de lo expuesto, cabe señalar que esto ocurrió antes de que se realizaran las audiencias en el MTEYSS y luego se fue encaminando. Es decir, se debió evidenciar el conflicto, llevarlo a la autoridad administrativa, y solo después de esa instancia se pudo encausar. Luego de varias audiencias, la AMAP suele tener que manifestar que la conducta de la parte empleadora debe ser declarada renuente, sin que ello, por lo general, sea resuelto administrativamente, y se realizan otras verificaciones en torno a la situación de los médicos para sostener los reclamos. También han ocurrido esta clase de conflictos con el CCT 559/11, referido a empresas de emergencia. Aquí, la urgencia en las audiencias suele darse porque, pese a las citaciones, las empresas no informan o eluden

explicaciones para poder corroborar si se cumplen eficazmente los términos del CCT aplicable y demás normas laborales vigentes.

En las audiencias que impulsa la AMAP es posible detallar situaciones como las siguientes:

- No registración del personal (la parte empleadora a menudo invoca la falta de relación de dependencia).
- Exceso de camas de UTI pediátrica para el número de médicos contratados.
- Falta de respuesta a notas de los médicos que piden audiencias para llegar a soluciones.
- Falta de habitación de descanso y comida para médicos de guardia.
- Falta de médicos en atención de adultos (por ejemplo, un médico para cuarenta y seis camas, de las cuales veintitrés corresponden a pacientes ventilados).

Suelen producirse varias audiencias en las que las partes empleadoras informan que continúan en búsqueda de consenso en forma directa y casi indefinida. En este punto nos preguntarnos: ¿por qué la autoridad administrativa no ordena inspecciones ante estas manifestaciones? Siempre tiene que solicitarlas la entidad sindical. Postulamos que debe existir una mayor intervención de la autoridad inspectiva competente, de oficio, así como una mayor articulación entre la negociación colectiva, el conflicto colectivo y la inspección. Según se nos ha informado, estos temas fueron tratados hasta el año 2014, pero a partir de entonces todo se detuvo con el cambio de gestión operado en diciembre de 2015. Esto nos hace reflexionar sobre los alcances del rol que debería cumplir el Ministerio de Trabajo, ya que la intervención estatal no siempre es injerencia, sino que a menudo compensa desigualdades que incluso subsisten en el plano colectivo de las relaciones laborales.⁵

Suele haber conflictos colectivos por la negativa a recibir comunicaciones sobre las condiciones laborales e incrementos salariales. Para

5 Garín, Héctor, “El papel que debe cumplir el Ministerio de Trabajo” (9/10/2017), en *La opinión de la AMAP. Selección de artículos 2017/2018*, p. 36 [en línea], disponible en: https://www.asociacionamap.org.ar/upload/downloads/8_librito-amap-final-18-2-sin-cortes.pdf [consulta. 26 de junio de 2023].

facilitar esto, la AMAP trata de impulsar la presencia de representantes sindicales en el lugar de trabajo; si no hay delegado, se designa un representante con tutela. Sin embargo, como ya hemos señalado, a veces se tarda años en establecer relaciones laborales con cierto nivel aceptable de diálogo, como contrapartida de la unidireccionalidad empresarial.

Ante estas problemáticas, que muchas veces son producto de la reticencia empresarial a admitir la representación sindical y/o la cobertura convencional, cabe preguntarnos: ¿Es inexorable tener que recurrir a una medida de fuerza para encausar este tipo de situaciones? ¿Quiénes son entonces los responsables? Sería oportuno que los detractores de las huelgas y otras medidas de acción directa reflexionen sobre el proceder empresarial que postula un diálogo indefinido y carente de resultados. Como estrategia empleadora, tal diálogo –que nos atrevemos a caracterizar como inconducente– resulta muy funcional a los intereses de esa parte.

La prevalencia de la restricción de derechos y beneficios en el mencionado proceder afecta sobre todo a los trabajadores y, en cuanto nos ocupa, a los médicos de la actividad privada. Lamentablemente, ante ciertas situaciones, si no se desata el conflicto abierto, puede llegar a no haber respuestas ni diálogo conducente. A menudo, la parte empleadora –y no solo en esta actividad– rechaza todo tipo de propuesta efectuada por la contraparte trabajadora a través de la correspondiente organización sindical. En este caso, se dilata y diluye la situación en cuestión. En el ámbito de la actividad médica, esto se percibe en la finalidad de no permitir corroborar si los médicos que trabajan en la empresa se encuentran debidamente registrados y si se cumplen los CCT.

De igual modo, cuando se envían avisos de inspección y se persiste en las reclamaciones, las empresas suelen pedir el archivo y declinan la instancia administrativa. Se recurre al argumento de invocar que la AMAP no acredita la autorización expresa de ningún profesional médico que desarrolla su actividad “en forma autónoma” allí (inciso a del artículo 23). Entienden que se trata de un reclamo individual y que, sin autorización, la AMAP no podría reclamar por sus representados. Así, a menudo, algunas de las representaciones empleadoras dejan de lado la representación legítima de intereses colectivos que la ley de asociacio-

nes sindicales les otorga a los sindicatos y la posibilidad de reclamar la regularización.

Hemos constatado situaciones en las que alguna empresa arguye que en ella no se desempeñan médicos en relación de dependencia, considerando que “son los únicos responsables por las prácticas profesionales y de todas las obligaciones y cargas impositivas, laborales y previsionales derivadas de su actividad”. Desde ese sector empleador se sostiene que los médicos utilizan consultorios abonando en contra-prestación un alquiler pactado (hay convenios suscriptos) en forma proporcional al número de pacientes atendidos durante el mes anterior; que atienden a los pacientes con total libertad, y que, supuestamente, son esos médicos quienes establecen tarifas, días y horarios, y disponen *libremente* de sus vacaciones.

Surge, evidentemente, la necesidad de que la autoridad administrativa realice una mayor investigación y una interpretación y esclarecimiento de la situación. En la tesis doctoral a la que ya nos hemos referido,⁶ hacíamos referencia al fallo “Aerolíneas”⁷ y a la indivisible interpretación de la situación que puede realizar la autoridad administrativa cuando inspecciona. Lo expresado anteriormente no implica que tales actos no puedan ser revisados luego por la autoridad judicial, pero tampoco que esta no pueda determinar incumplimientos e irregularidades en lo que verifica. Lo contrario neutralizaría en la práctica la constatación, también en casos como los de los médicos de la actividad privada. Además, deben atenderse cuestiones como el principio de primacía de la realidad y del orden público laboral, inescindibles del derecho del trabajo. En tal sentido, por Resolución General Afip 2927/10 se estableció la aplicación del principio de la realidad económica, en relación con previsiones de la Ley 26.063, y la posibilidad de determinar de oficio los aportes y contribuciones con destino al suss sobre la base del Indicador Mínimo de Trabajadores (IMT), conforme las previsiones del inciso c del artículo

6 Cf. pág. 199 y nota

7 “Aerolíneas Argentinas S.A. c/ Ministerio de Trabajo”. CSJN. Id. SAIJ: FA09000637, 24 de febrero de 2009.

