



LOS RIESGOS DE LA TELEMEDICINA



ASOCIACIÓN DE MÉDICOS
DE LA ACTIVIDAD PRIVADA

Personería Gremial 1721

2019

LOS RIESGOS DE LA **TELEMEDICINA**





1 INTRODUCCIÓN



Por qué la AMAP se opone a esta telemedicina

La **Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP)** no se opone a los avances tecnológicos ni a las posibilidades que puede abrir la telemedicina, pero siempre y cuando estos procesos estén dados por el respeto a la medicina como ciencia, a las incumbencias médicas, a los derechos laborales de los colegas y a la calidad de la atención de los pacientes.

Lo que ocurre en la actualidad es que las propuestas de telemedicina se igualan a teleconsulta entre médico y paciente, cuando en realidad deberían reservarse a instancias de intercambio que garanticen la presencia constante de profesionales. Por ejemplo, la interconsulta entre dos especialistas.

Desde la **AMAP** creemos que los programas de telemedicina persiguen por parte de los empresarios de la salud el objetivo de redoblar ganancias, y tienen tres consecuencias gravísimas:

- Rompen la relación médico-paciente
- Atentan contra la salud de la población
- Precarizan aún más las condiciones laborales del médico del sector privado

Tres maneras claras de banalizar la medicina, ya que las prácticas que proponen estas nuevas tecnologías favorecen su deshumanización, impactan en el aspecto sanitario y afectan negativamente al médico como trabajador.

En este cuadernillo presentamos, en primer lugar, un artículo que explica el contexto actual de nuestra profesión en el cual surge la telemedicina como uno de los problemas a abordar. Luego, una serie de artículos que hemos escrito desde nuestra entidad; finalmente, dos textos complementarios: el fragmento de una nota publicada en *Tiempo Argentino* y otra realizada por un abogado referente en este tema.

Esperamos que este material sirva para esclarecer la situación que atravesamos como médicos, como médicos-trabajadores y como individuos a los cuales se les vulneran las reglas del juego del ejercicio de su profesión con fines que nada tienen que ver con cuidar la salud de la población.

Dr. Héctor Garín
Secretario General de la AMAP

A graphic element consisting of a red circle with a white number '2' inside, positioned to the left of a dark blue, irregularly shaped banner. The banner has a white semi-circle on its left side and a red diagonal stripe on its right side. The word 'CONTEXTO' is written in white, uppercase letters on the dark blue banner.

2 CONTEXTO



La banalización de la medicina nos conduce ¿hacia la destrucción de nuestra profesión?



Nota de opinión donde se analiza como legisladores, jueces, funcionarios y empresarios toman decisiones que se basan en el desconocimiento y persiguen, en general, fines económico

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

[12/02/2019]

La Real Academia Española define al verbo *banalizar* como “dar a algo carácter banal”. Por su parte, banal significa “trivial, común, insustancial”. Hoy, los médicos somos testigos de un fenómeno muy preocupante: la banalización de la medicina.

Afirmamos esto porque personas ajenas a nuestra profesión, sin conocimientos, experiencia ni incumbencias toman decisiones que impactan sobre la salud de la población y sobre el ejercicio de la profesión. Nos referimos a legisladores, jueces, funcionarios del área y empresarios del sector. Todos ellos toman determinaciones que claramente se basan en la falta de sapiencia y persiguen, en general, fines económicos.

Leyes inconsultas e irracionales

Desmenecemos brevemente esta situación. Comencemos por lo que ocurre con muchos legisladores que a partir de un “pensamiento mágico” creen que las prácticas médicas pueden modificarse simplemente, con la promulgación de nuevas leyes que no son otra cosa que una clara intromisión en nuestro trabajo. Estas disposiciones pasan por alto desde protocolos médicos hasta normativas ministeriales y conocimientos científicos. En los últimos años se han dictado leyes que han precipitado la gravedad de la situación. Una vez más nuestros legisladores han dejado claro que desconocen la realidad de quienes representan. Hagamos un repaso por las normativas más relevantes.

