

ARTÍCULO ORIGINAL

Remuneraciones profesionales médicas

Elías Hurtado Hoyo,¹ Miguel Galmés,² Nora Iraola,³ Horacio A Dolcini,⁴ Jorge Yansenson,⁵ Hernán Gutiérrez Zaldivar⁶

¹ Presidente AMA. ² Secretario General AMA. ³ Presidente Tribunal de Ética para la Salud AMA.

⁴ Co-Director Código de Ética AMA. ⁵ Presidente Comité de Bioética. ⁶ Presidente Comité Peritos Médicos AMA.

Resumen

Desde que Aristóteles en su *Ética a Nicomaco* expresaba que "el fin que persigue el arte de la medicina es la salud" la profesión y la condigna remuneración de los médicos fueron consideradas en alta estima por parte de todos cuantos requerían de los servicios asistenciales médicos. Era sin lugar a dudas la del médico una de las profesiones más elogiosamente reconocidas y mejor remuneradas dentro de las variadas disciplinas humanas. En el presente trabajo se procura recrear la variable historia de las remuneraciones médicas y el particular detrato que ellas merecen en la actualidad en la República Argentina. Se hacen las consideraciones éticas, morales, laborales y legales sobre los conceptos remunerativos del médico y su discriminación cuando son considerados "honorarios" y cuando son considerados simplemente "salarios". Se concluye necesariamente que la histórica y merecida buena imagen del médico como agente de la salud se ha deteriorado y devaluado paulatinamente hasta llegar al presente en muchas comunidades a revestir el carácter de irrisoria, particularmente en lo atinente a su remuneración. Se toma en cuenta que en la actualidad la actividad médica depende no ya de sus pacientes asistidos, sino de terceros que offician como pagadores de las prestaciones, preocupándose las más de las veces por el superávit económico que por el superávit de la salud. La labor médica se ha convertido en un mero objeto de intercambio y contienda económica, abandonando el espíritu de solidaridad individual y social de la atención para la salud. La medicina pasó a tomar parte integral de un "complejo comercial – industrial" para la salud y todo ello sin considerar la formación humana y profesional del médico, su permanente incentivo en estudiar y agregar conocimientos a su arte y sin verificarlo como una entidad esencial como soporte natural en la salud de la comunidad. Se trata de abarcar todos estos contenidos y una vez más recomendar y aconsejar a nuestros pares, así como a las organizaciones científicas, gremiales y universitarias, que se actúe en conjunto para encarar todos estos temas en los distintos niveles que correspondan.

Palabras claves: remuneraciones médicas, honorario, salario.

Correspondencia: Elías Hurtado Hoyo
E-mail: presidencia@ama-med.com

Medical remunerations

Summary

Since Aristoteles wrote in his *"Etica a Nicomaco"* was expressing that "the end that chases the art of the medicine is the health...", the profession and the deserved doctor's remuneration were high esteem and consideration on the part for all those were needing of the welfare medical services. It was no doubt that the doctor, one of the professions more eulogistically recognized and best remunerated inside the varied human disciplines. In the present work one gets to recreate the changeable history of the medical remunerations and the individual mistreatment that they deserve at present in the Argentine Republic. There're done the ethical, moral, labour and legal considerations on the remunerative of the doctor and his discrimination among when it's considered to be "honorarium" and when are considered simply "wages". It concludes necessarily in that the historical and well-deserved good image of the doctor as a health's agent, has deteriorated and gradually devaluated, up to managing to the present in many communities to re-dress the character of derisory, particularly in the relating thing to his remuneration. It born in mind that at present the medical activity depends not already on his assisted patients, but of third that officiate as payers presentations, worrying more of the times for the economic surplus that for the health's surplus. The medical labor has turned into a mere exchange's object and economic contest, leaving the spirit of individual and social solidarity for the health's attention. The medicine passed to take integral report of a "commercial complex-industrially" for the health and all this without considering the doctor's human and professional training, his art and without checking it as an essential entity as natural support in the community's health. It's a question of including all these contents and once again recommending and of advising to our couples, as well as the scientific, trade-union and university organizations, that it should be operated as a whole of facing all these topics in the different levels that fit.