5 de esa ley. De igual modo, las multas por trabajadores detectados en infracción de dicha normativa están previstas en la Resolución General Afip 1566 (texto sustituido en 2010), todo conforme y en el marco del Plan Nacional de Regularización del Trabajo.

En términos generales, de la falta de respuesta a presentaciones se puede apreciar una importante falta de impulso inspectivo por parte de la autoridad administrativa del trabajo. Esto afecta el doble problema del incumplimiento de los CCT aplicables y de la no registración. En otros casos, se hacen los aportes a OSMEDICA, pero se incumple con el aporte solidario, lo cual afecta y reduce los recursos para la acción gremial.

4. Acciones y proyectos regularizadores desde la AMAP

A fin de facilitar la regularización y la acción inspectiva mediante mecanismos más objetivos y específicos, la AMAP proyectó la necesidad de fijar indicadores mínimos de trabajadoras y trabajadores médicos para los distintos tipos de establecimientos en los que se desempeñan y evitar el fraude laboral y previsional. A continuación, se detallan las principales acciones y proyectos administrativos y normativos impulsados por la AMAP en esa dirección. Tanto en unas como en otros se observa, una vez más, la articulación entre la AMAP y las autoridades públicas, en el marco de la institucionalidad vigente, con el objetivo de aprovechar las herramientas a su alcance, no obstante las limitaciones existentes más allá de lo normológico.

Convenio de Colaboración entre la AMAP y el MTEySS

En 2009 la AMAP suscribió con el MTEySS el Convenio de Colaboración 132, para:

- realizar acciones en el marco del Plan Nacional de Regularización del Trabajo,
- impulsar el trabajo decente en los términos de la Ley 25.877 y de la OIT,
- obtener los beneficios de la Ley 26.476 de regularización, promoción y protección del empleo,
- formular la constitución de una Comisión para la Fiscalización del Trabajo de la Actividad de los Médicos de la Actividad Privada.

Propuesta de creación del Colegio de Médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se trata de un proyecto en el que participó la AMAP durante los meses de agosto y septiembre de 2006 junto con la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM) y la FEMECA, las dos principales entidades gremiales y científicas que nuclean a los profesionales médicos que ejercen en la Ciudad de Buenos Aires. La AMAP colaboró indirectamente junto con esta última, por no tener en ese momento la personería gremial. Hubo, asimismo, más de veinte entidades científicas participantes.

La propuesta consistió en la creación de un colegio profesional de la medicina en la ciudad de Buenos Aires, que ejercería el control de la matrícula, el poder disciplinario y demás funciones previstas en la ley. La matriculación sería obligatoria. El proyecto preveía, además, la implementación de mecanismos que contribuyeran al mejoramiento del sistema sanitario y, entre otras funciones, velaran por la dignidad y el decoro profesional y combatirían el ejercicio ilegal de la profesión. Como estrategia, se buscó una articulación y complementariedad entre la acción profesional y gremial, en función de las representaciones compartidas por las entidades intervinientes, con el fin de un accionar integral y coordinado.

La creación de un Colegio Médico ya había sido impulsada antes del surgimiento de la AMAP. Sin embargo, en ese proyecto las funciones del Colegio se limitaban al control de la matrícula y de la ética. Uno de

los motivos para impulsar su creación fue el interés prioritario de las sociedades científicas por las actividades y cursos de carácter técnico. Sin desmedro de eso, la AMAP buscaba a través del Colegio Médico una suerte de unidad en la acción de las distintas entidades relacionadas con la actividad profesional y laboral de los médicos, para ampliar la cobertura de problemáticas. Asimismo, el nuevo organismo permitiría controlar conductas inadecuadas de algunos médicos, que inciden no solo en el plano individual, sino también, de modo negativo, en la acción gremial, y que no pueden ser atendidas ni resueltas por la asociación sindical. En este sentido, la AMAP esperaba poder hacer escuchar su voz para visibilizar y comenzar a revertir tales situaciones. La participación de los gremios en el Colegio posibilitaría, en el caso de faltas éticas, tomar parte en el juzgamiento y en las eventuales sanciones a los profesionales cuestionados -tanto para garantizar el debido proceso como para ser rigurosos a la hora de desalentar los incumplimientos-, algo que el sindicato no puede hacer solo desde el ámbito gremial (por ejemplo, en situaciones de maltrato, violencia laboral, acoso y hasta violación de residentes).

Este proyecto estuvo a punto de ser aprobado en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero luego se detuvo el trámite.

Propuesta de creación de la Unidad de Respuesta a Desastres de la Ciudad de Buenos Aires

Se postuló la creación de una unidad interdisciplinaria especializada con un alto nivel de coordinación, integrada por profesionales que pudieran desempeñarse como líderes en el terreno y que, a la vez, tuvieran la capacidad de adaptarse de manera fácil a la región en la cual trabajaban, a través del contacto con las contrapartes locales, todo ello bajo estándares internacionales. El proyecto preveía que la Unidad dependería de la Jefatura de Gabinete, para intervenir a nivel nacional, sin desmedro de las competencias a nivel provincial, municipal y de la ciudad de Buenos Aires.

Impulso al denominado *Plan 25*

Este proyecto contempla la incorporación de la figura del médico familiar, que actuaría como entrada al sistema de salud del paciente y su familia y realizaría tanto acciones preventivas y de educación para la salud como el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes. Su prevé que el médico pueda informar sobre todos los aspectos propios de la actividad de la gestión ambulatoria de los pacientes mediante un tablero de comando, como una herramienta útil para cualquiera de los niveles de decisión, que evitaría la sucesión desordenada y supernumérica de información. El tablero incluirá, entre otros datos:

1. Listado de solicitudes y su correspondencia con los afiliados.
2. Costo total.
3. Cantidad total de prácticas.
4. Padrón de afiliados.
5. Tasa de uso.
6. Costo por práctica.

Además, para cada práctica se deberá indicar: el costo total, la tasa de uso, el precio unitario promedio y el valor de la cápita consumido.