- La Ley Nacional de Medicina Prepaga N° 26682 de 2011, que se presentó como la primera regulación del sistema de medicina prepaga pero que terminó destruyendo las instituciones pequeñas, muchas de ellas gremiales sin fines de lucro, en beneficio de las cinco o seis grandes empresas que incrementaron la porción en la torta de las ganancias a repartir. La norma exige que se cumpla con prestaciones muy caras y complejas y no establece quiénes las financian, ni hace cargo al Estado de ser el garante de la salud en los casos en que esa financiación no exista.

- La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 de 2010, esta norma pretendió, por una supuesta cuestión “progresista”, ampliar las incumbencias de otros profesionales de la salud desconociendo que hay algunas funciones, que tanto por cuestiones legales como de formación, solo pueden ser cumplidas por el médico. Por otra parte, propone la desaparición de los hospitales neuropsiquiátricos en otra demostración de una falta absoluta de conocimiento sobre salud mental y las necesidades de los pacientes. ¿Qué pasó? Solo se pudo poner en práctica parcialmente y generó mucho malestar entre los equipos de salud y mucha incertidumbre en la comunidad.

- La Ley Provincial de Régimen Legal para el Ejercicio Profesional de los Técnicos en Emergencias Médicas N° 15094 de 2018, votada por la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, que regula en el sector público el rol del paramédico, y deja la puerta abierta para que se puedan contratar en empresas privadas. El técnico en emergencia se podrá poner al frente de la asistencia de pacientes, fundamentalmente prehospituarios. En primer lugar, el ex Ministerio de Salud no reconoce esta categoría como una de las especialidades de la medicina y sus profesiones auxiliares; sin embargo, no solo la provincia de Buenos Aires sino también Neuquén y Tucumán ya cuentan con una carrera con estatuto propio. Otro claro avance sobre las incumbencias médicas. Podrán decir que así la atención será más rápida, lo que no quiere decir que será buena. ¿Rápida para qué? Es otra pregunta que nos podemos hacer. Entre sus fundamentos, la norma señala la falta de colegas para los servicios de ambulancias, lo cual es falso: médicos hay, lo que se debe hacer es pagarles como corresponde y brindarles condiciones de trabajo digno.

- La Ley Provincial de Ejercicio Profesional para las Obstétricas N° 14802 de 2015 que establecía las incumbencias de las obstétricas a las que pretendieron trasladarles algunas de las funciones de los médicos (por ejemplo, cirugías menores). Finalmente, quedó desactivada porque el ex Ministerio de Educación y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria desconocieron las nuevas atribuciones que los legisladores bonaerenses quisieron crearles a estas profesionales auxiliares de la medicina.

Estos cuatro ejemplos, hablan a las claras de la desvalorización de nuestro trabajo y de la banalización de la medicina. Son leyes que se han dictado sin consultar a ningún sector médico, y que dan muestra de la irracionalidad que nos guía hoy como sociedad.

Funcionarios e hipocresía

Mientras quienes ocupan cargos jerárquicos tanto del área de salud como de otros sectores, se jactan diciendo que el médico es el sostén del sistema, no se preocupan ni por sus condiciones de trabajo ni mucho menos presentan propuestas para lograr la registración de su trabajo; por el contrario, cada una de las iniciativas tiende a la precarización laboral. Tampoco, se inquietan por la gigantesca evasión impositiva que implica la contratación en negro, que llega a mil millones de dólares anuales.

Muchos funcionarios banalizan nuestra función, consideran que no es importante que el médico trabaje en blanco y que no tienen relevancia sus condiciones de trabajo. Ignoran (o prefieren ignorar) la estrecha relación que existe entre alta calidad de atención y condiciones laborales apropiadas. Detrás de esto se oculta un futuro muy complicado para los médicos monotributistas, que cuando se jubilen pasarán a integrar el sector de la pobreza. Como sostenemos desde la **AMAP**: “No hay salud sin médicos, no hay buena salud sin médicos con salarios dignos, no hay buena salud con médicos disconformes”.