Key words: medical remunerations, honorarium, wage.

Introducción

En la sociedad el médico ha pasado de gozar de

una alta estima a estar desvalorizado en su trabajo. Los profesionales mayores sienten haber perdido la libertad y la dignidad como personas, mientras los más jóvenes "agradecen" trabajar por "bonitos". Los cambios en la forma de relacionarse laboralmente han modificado el ejercicio de la profesión. Participan de una crisis que afecta a todos los sistemas disminuyendo su calidad, eficacia, humanidad y honestidad. En las ciudades consiguen trabajar en varios empleos mal remunerados son trabajadores sin descanso. Muchos no tienen cómo implementar ni mantener sus consultorios. Atienden "cuanto más rápido mejor" consultas de 20 ó 30 pacientes. El médico perdió "su alma" porque está en todas partes y en ningún lugar sin tiempo para su formación profesional.³¹ De ser un instrumento para beneficiar al paciente ha sido convertido en un medio para acrecentar ganancias.

La "era de los terceros pagadores"⁴⁰ produce insatisfacción. No se logra un método que pondere con justicia el valor del restablecimiento de la salud y/o la conservación de la vida en relación con la retribución que le corresponde. La falta de unidad solidaria de los médicos hace que las compañías aseguradoras, los sindicatos y el Estado determinen el precio de su trabajo. Asimismo, al ofrecer cartillas cerradas le restan liberalidad al ejercicio médico. De este modo, los afiliados no pueden escoger el médico de su absoluta confianza.⁴⁰

La Asociación Médica Argentina (AMA)^{31,37,43} desea recordar y resaltar que los trabajadores de la salud tienen los derechos que le otorga la Constitución Nacional^{8,27,28,36} y los Tratados Internacionales. Propone a su vez abordar temas del Ejercicio Profesional pues afectan la Calidad de la Atención Médica al perturbar en forma manifiesta la acción del Equipo de Salud (EdS). El tema de las **Remuneraciones Profesionales Médicas** (RPM) posee una bibliografía escasa. Recién en los últimos años son analizadas en ambientes científicos. Pasaremos revista a algunos de los aspectos relacionados como prólogo de un futuro debate nacional que comprometa a todos los médicos e instituciones. La ponencia es abarcativa a todo el EdS.

II. Aspectos históricos

La evolución de las RPM la encontramos en el libro *Ética Médica*⁴¹ donde se consideran cuatro períodos. El primero, **época prehipocrática** o pretécnica, comprende tres etapas. La inicial es la prehistórica con una medicina primitiva, mágico-religiosa o sobrenatural. El médico era un chamán o hechicero, a la vez de sacerdote y brujo. El pago dependía de los resultados; si fracasaba ante un enfermo poderoso podía perder hasta la vida, pero si tenía éxito, aumentaba su poder social. Le sigue una etapa de medicina religiosa o teogonía. Dos mil años aC, en Babilonia, se consideraba a la enfermedad como un castigo divino, los médicos sacerdotes eran profesionales, sus retribuciones eran diferenciadas, el hombre libre pagaba más que el esclavo. Por los excesos