La problemática de los médicos residentes

Hoy en día no se considera a los residentes como trabajadores y, en cuanto tales, se desconocen sus derechos. A menudo se los contrata bajo la figura de becarios. En el ámbito público, su actividad suele estar regulada por regímenes especiales locales, pero en el sector privado hay una ausencia de regulación. Ya desde 2015 la AMAP denunció la situación de los médicos residentes,¹ incluyendo su condición respecto de las espe-

1 “El trabajo esclavo de los médicos residentes en la Argentina” [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 30 de septiembre de 2015, disponible en: www.asociacionamap.org.ar/noticias/502_el-trabajo-esclavo-de-los-medicos-residentes-en-la-argentina [consulta: 26 de junio de 2023]. Cf. también nota 21 en el capítulo 1 de este libro.

cialidades médicas, las posibilidades de configuración de fraude laboral, la necesidad de sindicalización y los problemas laborales y formativos.²

En 2016, la AMAP presentó un proyecto de ley en el Congreso Nacional. El proyecto abordaba la problemática de las residencias médicas en la Argentina en relación con cuestiones no contempladas en la normativa vigente y que es preciso regular; en particular, la situación laboral de los médicos residentes que trabajan en el sector privado. Su propósito, tal como decía su artículo 1, era

establecer las condiciones mínimas de labor en que los médicos deben realizar su formación de posgrado en el marco de las residencias médicas, regular sus derechos como trabajadores y la plena incorporación de los mismos [sic] al régimen legal que rige las relaciones de empleo privado en el ámbito nacional.

De este modo, se buscaba lograr que las residencias sirvieran para la formación como especialistas de los médicos y no que se los utilice abusivamente para cubrir o reemplazar puestos de trabajo estables, que tendrían que estar ocupados por personal médico.³

Respecto de la regulación de la actividad laboral, el proyecto de ley establecía que el proyecto mismo, la Ley de Contrato de Trabajo y las CCT regirían las residencias médicas. Consideraba el vínculo laboral que une al residente con el establecimiento en que presta servicios como un contrato por tiempo determinado, que se extinguiría de pleno derecho al finalizar la residencia, sin indemnización, y que durante su vigencia obligaba al residente a un compromiso exclusivo en cuanto a no poder prestar servicios para otro empleador (artículo 3). Entre otras cuestiones, establecía que “durante la duración del programa de residencia”, el

2 Luis Japas, “Situación de las especialidades médicas en las residencias” [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 10 de julio de 2018, disponible en https://asociacionamap.org.ar/upload/downloads/15_situacion-esp-medicos-residencias-15-10-18.pdf [consulta: 26 de junio de 2023].

3 Héctor Garín, “La deuda que hace falta saldar con los médicos residentes” [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 14 de febrero de 2017, disponible en https://www.asociacionamap.org.ar/noticias/776_la-deuda-que-hace-falta-saldar-con-los-medicos-residentes-por-el-dr-garin [consulta: 26 de junio de 2023].

médico debería contar “con un seguro de responsabilidad civil profesional médica”, cuyo costo estaría a cargo de su empleador (artículo 14), y, en una clara demostración del basamento de carácter laboral de la ley, fijaba como autoridad de aplicación al MTEYSS (artículo 19).

El proyecto fue pensado como una suerte de estatuto especial, ya que contemplaba ciertas reglas generales de aplicación, como la norma más favorable, y algunas cuestiones específicas, relativas a la duración de la jornada diaria, las horas extras, los descansos, la exclusión de las previsiones del artículo 200 de la Ley de Contrato de Trabajo para trabajo nocturno, los feriados, las vacaciones anuales (de catorce días), la remuneración, la habitación de descanso, el almuerzo y/o la cena, y la ropa de trabajo.

La AMAP presentó el proyecto en ambas cámaras del Congreso: primero, en septiembre de 2016 y, luego, en mayo de 2017. Respecto de estas presentaciones, solo se obtuvo el silencio como respuesta.

5. Hacia un Programa de Control de Registración Laboral de los profesionales de salud

La iniciativa de la AMAP para establecer un Indicador Mínimo de Trabajadores (IMT)

El programa que se explicará en este punto fue elaborado por la AMAP en el año 2014. Reconoce que la profesión médica ha mutado de profesión liberal paradigmática a un trabajo dependiente de grandes estructuras administradoras de salud, por lo que se hace necesario establecer estándares tutelares para su regulación. En tal sentido, se evidencia la falta de normativización del trabajo médico en la actualidad, en especial en lo que se refiere a las formas de resolver la falta de registración laboral.

Una vez más, vemos a la AMAP apoyándose en estrategias de base normativa, y accionando con y sobre el Estado. A la vez, veremos las respuestas que el propio Estado puede brindar a las distintas situaciones y problemáticas, teniendo presentes los diferentes gobiernos y sus res-

pectivas políticas públicas, más o menos atentas a aspectos tutelares de los derechos de los trabajadores y trabajadoras.

A los fines antes señalados, la AMAP impulsó una fiscalización en línea con lo previsto en la Resolución General Afip 2927/10, que, a partir del dictado de la Ley 26.063, le permitió valerse de herramientas destinadas a luchar contra el empleo no registrado. La Ley 26.063 fijó los principios de interpretación y aplicación de las leyes en materia de recursos de la seguridad social y la posibilidad de su determinación de oficio. Consecuentemente, y con sustento en el principio de la realidad económica, la resolución general mencionada estableció que, en caso de que se compruebe la prestación de servicios de una persona física en favor de otra persona física o jurídica o ente colectivo, se presumirá que dicha prestación se realiza en virtud de un contrato laboral pactado, expresa o tácitamente, entre las partes, considerando como remuneración los importes facturados o, en su caso, los efectivamente abonados. La AMAP entendió entonces que se podrían determinar de oficio los aportes y contribuciones con destino al suss sobre la base del Indicador Mínimo de Trabajadores (IMT). La iniciativa previó también otras situaciones, como las multas aplicables y las reducciones por el desistimiento de la impugnación o el consentimiento y, en ambos casos, la regularización del trabajador médico.

Cabe recordar que, a partir de la Ley 25.877, el MTEYSS tiene facultades concurrentes con la Afip para fiscalizar,¹ por lo que es dable entender que, en virtud de ellas, si se fijara un IMT, por ejemplo, para la actividad médica privada, el Ministerio de Trabajo tendría facultades de fiscalización y sanción en relación con la falta de denuncia de los trabajadores y/o incumplimientos relativos a la retención de aportes (capítulo C de la Resolución General Afip 1566, texto sustituido en 2010).