La irracionalidad de la Justicia

Los jueces también banalizan la profesión médica, le restan importancia a lo establecido, por ejemplo, en el PMO y ponen al borde de la quiebra a entidades de salud, en general sindicales, basadas en los principios de solidaridad. Los pacientes tienen derecho a recibir una atención integral de su salud y las obras sociales y prepagas deben cumplir con todo lo pautado en el PMO y en las coberturas extras que las personas pagan.

Todos los amparos que se presentan ante la Justicia tienen un fallo favorable para el paciente, en detrimento de las empresas de salud. Desde la **AMAP** estamos convencidos de que todas las personas tienen derecho a recibir la atención médica que necesitan sin importar su capacidad de pago, la salud es un derecho universal. El problema es quién financia esa atención; sin duda cuando una prestación está por fuera del PMO y de lo que fue contratado por el individuo, es el Estado quien debe hacerse cargo de garantizar la práctica médica en cuestión. La salud siempre es pública independientemente de quien la brinde.

Los jueces obvian al Estado y ponen todo el peso en las entidades privadas. Han llegado a exigir que una prepaga compre medicamentos en el exterior que no han sido aprobados por el ANMAT en nuestro país. Muchas decisiones judiciales son realmente irracionales, para los magistrados es mucho más simple transferir al sector privado la responsabilidad que le corresponde al Estado como regulador del sistema sanitario y garante del derecho a la salud.

Empresarios ávidos de ganancias

Finalmente, banalizan la profesión médica los empresarios de la salud. Además de restar importancia a nuestro trabajo pagándonos salarios bajos, incumpliendo en muchos casos los convenios colectivos de trabajo, intentando contratar colegas extranjeros en condiciones de extrema precarización, imponiendo a los médicos residentes formas de trabajo esclavo, y en general, haciéndonos trabajar en condiciones laborales inapropiadas, circunstancias de las que ya hemos reflexionado largamente y que a diario desde nuestra acción sindical intentamos modificar, se suma un nuevo intento de restarle valor a nuestra tarea asistencial. Profundizando el desprecio hacia nuestro trabajo, los dueños de las empresas han llegado a reemplazar nuestra presencia, nuestro examen clínico, nuestra mirada, por una aplicación en un celular.

Estos programas de telemedicina tienen el claro objetivo de redoblar ganancias, y tienen tres consecuencias gravísimas: rompen la relación médico-paciente, atentan contra la salud de la población y precarizan aún más las condiciones laborales del médico del sector privado. Tres maneras claras de banalizar la medicina, ya que favorece su deshumanización, impacta en lo sanitario y afecta negativamente al médico como trabajador.

Desde otro punto de vista, los programas de teleconsulta colocan al médico en un lugar que vuelve a banalizar su rol. Si tenemos en cuenta que la práctica médica implica una obligación de medios y no de resultados, y que esta obligación implica poner a disposición del paciente los medios adecuados, comprometiéndose a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis; y aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible, la teleconsulta coloca al profesional en una situación de desprotección, ya que impide que el médico ponga “todos los medios necesarios” al servicio del paciente porque la atención a distancia reduce al mínimo las posibilidades de hacerlo en los tiempos oportunos.

Los médicos actúan sobre personas no sobre imágenes de personas, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio, pero la teleconsulta agrega nuevos componentes aleatorios. Tengamos en cuenta que no hay todavía protocolos avalados por la ciencia ni casuística que pueda decirnos que la teleconsulta es un método de atención apropiado.

Los argumentos de los empresarios de que los jóvenes, los *millennials*, no quieren trasladarse a un consultorio son inconsistentes. En salud no se trata de voluntarismos ni deseos, sino de lo que es necesario, de lo que es correcto. Además, este argumento es una forma de desvalorizar la capacidad de razonar de las nuevas generaciones, que seguramente van al médico sin rodeos cuando tienen un problema de salud.

La lucha de la AMAP

Como sindicato, la **AMAP** defiende los derechos de los médicos pero también los de los pacientes que se ven igual de vulnerados frente a las leyes que mencionamos, las condiciones precarizadas de quienes deben cuidarlos y la imposición de sistemas que borran la presencia del médico y lo colocan detrás de una pantalla.

Los diputados exceden sus funciones, crean nuevas incumbencias y eliminan otras, sin ningún derecho, sin ningún conocimiento, y sin ninguna atribución para hacerlo. Los funcionarios no cumplen con sus roles, olvidan que deben trabajar para que el Estado garantice el derecho de la salud, y los empresarios buscan de una manera irracional obtener más y más ganancias a costa de los salarios y condiciones de trabajo del médico y poniendo en riesgo la salud de los ciudadanos. Del otro lado, los colegas se enfrentan a la banalización de su rol social y los pacientes a un sistema de salud que no los prioriza y les pone cada vez más obstáculos para acceder a una atención oportuna y de calidad.



3 ARTÍCULOS
CENTRALES

Telemedicina. La AMAP repudia las declaraciones de la directora de Vittal

La Dra. Valeria El Haj criticó la postura de la **AMAP** sobre telemedicina y se refirió en una nota del diario *Clarín* de manera despectiva hacia el trabajo médico y afirmó que “cuando un paciente va por una banalidad, los médicos ni lo tocan”



[12/02/2019]

En una nota publicada en el sitio web del diario *Clarín* el 11 de febrero y replicada en la página 24 de la versión papel del 12 de febrero, la Dra. Valeria El Haj, directora de la empresa de emergencias Vittal, realizó declaraciones oprobiosas e injuriosas hacia los médicos del sector privado de la salud.

La Dra. El Haj asegura: “Hay que sacarse la careta. Cuando un paciente va por una banalidad, los médicos ni lo tocan. Me parece que en una videoconsulta de 40 minutos te atienden mucho mejor que a los pacientes de PAMI que, pobrecitos, van al médico y tienen 15 minutos de atención”. Asegurar que los médicos no tocamos a nuestros pacientes y mucho más si son mayores de edad, constituye una acusación infundada y muy alejada de la realidad. También, implica un desprecio hacia los jubilados a quienes trata de “pobrecitos”. Nos resulta ofensivo que una colega sea capaz de hablar en esos términos de los pacientes y de sus colegas. Es injurioso que afirme que los profesionales solo atendemos 15 minutos a un paciente de PAMI; la gran mayoría de nuestros colegas dedican el tiempo necesario a la consulta a pesar de las enormes presiones de sus empleadores.



Pero la Dra. El Haj va más allá e ignora la complejidad de la ciencia médica y el valor del examen clínico, y sostiene que desde una pantalla “estás viendo al paciente: si está pálido, si está sudoroso, si tiene problemas para hablar”. Creer que la revisión física puede ser reemplazada por la observación de un paciente desde una aplicación de un móvil es impropio de una profesional de la medicina. La doctora señala que un médico puede percibir desde un teléfono si el paciente está pálido. ¿Qué pasa si la pantalla del celular del médico no está bien calibrada o si el paciente tiene una iluminación que distorsiona el color de su piel? ¿La Dra. El Haj hablaba en serio?

Fundamentalmente, queremos dejar en claro que lo que dice la directora de Vittal está vinculado con el fin de justificar una forma de atención que lo que persigue es ampliar las ganancias y que indirectamente banaliza nuestra profesión, le resta importancia y la convierte en un acto alejado del paciente.

Finalmente, la comunidad debe saber que la empresa que dirige la Dra. El Haj impone a sus médicos formas de contratación muy irregulares, salarios bajos y condiciones laborales muy precarias. Y que, por otra parte, incumple en muchas oportunidades el Convenio Colectivo de Trabajo suscripto por la **AMAP** con la Cámara de Emergencias Médicas de la Capital Federal, de la cual Vittal forma parte.

Esperamos que la Dra. Valeria El Haj se rectifique en sus declaraciones y pida disculpas públicas a toda la comunidad médica y, fundamentalmente, a los colegas que integran la planta de la empresa que dirige.