La construcción de indicadores de trabajadores requiere investigación, trabajos de campo, fiscalizaciones, además de, eventualmente, consultar a los actores sociales involucrados, mediante reuniones operativas con las representaciones empleadoras, en el marco de los CCT y

1 Hecho instrumentado mediante la Resolución MTEYSS 655/05.

los acuerdos colectivos vigentes. Constituyen una herramienta a partir de la cual la AMAP pretende establecer un Registro de Empleo Mínimo Presunto en establecimientos asistenciales. En el ámbito de la Afip, se llevaron a cabo reuniones técnicas para avanzar en un IMT y establecer criterios para fijar los indicadores.² La AMAP entiende que sería factible aplicar ese ICT para los médicos de la actividad privada; a nuestro juicio, consideramos –por sus elevados niveles de informalidad, no registración e incumplimientos– que deberían contar con un IMT específico. A pesar de los esfuerzos de la AMAP, como venimos constatando a largo de acto este trabajo, el resultado de esta y otras acciones no depende solo de la organización sindical, sino también de la actitud que asuma su contraparte empresarial y, finalmente, de la decisión política de la autoridad estatal para efectivizarla e implementarla eficientemente.

Los principales objetivos de contar con un IMT son:

- superar la informalidad,
- impedir una competencia desleal y el consecuente *dumping* social,
- aumentar la recaudación de la seguridad social,
- articular la inspección del trabajo y de la seguridad social como herramienta para el bienestar general.

Tales objetivos se enmarcan dentro de un proyecto de país impulsado por un desarrollo industrial, apoyado fundamentalmente en la distribución de la riqueza (a la que contribuye la regularización laboral y de seguridad social) y con un consumo interno razonable, todo lo cual

2 Afip Seguridad Social, IMT servicio médico de la actividad privada de salud, Reunión Técnica 1, 19 de noviembre de 2014; Afip Seguridad Social, IMT servicio médico de la actividad privada de salud, Reunión Técnica núm. 2, 4 de diciembre de 2014; Afip Seguridad Social, IMT servicio médico de la actividad privada de salud, Reunión Técnica núm. 3, 22 de enero de 2015; Afip Seguridad Social, IMT servicio médico de la actividad privada de salud, Reunión Técnica núm. 4, 10 de febrero de 2015. Cabe destacar que los IMT ya existentes se refieren, en gran número, a actividades de trabajo agrario –sector con elevados índices de informalidad laboral–, aunque luego se han agregado otras actividades, como construcción, comercio y servicios en general V. también “Opinión de la AMAP frente a la transformación de ministerios en secretarías”, [en línea], en *Asociación de Médicos de la Actividad Privada*, 03 de septiembre de 2018, disponible en https://www.asociacionamap.org.ar/noticias/1107_opinion-de-la-amap-frente-a-la-transformacion-de-ministerios-en-secretarias [consulta: 26 de junio de 2023].

requiere de la acción gremial en articulación con la autoridad estatal, pero sin que la primera pierda su autonomía como asociación sindical.

Parámetros para fijar un IMT

A fin de determinar los parámetros que permitan fijar un IMT, la AMAP adoptó las clasificaciones de los establecimientos médicos de la Ley 17.132 y la Resolución de la Secretaría de Estado de Salud Pública 2385/80. A partir de ello, se calculó la cantidad indispensable de médicas y médicos, en función del número de camas y los turnos de trabajo, entre otros aspectos. Para estandarizar el número de médicos por cama,³ se realizaron entrevistas a los profesionales, poniendo a su consideración el tiempo que les demandaban diversas actividades, como:

- Anamnesis minuciosa.
- Examen físico del enfermo.
- Evaluación de estudios complementarios.
- Solicitud de nuevos estudios.
- Diálogo con el paciente y/o sus familiares.
- Registro detallado de la historia clínica.
- Indicaciones terapéuticas.

La información obtenida permitió establecer un tiempo de treinta minutos dedicados a la atención médica por paciente -más allá de considerar como ideal cuarenta y cinco minutos-. Tomando una media de seis horas diarias de atención diaria, se calculó un total de doce pacientes por jornada de trabajo. En consecuencia, se estimó un médico por cada doce camas de internación general⁴ y un médico por turno de trabajo en cada unidad móvil de traslado.

En términos operativos, el problema consistía en que los médicos y médicas estaban en dos columnas: como monotributistas y como de-

3 El número de las unidades de cuidados intensivos se encuentra estandarizado por la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud del Ministerio nacional.

4 La estimación se realizó a partir de un listado de establecimientos asistenciales de la Capital Federal con el número declarado de camas, en el que estas ascendían a 9759 en total.

pendientes. Con este esquema, la Afip no detectaba diferencias. Por ello, una vez más, se planteó desde la acción gremial la necesidad de inspección y determinación. Por su parte, los representantes de la AMAP se dirigieron a la Secretaría de Seguridad Social para explicar e impulsar los criterios adoptados.

Referencias para el funcionamiento de los establecimientos médicos

A continuación, se detallan los parámetros considerados para fijar un IMT de la actividad médica.

Para el caso de los **centros médicos**, estos deben poseer como mínimo cuatro consultorios, con dos turnos de seis horas en cinco días de la semana. Estimándose como mínimo dos médicos por consultorio, se presume un mínimo de diez médicos por cada uno de los consultorios de atención. Para un requisito mínimo de cuatro consultorios, al menos debería contarse con cuarenta médicos.

Respecto de los **institutos de salud** -es decir, establecimientos que se dedican a una especialidad-, si no tienen internación, deben cumplir los mismos requisitos que un centro médico; si la tienen, deben ajustarse a las exigencias establecidas para las clínicas, es decir:

- Un mínimo de doce camas.
- Un mínimo de dos consultorios externos.
- Una guardia activa de veinticuatro horas.

Con un médico para internados por cada doce camas, un médico de guardia activa de veinticuatro horas y veinte médicos de consultorio, se presume un mínimo de veintiocho médicos por cada instituto con doce camas de internación.

Para las **clínicas** -o sea, establecimientos de actividad conjunta de profesionales-, los requisitos serían:

- Un mínimo de doce camas para internación.
- Dos consultorios externos.
- Una guardia activa permanente de veinticuatro horas.

Entendiéndose que, al menos, deberían contar con un médico de atención de internados por cada doce camas, un médico de guardia activa de veinticuatro horas (traducible en siete médicos) y veinte médicos de consultorio, es presumible un mínimo de veintiocho médicos por cada clínica que posea doce camas de internación.

Para los **sanatorios**, definidos como establecimientos de actividad en equipo o conjunta de profesionales que cubren como mínimo las especialidades básicas de clínica médica, cirugía general, tocoginecología y pediatría, los requisitos serían:

- Un mínimo de cien camas de internación.
- Un mínimo de cuatro consultorios externos más dos consultorios de maternidad.
- Un mínimo de dos médicos de guardia permanente.
- Un quirófano.
- Servicio de hemoterapia.
- Servicio de radiología.
- Laboratorio de anatomía patológica.
- Servicio de maternidad.
- Área de cuidados intensivos con un mínimo de ocho camas.

A partir de lo anterior, se presume que un sanatorio con cien camas debería contar con:

- Cuarenta médicos de consultorio externo, más veinte médicos obstetras de consultorio.
- Catorce médicos de guardia.
- Un médico jefe de clínica.
- Nueve médicos clínicos de planta de seis horas de jornada laboral.
- Un médico jefe de cirugía.
- Un médico jefe de pediatría.
- Un médico de planta de pediatría cada diez camas de internación.
- Un médico pediatra de guardia permanente cada diez camas (o sea, siete pediatras de guardia).
- Un médico jefe de quirófano.
- Un médico jefe de anestesia.
- Un médico monitorista (o sea, siete médicos de veinticuatro horas).
- Un médico jefe de hemoterapia.

- Un médico jefe de radiología.
- Un médico anatomopatólogo.
- Un médico obstetra de guardia (o sea, siete médicos de veinticuatro horas).
- Un médico jefe o coordinador de terapia intensiva.
- Un médico subjefe o subcoordinador de terapia intensiva (para el nivel 2).
- Un médico asistente de terapia intensiva con ocho camas (para el nivel 1) (o sea, entre uno y dos médicos).
- Un médico de guardia de terapia intensiva cada ocho camas (o sea, entre siete y catorce médicos).
- Un médico coordinador de terapia intermedia.
- Un médico de guardia de terapia intermedia cada ocho camas (o sea, entre siete y catorce médicos).
- Un médico jefe de unidad coronaria.
- Un médico subjefe de unidad coronaria.
- Un médico cardiólogo cada ocho camas unidad coronaria (o sea, uno o dos médicos).
- Un médico cardiólogo de guardia de unidad coronaria cada ocho camas (o sea, entre siete y catorce médicos).
- Un médico jefe de neonatología.
- Un médico neonatólogo de planta cada seis cunas (o sea, uno o dos médicos).
- Un médico neonatólogo de guardia permanente (o sea, siete médicos).
- Un médico jefe de terapia intensiva pediátrica.
- Un médico de planta de terapia intensiva pediátrica cada ocho camas.
- Un médico de guardia de terapia intensiva pediátrica (o sea, siete médicos de guardia).

Por todo lo anterior, se llega a la presunción total de una dotación mínima, para un sanatorio de cien camas, de entre ciento sesenta y tres a ciento setenta y siete médicos.

En el caso de los **hospitales**, las referencias y los requisitos serían los siguientes:

- Con un mínimo de cuatrocientas camas de internación, deberían contar al menos con treinta y cuatro médicos de planta de seis horas de jornada.
- Veinte consultorios externos, requerirían doscientos médicos de consultorio.
- Dos consultorios de maternidad, requerirían veinte médicos obstetras de consultorio.

Además de estos requisitos, se agregan los siguientes.

Para la guardia permanente de veinticuatro horas:

- Un cirujano jefe de guardia (o sea, siete médicos).
- Un clínico (siete médicos).
- Un pediatra (siete médicos).
- Un cirujano (siete médicos).
- Un obstetra (siete médicos).
- Un anestesista (siete médicos).

Para el quirófano:

- Un médico jefe de quirófano.
- Un médico jefe de anestesia.
- Un médico monitorista (siete médicos).
- Un médico jefe de clínica.
- Un médico jefe de cirugía.
- Un médico jefe de pediatría.
- Un médico de planta de pediatría cada diez camas de internación (o sea, uno o dos médicos).
- Un médico pediatra de guardia permanente cada diez camas (entre siete y catorce pediatras de guardia).
- Un médico jefe de hemoterapia.
- Un médico jefe de radiología.
- Un médico anatomopatólogo.
- Un médico obstetra de guardia (siete médicos de veinticuatro horas).
- Un médico jefe o coordinador de terapia intensiva.
- Un médico subjefe o subcoordinador de terapia intensiva (para el nivel 2).
- Un médico asistente de terapia intensiva cada ocho camas (para el nivel 1) (uno o dos médicos).

- Un médico de guardia de terapia intensiva cada ocho camas (entre siete y catorce médicos).
- Un médico coordinador de terapia intensiva.
- Un médico de guardia de terapia intermedia cada ocho camas (entre siete y catorce médicos).
- Un médico jefe de unidad coronaria.
- Un médico subjefe de unidad coronaria.
- Un médico cardiólogo cada ocho camas de unidad coronaria (uno o dos médicos).
- Un médico cardiólogo de guardia de unidad coronaria cada ocho camas (entre siete y catorce médicos).
- Un médico jefe de neonatología.
- Un médico neonatólogo de planta cada seis cunas (uno o dos médicos).
- Un médico neonatólogo de guardia permanente (siete médicos de guardia).
- Un jefe de terapia intensiva pediátrica.
- Un médico de planta de terapia intensiva pediátrica cada ocho camas.
- Un médico de guardia de terapia intensiva pediátrica (siete médicos de guardia).

Como consecuencia de lo expuesto precedentemente, se presumió una dotación mínima de profesionales de entre trescientos setenta y nueve a trescientos noventa y tres médicos.

Es apreciable que, de la misma forma que la Afip ha venido determinando el IMT para otras actividades, podría llegarse a una dotación presunta, y consecuentemente, a un IMT para las médicas y los médicos de la actividad privada.

El proyecto de IMT y los escenarios políticos

La conducción de la AMAP trabajó desde 2014 con la Afip por más de un año en el establecimiento de un IMT para las médicas y los médicos de la actividad privada. La documentación relevada sobre las reuniones técnicas que se realizaron da cuenta de los diversos aspectos considera-

dos y de las negociaciones subyacentes para definir un IMT. En ella se constata la labor realizada para la definición de las tipologías (centro médico, instituto, clínicas, sanatorios) y el IMT presunto para cada clase de establecimiento. En el año 2015 se continuó con el análisis, debate y consenso en torno a esta problemática, al punto de que el 15 de octubre de ese año habría estado por dictarse una norma al respecto. Lamentablemente, esto no ocurrió: lo trabajado no se llegó a plasmar en ninguna resolución o instrumento legal, presumiblemente como consecuencia del cambio de gobierno en la gestión del Estado y de las políticas públicas que la nueva administración implementó luego, caracterizadas por la desatención de las temáticas laborales y de salud.