Atención médica telefónica. Las empresas pretenden desentenderse de responsabilidades frente a pacientes y médicos

Maximización de ganancias, precarización laboral del profesional y deterioro de la relación médico-paciente, las claves del posicionamiento de **AMAP**



[08/12/2018]

Desde hace un tiempo las empresas de salud (prepagas y sanatorios) han impulsado la nueva modalidad de atención de consultas médicas telefónicas. Recientemente, y en coincidencia con el Día del Médico, estas empresas han realizado una fuerte campaña de difusión para imponer de manera más extendida este tipo de servicio.

Por un lado, mientras las publicidades ponen énfasis en la cercanía y la inmediatez de la atención, lo cierto es que se deteriora la relación médico-paciente que desde los inicios de la historia de la medicina ha sido definida como un agente terapéutico clave; y antes y ahora es la piedra angular del acto médico, y debe ser personal. La mirada y el examen clínico son irremplazables. Incluso, el artículo 115 del Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina dice que no es ético “el ejercicio de la Medicina mediante consultas realizadas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o Internet”.



En realidad, este tipo de modalidades buscan maximizar las ganancias de las empresas y en este sentido imponen condiciones de trabajo que profundizan la precarización laboral del médico. Además de que esta clase de prestación se paga menos e implica una disminución en la contratación del número colegas, los empresarios las utilizan para intentar desligarse de sus responsabilidades frente a los pacientes como efectores del sistema sanitario.

En los contratos laborales se señala que los médicos que brindan esta asistencia telefónica son profesionales independientes y directamente responsables del servicio que brindan. Asimismo, se establece que las instituciones sanitarias no ofrecen garantía al paciente de la atención, consejo o indicación médica que reciban ni de las consecuencias que esto genere. Es muy importante aclarar que se pueden delegar funciones o autoridad, pero nunca se pueden delegar las responsabilidades. El dueño de una clínica puede encomendar a “sus profesionales” todo aquello que puedan realizar como él o mejor, pero no puede transferirles su responsabilidad.

Como institución médico-sindical, la **AMAP** defiende los derechos laborales de los médicos pero también el derecho a la salud de los pacientes. Estas nuevas formas de atención médica atentan contra ambos y debilitan la relación que los une.

Este sindicato, reclama la intervención de las autoridades para regularizar y controlar este tipo de prestaciones y realizará las presentaciones correspondientes ante funcionarios y la Justicia. Por otra parte, invita a la reflexión: qué pasaría si los médicos no trabajaran durante un mes como se hace en el sector de la Justicia, qué sucedería si se impusiera la fería médica y solo se atendieran las urgencias, seguramente se revalorizaría la enorme importancia del trabajo del médico en la sociedad, y su rol irremplazable para garantizar la salud de toda la población.

Redes sociales y el problema de la privacidad de los pacientes



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

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

[19/10/2018]

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

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

El honor del médico

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



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

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

El Juramento Hipocrático

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

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

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

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

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

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



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

[19/04/2018]

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

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

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

Una aberración sanitaria

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

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



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

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

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

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

Las gestiones de la AMAP

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

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

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

No es medicina, es solo negocio

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

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

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

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

Algunas reflexiones sobre productividad, tecnología y emoción

[26/05/2017]



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

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

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

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

Medir productividad en salud, una misión imposible

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



4 ARTÍCULOS
COMPLEMENTARIOS



Rappimédicos: las app también quieren precarizar la salud

Fragmento de una nota publicada en *Tiempo Argentino*



Envuelta en conflictos por desconocer los derechos laborales de sus trabajadores, Rappi anunció un acuerdo con el laboratorio Sanofi para hacer *delivery* de medicamentos y, próximamente, enviar médicos a domicilio. El plan arranca en Colombia y en breve llega a la Argentina

[25/04/2019]

“Rappi Argentina: entregas a domicilio en minutos”, promueve el eslogan de una de las plataformas de envíos rápidos que llegaron para quedarse en los vientos de cambio de la Argentina actual. Como Uber y Glovo, son empresas que hacen de “nexo” entre el usuario y quienes ofrecen un producto o servicio, y que consideran a sus trabajadores meros “colaboradores” independientes, sin derechos laborales, en un limbo sin regulación ni exigencias del pago de impuestos o cargas patronales. La novedad es que la ola de los *delivery* empieza a alcanzar áreas hasta hoy inimaginables, como la medicina: según anunciaron los propios directivos de Rappi, planean llevar médicos a los hogares. Desde las asociaciones de profesionales denuncian que se está ante “un caso obscuro de precarización laboral”, y alertan que “los pacientes estarán expuestos a situaciones de fraude”.