En respuesta a los esfuerzos de la AMAP por establecer un IMT, la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) y las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires Federadas (ACLIFE) publicaron una solicitada en el diario *La Nación* el 15 de febrero de 2015, en la que consideraban que, como resultado de las gestiones llevadas a cabo por la AMAP y AMRA ante el MTEYSS y la Afip, la atención de la salud privada de la provincia de Buenos Aires “estaba en peligro” y que

el proceso que han iniciado de sindicalizar a la profesión liberal del médico –dada la naturaleza de la relación– le da la espalda a la realidad económica y técnica de la actividad que desempeñan sus mismos afiliados. Entendemos que debe primar en toda contratación la voluntad de las partes y los acuerdos a los que se arriben en cada caso particular.⁵

Es evidente el desconocimiento que surge del texto acerca de los derechos laborales de los trabajadores médicos. En su lugar, se prefiere la búsqueda de soluciones individuales (a través de contratos de locación en reemplazo de los contratos de trabajo), desde una perspectiva que

5 Puede consultarse el texto completo de la solicitada y la respuesta del Consejo Superior de Médicos de la Provincia de Buenos Aires en la página de Facebook de este último: https://m.facebook.com/colegiodemedicosII/photos/a.505671586231389/628267850638428/?type=3&l_ocale2=es_LA [consulta: 26 de junio de 2013].

privilegia el ejercicio liberal de la profesión y una individualización de las relaciones laborales que tiende a la fragmentación del sujeto colectivo y a la imposibilidad de unificar reclamos para fortalecer la defensa de sus intereses profesionales en el plano laboral.

La suspensión de los avances en vista a un IMT, indefectiblemente, dejó a la AMAP sin una herramienta que podría ser un punto de inflexión para la regularización de trabajadoras y trabajadores médicos en la actividad privada. Más allá de esto –y en línea con nuestro enfoque trialista, no acotado a lo normológico–, proponemos que la valoración de las dimensiones sociológica y axiológica como elementos emergentes en cuanto a la viabilidad y la decisión efectiva de impulsar un IMT. Por todo lo expuesto, concluimos que no solo sería necesaria una norma que estableciera un IMT para el servicio médico de la actividad privada, sino también la voluntad y decisión políticas correspondientes para:

- llevar adelante las inspecciones necesarias en tal sentido,
- realizar la determinación de deudas y,
- eventualmente, concretar las pertinentes ejecuciones de las deudas que –consideramos– deberían destinarse a cubrir las falencias del sistema previsional por los incumplimientos existentes y su consecuente desfinanciamiento.

A modo de conclusión

En este trabajo hemos estudiado el caso de la AMAP. Para ello relevamos las acciones y estrategias llevadas adelante por esta asociación sindical para la regularización laboral de los médicos de la actividad privada; al hacerlo, evidenciamos la complejidad de la situación que atraviesan estos profesionales de la salud.

Si se tienen en cuenta la elevada tasa de no registración y los incumplimientos normativos, en general, y de cláusulas de CCT, en especial, se configura un cuadro de situación que denota una relevante precarización, en virtud de la informalidad, y, consecuentemente, en las condiciones y el ambiente de trabajo. Esta situación mereció una respuesta colectiva –prioritariamente, para la atención de tales problemáticas– mediante la creación de una organización sindical como la AMAP. Esta asociación sindical siguió todos los pasos legales estipulados por la normativa sobre asociaciones sindicales en la Argentina para su constitución y fortalecimiento institucional. Primero, como entidad gremial con simple inscripción; luego, logró constituirse como la más representativa, en su ámbito personal y territorial, a través de la obtención de la perso-

nería gremial en el marco del modelo sindical argentino, estructurado en la Ley 23.551. Asimismo, y ya en términos de su organización interna, fue adecuando su estatuto a los requerimientos que se presentaban, a partir de las estrategias que articulaba –como pudimos constatar–, respecto del desarrollo de filiales y seccionales, para fortalecer la representación en la base y ampliar el ámbito territorial.

Nuestro trabajo puso el foco en el período comprendido entre 2007 y 2017. Para el análisis de la temática de la regularización de las médicas y los médicos, efectuamos los siguientes recortes temporales en línea con su accionar:

- a) el surgimiento de la AMAP;
- b) la obtención de la personería gremial y sus proyecciones, en términos de consolidar la operatividad de la organización para el cumplimiento de sus objetivos institucionales;
- c) el desarrollo alcanzado en el marco de la negociación de CCT y acuerdos colectivos;
- d) la reconfiguración estatutaria en función de sus objetivos estratégicos;
- e) el impulso –articulado con lo anterior– de acciones concretas de inspección y regularización en general; y
- f) diversas acciones y proyectos, entre los que se destaca, en términos de instrumentalización de los procesos de regularización, la propuesta de establecimiento de un Indicador Mínimo de Trabajadores (IMT).

Este trabajo, más allá de su faceta investigativa, se entroncó con la idea de que, ante las problemáticas en torno a la regularización laboral de los trabajadores médicos y la subsistencia de un núcleo duro de informalidad que no logra quebrarse, es necesario que la cuestión sea colocada en la agenda pública.

En torno a la temática de la regularización y el cumplimiento normativo, en general –y, específicamente en este trabajo, respecto de la situación de los médicos de la actividad privada–, es necesaria la articulación entre distintas dimensiones, sobre todo, la negociación colectiva y la inspección. A la vez, vimos que frecuentemente estas no dialogan. En efecto, nos referimos a una falta de articulación y coordinación estratégica entre la negociación colectiva y la inspección, prioritariamente, por parte de la autoridad administrativa del trabajo. La AMAP no solo

ha impulsado esa coordinación estratégica, sino que también la ha sistematizado en su accionar, aunque muchas veces sin ser acompañada por un actuar estatal subsidiario, que –como apreciamos en diversos tramos de este trabajo– le permitiría reforzar la consecución de sus objetivos.

Lo constatado a lo largo de la investigación, además, debería llevarnos a reflexionar sobre el modo en que se piensa la institucionalidad, en el entendimiento de que, para lograr la eficiencia, no basta con la mera normatividad, sino que también deben atenderse, valorarse e integrarse aspectos sociológicos y axiológicos.

En el caso de los médicos de la actividad privada, fue posible apreciar la participación y los respectivos procederes de cada uno de los actores sociales involucrados –sindicato y entidades empleadoras–, sus respuestas ante los conflictos subyacentes y emergentes, así como el ya requerido rol de intervención tutelar por parte del Estado, que puede verificarse mediante su accionar y en las respuestas institucionales que configura en tal sentido, como autoridad administrativa del trabajo.

La forma en que los profesionales médicos se perciben a sí mismos no es irrelevante para la acción sindical. Se constata el peso de una tradición y concepción –la de profesión meramente liberal–, que va quedando superada por una de mayor dependencia laboral, sobre todo respecto de importantes empresas, aunque ello no sea siempre reconocido en los aspectos sociales y axiológicos. Se evidencian, así, en la actividad de los médicos, dificultades de representación de sus intereses y para la construcción de una subjetividad como trabajadores dependientes, subordinados y condicionados por grandes grupos económicos. Se observa, entonces, que la construcción y el fortalecimiento del sujeto colectivo –el sindicato– no es sencilla, debido al fuerte arraigo de desarrollos individuales y configuraciones formales traídas a la actividad privada de los médicos, como el impuesto o aceptado carácter de monotributistas, las ideas que conlleva el difuso concepto de emprendedurismo, el derecho de empleo, las tercerizaciones y otros paradigmas deslaborizadores. Estos paradigmas, sin desmedro de la existencia o surgimiento de otros, potencian una idea *supuestamente novedosa* –a menudo, no verificable–, respecto de la autonomía de la voluntad, al

igual que un enfoque económico del derecho, y, en la práctica, en desmedro de la tutela del trabajo dependiente.⁶

Las situaciones de precarización evidencian la debilidad en que se encuentra, ante estos escenarios, gran parte de las médicas y los médicos, lo que refuerza la necesidad de su unidad para la acción a través de una organización sindical. En tal sentido, fue significativa la obtención de la personería gremial por parte de la AMAP; con ella, puede legitimar y sustentar sus acciones y estrategias, las cuales viene llevando adelante con el objetivo central de la regularización de los trabajadores que representa.

La AMAP ha estructurado, conforme lo enunciamos en el capítulo 2, una decidida acción de impulso a la negociación colectiva, la suscripción de CCT y –de no ser posibles estos– de acuerdos colectivos lo más abarcadores posibles. En tal sentido, se entiende la incorporación de cláusulas de regularización en varios de ellos, que hemos referido en diversos tramos de este trabajo. En coordinación estratégica con lo anterior, la AMAP configuró una suerte de panel de control de las etapas inspectivas, como señalamos en el capítulo 3.

Sin embargo, para la sustentabilidad de las estrategias señaladas en los párrafos precedentes, el rol del Estado no ha sido indiferente en cuanto a la calidad de la resolución de la problemática de la informalidad, en vista a lo postulado por la AMAP respecto de su reducción y el objetivo final de su erradicación. Es menester una reconfiguración de las lógicas de acción y de gestión por parte de las autoridades administrativas del trabajo, que les permita intervenir tutelarmente para llevar adelante sus políticas públicas, contemplando las necesidades y el rol del impulso colaborativo desde la asociación sindical, sin desmedro de la preservación de la autonomía del sujeto colectivo.

Reiteramos que debe configurarse o reconfigurarse la institucionalidad respecto de estas temáticas.⁷ Por ello, en este trabajo tratamos de

6 Mario Luis Gambacorta y Álvaro D Ruiz, ob. cit.

7 Mario Luis Gambacorta, "Institucionalidad estatal, relaciones laborales y paradigmas desreguladores neoliberales en la Argentina: hacia un Estado Social de Derecho más allá de la economía social del mercado", en *Juris Poiesis. Revista do Curso de Direito da Universidade Estácio De Sá*, vol. 20, núm. 22, Rio de Janeiro, 30 de abril de 2017.

poner el objeto de estudio en la agenda de las políticas públicas para que logre constituirse en una cabal política de Estado. Consecuentemente, cabe reflexionar sobre los alcances de las políticas públicas, cuya situación actual puede caracterizarse como deficitaria. Postulamos que hay que seguir estudiando las tensiones que surgieron y continúan surgiendo en torno a la regularización y sus implicancias sobre las relaciones laborales, la seguridad social y el bienestar general en una sociedad como la argentina. Las millonarias sumas que afectan y recortan recursos a la seguridad social como consecuencia de la insuficiente –o, lisa y llanamente, nula– registración de los médicos de la actividad privada, amén de los derechos laborales y sindicales también vulnerados, requieren una estrategia articulada desde el Estado y con la participación de los actores sociales, sin desatender por ello la vigencia del orden público.

La pandemia del Covid-19 que afecta al mundo mientras me encuentro finalizando este trabajo nos lleva a pensar en la necesaria profundización en su objeto de estudio. Paradójicamente, en este contexto, los paradigmas desreguladores de prevalencia economicista suelen invocar una mayor tutela estatal para las empresas; y, al mismo tiempo, pretenden desatar las fuerzas del mercado, sin regulaciones, sobre la salud y los trabajadores –particularmente, en el caso que nos ocupa, las médicas y los médicos–.

Durante la pandemia, más allá de presuntas cuestiones novedosas, los problemas en la actividad médica no han variado, sino que se replican –y a menudo se potencian– las falencias estructurales que aquejan a este sector, tales como:

- falta de suficientes médicos capacitados para la problemática específica,
- médicos no habilitados para el ejercicio,
- problemas con las residencias, su situación jurídica y la calificación de los residentes,
- falsos médicos,⁸

8 Cf. "Posición institucional ante la aparición de casos de falsos médicos" [en línea], en Asociación de Médicos de la Actividad Privada, 31 de agosto de 2018, disponible en https://www.asociacionamap.org.ar/noticias/1096_posicion-institucional-ante-la-aparicion-de-casos-de-falsos-medicos [consulta: 26 de junio de 2023].

- irregularidades que no permiten –o reducen– los ingresos que podrían percibir los médicos si se encontraran registrados en relación de dependencia,
- afectación en la inclusión de listados en su carácter dependiente; por ejemplo, y para lo que nos ocupa, respecto del pago de \$ 5.000 a los trabajadores profesionales de la salud, establecido por el Decreto 315/20,
- la ausencia o escasez de elementos de protección personal,
- los tiempos de trabajo y su contraprestación remunerativa.

Ahora bien, a la pregunta de cómo seguir ante tanta irregularidad y no regularización se podría responder, conforme surge de lo relevado, de un modo propositivo, destacando que:

- Es necesaria e ineludible la existencia y la acción de las organizaciones sindicales.
- El modelo sindical argentino, con el establecimiento de un sindicato más representativo que concentra la acción sindical, en especial la negociación colectiva, es una herramienta idónea para el desarrollo de estrategias de regularización y negociación como las que viene llevando adelante la amap.
- Sin desmedro de lo anterior, la acción sindical debe ser acompañada tutelarmente por el Estado, respetando la autonomía –que implica no configurar injerencias indebidas–, pero entendiendo su rol necesariamente activo, que caracterizamos como de intervención estatal tutelar o protectoria.
- Todo se entronca y se sustenta, precisamente, en las previsiones y alcances del principio protectorio previsto en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional argentina.
- Los empleadores deben someterse al marco legal vigente y regularizar los incumplimientos laborales y de la seguridad social. De lo contrario, pueden ser compelidos a su cumplimiento mediante herramientas legítimas, como la inspección del trabajo y la consecuente determinación de deudas impagas, por ejemplo, mediante un imt.
- Hay que fortalecer, en el sentido expuesto precedentemente, el rol y la presencia política de las organizaciones sindicales para su mejor

articulación hacia el Estado. Una referencia en tal sentido es la autorreforma sindical impulsada en su momento por la Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas (CSA).⁹

- En concordancia con lo anterior, se yergue la necesidad de una reconfiguración institucional. En particular, para el establecimiento de mecanismos de regularización, concretos y sustentables, como el imt impulsado por la amap, al que nos referimos en el capítulo 5.