Hace casi un año, Rappi, de origen colombiano, anunció un convenio con el gigante biofarmacéutico francés Sanofi para ofrecer servicios de asistencia en América Latina. En principio, repartirán productos de atención médica de venta libre. Pero en una segunda etapa quieren sumar otros servicios como “suscripciones para medicamentos recetados, interacciones en tiempo real con proveedores médicos y visitas de médicos a domicilio”, según detallaron en un comunicado. Ante las críticas, alegaron que todo el procedimiento respetará las normativas vigentes. “Vamos a revolucionar el mercado del cuidado de la salud. Hacer la vida más fácil es permitir el acceso a medicamentos con tiempos de entrega eficientes, promover la creación de modelos de suscripción, conectar médico y paciente de manera ágil”, añadió Sebastián Jaramillo, director del departamento Pharma de Rappi para Latinoamérica.

El sistema arranca este mes en Colombia, y la idea es extenderlo luego a otros seis países, entre ellos la Argentina, donde la *app* tuvo un salto enorme en apenas un año. Mientras suma conflictos por su planta laboral, entre la negativa a sindicalizar a sus trabajadores y la primera muerte de uno de ellos arriba de su bici, la firma acumula ganancias. En los últimos 12 meses realizó 2,5 millones de envíos a domicilio y facturó 30 millones de dólares. Posee unos 4000 repartidores que, según la información oficial, recorren un promedio de 25 cuadras para realizar la entrega. Pero los propios trabajadores afirman que comenzaron a asignar pedidos a más de tres kilómetros en bici. Si se niegan, suelen ser bloqueados por media o una hora.

“Queremos devolverle el tiempo a la gente”, declaró Matías Casoy, general mánager de Rappi Argentina. Y dijo que la meta es “ser la súper *app* que te permite hacer cualquier cosa”. Desde productos de supermercado y dinero en efectivo, hasta doctores a domicilio.

Medicamentos en la espalda

La propuesta de los *rappimédicos* despertó el reclamo de las asociaciones de profesionales, sobre todo la de los médicos privados (**AMAP**), que la definió como un caso testigo de “uberización” del trabajo. Sostienen que la iniciativa “demuestra cómo la prevalencia del pluriempleo y los magros salarios que hoy perciben los médicos habilitan a las empresas que se basan en la flexibilización laboral a incursionar en la salud”. Los pacientes, agregan, estarán expuestos a situaciones de fraude, “ya que no habrá otra entidad médica más que Rappi que confirme que quien fue a su domicilio es efectivamente un profesional de la medicina”.

“De concretarse esta amenaza para la salud será la forma más indigna de precarización laboral, implica lo peor de lo peor para la salud de los argentinos”, manifiesta el doctor Antonio Di Nanno, secretario Gremial de **AMAP**. “Primero porque no se sabe cuál es la entidad que respalde desde el punto de vista sanitario la actividad de estos *rappimédicos*. Segundo, ni siquiera está claro cómo va a desempeñarse: si va a llevar una caja con medicamentos en la espalda, si va a andar en bicicleta... Y tercero, los médicos que trabajen en esa condición van a estar absolutamente desvinculados de cualquier organización sindical que pueda apoyarlos y defenderlos. Es la forma más indigna de trabajo que se nos pueda ocurrir, con los médicos como un servicio más, como si repartieran empanadas; habla muy mal de las autoridades de un país que piensa la salud en términos del ‘qué me importa’, es casi perverso”.

El antecedente más cercano es la telemedicina, en constante crecimiento, sobre todo al amparo de las principales prepagas y aseguradoras de salud. En este sistema, el médico atiende pacientes a distancia, por celular o Skype, abaratando costos a las patronales y evitándoles consecuencias, ya que el profesional asume en la declaración jurada cualquier hecho de mala praxis o diagnóstico errado.

La flexibilización laboral (asociada desde lo discursivo a la “modernidad” y al “progreso individual”) es directamente proporcional al ajuste. Así, mientras promueve el acuerdo con Rappi, en Sanofi se intensifican los despidos. Desde la Asociación Agentes de Propaganda Médica (AAPM) enfatizaron que en el último tiempo, a pesar de ganancias superiores al 35%, “la compañía suiza Novartis y la francesa Sanofi han hecho públicas sus intenciones de efectuar despidos masivos. Además, varios laboratorios, entre ellos Elea, contaron con la complicidad del Gobierno para lograr herramientas de ajuste como el roceso Preventivo de Crisis, para maximizar sus ingresos a costa de los trabajadores”.



Las implicancias legales de la medicina digital



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

[11/10/2018]

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

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

El acto médico digital es acto médico

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

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

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

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

Hacia la *tecnosabiduría*

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

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

Actualización permanente, una exigencia imposible de cumplir

Existe una vieja tradición de los jueces que al momento de juzgar a un médico le dicen que pesa sobre ellos un deber de actualización permanente, que todavía se les sigue reclamando. Pero cómo podemos exigirle a un médico ese deber cuando en dos años, en 2020, la información médica se va a duplicar cada 73 días y cada uno de nosotros va a generar 1.000.000 de *gigabytes* de datos de salud. A modo de ejemplo, solo en 2016 se registraron 1.200.000 publicaciones científicas y médicas, lo que se conoce como *Teoría del Big Data*; el tiempo promedio de consulta va de 48 segundos a 2 o 3 minutos, es decir, la velocidad del giro de datos de salud hace imposible que cualquier profesional pueda estar siempre actualizado.

Ante este volumen de información, los procedimientos de inteligencia artificial, como Watson, van a ser muy positivos y muy favorables para los profesionales porque les va a permitir obtener en pocos minutos toda la información disponible en el mundo sobre una determinada



patología. Aún así sería imposible exigirle a un médico esa constante actualización con la cantidad de *big data* que existe hoy en el mundo y en nuestro país.

Riesgos y ventajas de la comunicación digital

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

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

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

Acoso digital a los médicos

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

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

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

Medicina digital vs medicina hipocrática

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

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

ÍNDICE

1. Introducción	2
Porque la AMAP se opone a esta telemedicina	3
2. Contexto	4
La banalización de la medicina nos conduce ¿hacia la destrucción de nuestra profesión?	5
3. Artículos centrales	9
Telemedicina. La AMAP repudia las declaraciones de la directora médica de Vittal	10
Atención médica telefónica. Las empresas pretenden desentenderse de responsabilidades frente a pacientes y médicos	12
Redes sociales y el problema de la privacidad de los pacientes	14
Nuevas modalidades de atención a distancia. No es medicina, es negocio	16
Algunas reflexiones sobre productividad, tecnología y emoción	19
3. Artículos complementarios	22
<i>Rappimédicos</i> : las <i>app</i> también quieren precarizar la salud	23
Las implicancias legales de la medicina digital	25



**ASOCIACIÓN DE MÉDICOS
DE LA ACTIVIDAD PRIVADA**

Personería Gremial 1721

- 📍 Santiago del Estero 354/360
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CP: C1075AAH
- ☎ (54 11) 4381-4737 / 0810-333-6908
- 📞 +54 9 11 5603 3633
- ✉ info@asociacionamap.org.ar
- 🌐 www.asociacionamap.org.ar
- 📘 SindicatoMédicoAMAP
- 🐦 SindicatoAMAP
- 📷 SindicatoMédicoAMAP
- 📺 Asociación de Médicos de la Actividad Privada