Para finalizar, esperamos que lo relevado, procesado y sistematizado en este trabajo pueda resultar de utilidad tanto para la reformulación de estrategias frente a las insuficiencias que se constatan en las políticas públicas desarrolladas en cuanto a la regularización como para enfrentar los eventuales nuevos contextos desprotectorios que se presentaren. Hemos apreciado que, más allá de lo normativo, se requieren decisiones políticas, valores y convicciones para implementar esas estrategias, y, en simultáneo, la definición de un modelo de país en el cual se reconozcan, converjan y se instrumentalicen las diversas políticas públicas.

En el caso que nos ocupa, y con un sentido tutelar, resultan indispensables políticas públicas laborales y de seguridad social –y, agregamos, en diálogo con las de salud–, que también pongan foco en la irregular situación de contratación que afecta a tantas médicas y tantos médicos de la actividad privada. El perfeccionamiento, en el seno de estas políticas, de la articulación entre la negociación colectiva y la inspección contribuiría a una reconfiguración de fuerzas más equilibrada entre el actor sindical y el empresarial. Todo ello, en vista de mejorar la inclusión laboral, la distribución y la ampliación de derechos para los trabajadores, de los que forman parte, indubitablemente, los médicos y las médicas que se desempeñan en la actividad privada.

9 Mario Luis Gambacorta, “¿Qué es la autorreforma sindical?”, en *Compendio Jurídico*, núm. 73, Buenos Aires, Errepar, mayo de 2013.

Siglas utilizadas

ACLIFE	Asociaciones de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires Federadas
ADECRA	Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina Asociación Civil
AHC	Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin Fines de Lucro
AMAP	Asociación de Médicos de la Actividad Privada
AMM	Asociación de Médicos Municipales
AMRA	Asociación de Médicos de la República Argentina

AMUMAP	Asociación Mutua de Empleados, Delegados y Médicos del Sindicato de los Médicos de la Actividad Privada
APPAMIA	Asociación de Profesionales del Programa de Atención Médica Integral y Afines
ASPAC	Asociación de Profesionales del Arte de Curar de la Obra Social Bancaria
ATSA	Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina
CADIME	Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico
CCT	convenio colectivo de trabajo
CEMCA	Cámara de Emergencias Médicas de la Capital Federal
CEPSAL	Cámara de Entidades Prestadoras de Salud
CGBA	Centro Gallego de Buenos Aires
CONFECILISA	Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados
CSA	Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas
DNAS	Dirección Nacional de Asociaciones Sindicales
DNRT	Dirección Nacional de Relaciones del Trabajo

FATSA	Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina
FECLIBA	Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires
FEMECA	Federación Médica Gremial de la Capital Federal
IHS S.A.	International Health Services S.A.
IMT	Indicador Mínimo de Trabajadores
INAES	Instituto de Asociativismo y Economía Social
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
MPYT	Ministerio de Producción y Trabajo
MTEYFRH	Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos
MTEYSS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OSMEDICA	Obra Social de los Médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
OSPLAD	Obra Social para la Actividad Docente

OSSSB	Obra Social Servicios Sociales Bancarios
PAMI	Programa de Atención Médica Integral
PPC	Procedimiento preventivo de crisis
SSRL	Subsecretaría de Relaciones Laborales
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
SUSS	Sistema Único de la Seguridad Social
UTI	Unidad de Terapia Intensiva

Sobre el autor

MARIO LUIS GAMBACORTA

Es abogado, docente en grado y posgrado (Universidad Nacional de Hurlingham, Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de José C. Paz, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Universidad del Museo Social Argentino, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Matanza), e investigador. Es Doctor en Ciencias Jurídicas por la Universidad del Salvador. Realizó los siguientes posdoctorados: en el Programa Internacional Postdoctoral en Nuevas Tecnologías y Derecho, promovido por el Centro Internacional Mediterránea para la Investigación en Derechos Humanos (MICHR), con sede en la Universidad Mediterránea (Reggio Calabria, Italia), y en el Programa de Posgraduación en Derecho de la Universidad Estácio de Sá (Rio de Janeiro, Brasil). Obtuvo el título de Especialista en Globalización y Estado Social: problemáticas abiertas, por la Universidad de Castilla-La Mancha (España) y el de Especialista para la Magistratura, por la Universidad Nacional de San Martín. Es autor de libros, artículos y publicaciones en la Argentina y el exterior.



Este libro se terminó de imprimir en noviembre de 2023
en Área Cuatro SRL, Chingolo 480, Rincón de Milberg,
pcia. de Buenos Aires.

El presente estudio busca clarificar, a partir de ejemplos concretos, la problemática de la conflictividad laboral con profesionales del campo sanitario en la Argentina. Más allá de la mera enumeración de medidas de fuerza y acciones de lucha sindical en el subsector público, se presta aquí atención a un ámbito poco visible, como lo es el de la actividad privada. A través de los análisis realizados en esta obra, podemos advertir que no sería el aseguramiento de los márgenes de ganancia de las empresas prepagas la única agenda que se debería plantear en este subsector. La invisibilización de conflictos laborales sesga una discusión que afecta a los profesionales médicos y también a la comunidad en todo sentido.

Entendemos que la salud es un territorio que, más allá de lo público y lo privado, debe ser entendido como común. Por eso celebramos esta contribución, realizada desde el Derecho, respecto de la problemática que afecta a un sector profesional ocultado en su conflictividad, dentro del marco del difícil panorama sanitario argentino, como un valioso aporte a debates más amplios y necesarios para la sociedad.

Dr. Ezequiel Consiglio

Ciencia Abierta es una colección hija de la decisión fundacional de la UNAHUR de desarrollar actividades científicas y tecnológicas, producir conocimiento, investigación y desarrollo desde su primer día de vida. La colección procura abrir espacios para que investigadores, investigadoras, docentes y especialistas en general se sumen a un debate científico y académico riguroso, innovador, significativo y con sensibilidad social en sus campos de trabajo.