que cometieron los médicos, el Rey Hammurabi, hace 37 siglos, dictó un Código de Ética en el cual se reglamentaron sus retribuciones. Si fracasaban, debían pagar a costa de su integridad; si era por un esclavo, sólo debían indemnizar a su dueño. Este es el inicio de la **Responsabilidad Médica**.³ De esta etapa emerge la figura de Asclepio (Esculapio), alrededor del año 1250 aC, quien fue considerado como un dios. Incluso se le erigieron templos para venerarlo adonde acudían los enfermos. La curación se lograba a través de la "incubación o ensueño del templo". Se tenía el convencimiento de que durante el sueño asclepio, los curaba con sus poderes sobrenaturales. La retribución era considerada sacrilega, aunque al entrar al templo se echaban algunas piezas de oro en la fuente sagrada. Todos tenían que pagar excepto los pobres. En la tercera etapa la medicina pasa a manos de los ciudadanos y con ello se inicia la era técnica. En Grecia hacían de médicos artesanos adiestrados al lado de otros que decían haber heredado los conocimientos de los dioses. Cobraban, pues actuaban como profesionales. Las ciudades importantes tenían su propio médico cuyo salario era financiado con un tributo especial, el **Iatricón**. En el año 600 aC Charondas decretó que todo enfermo de Atenas tendría atención gratuita a cargo del Estado. Se trataba de una medicina socializada o estatizada.

El segundo período corresponde a la **época hipocrática**, SV aC. La salud quedó a cargo de los sacerdotes, uno de los cuales, Hipócrates, sería considerado el padre de la Medicina. En su Juramento no hace referencias específicas a RPM, excepto a la gratitud. En el *Corpus Hippocraticum* aconseja "no incurrir en un exceso de inhumanidad, sino atender los recursos del paciente", por lo que a veces se debe actuar gratis. Las pretensiones debían limitarse apenas a lo necesario para la perfección del arte, quizás influenciados por la tesis aristotélica de que el lucro es un vicio que sólo puede atribuirse a la injusticia.

El tercer período, **época poshipocrática**, del siglo IV aC al siglo XVII dC. En Roma los primeros médicos fueron esclavos de conocimientos muy rudimentarios. Luego recibieron a los griegos. Si sobresalían, se les eximía de pagar impuestos, no prestaban servicio militar, y, si eran escogidos por el emperador o por alguna familia importante, eran remunerados de manera generosa. El influjo hipocrático se mantuvo hasta bien entrada la Edad Media. El espíritu cristiano obligaba a curar de manera desinteresada al hermano enfermo; al ser ésta una buena acción que beneficiaba el alma. Es decir, se planteó en el marco de la filantropía. Los primeros hospitales eran refugios de enfermos "apestosos" (hospital de encierro) para apartarlos de los sanos. Los monjes asumieron suministrarles alimentos y medicamentos sin esperar recompensa alguna.

En el siglo IX, en Salerno, Nápoles, se funda una Escuela Médica con una actividad académica reglada con reconocimiento oficial y legalmente lucrativa. El nuevo médico juraba honrar a la escuela,

atender gratis a los enfermos pobres y no abrir tienda de boticario. Se inicia la profesionalización de la Medicina por influencia árabe. En el siglo XII se crean las Escuelas de Bolonia y Montpellier y en el siglo XIII se funda en París el Colegio de San Cosme y San Damián. Se establece una categorización o escala salarial diferencial dependiendo del rango o estatus del profesional y del paciente. Los egresados de estas escuelas eran doctores.

Al Renacimiento, siglo XII y siglo XIII, se lo considera como el inicio del hombre moderno. Las sociedades fueron orientándose hacia el capitalismo. La medicina se hace lucrativa, debiendo permitir el vivir bien y el perfeccionarse. En 1306 Mondeville, cirujano del Rey de Francia, recomendaba: "el cirujano que desee tratar en forma adecuada a sus pacientes debe, primero que nada, arreglar la cuestión de los honorarios". En el siglo XII el Concilio de Reims prohibió a los clérigos cobrar por servicios médicos. En 1243, por disposición papal, se prohíbe a los clérigos regulares estudiar las ciencias médicas, desapareciendo la gratuidad en la medicina. Por eso se afirma que los médicos que no cobran a sus pacientes son rezagos de la Edad Media. La prohibición eclesial se mantuvo vigente hasta 1983 cuando se promulgó un nuevo Código de Derecho Canónico.

III. Situación actual

El cuarto período comienza a fines del siglo XVIII hasta la fecha. Corresponde al pasaje de la medicina romántica a la pragmática. Las RPM dependen de las comunidades donde se actúa e influyen la industrialización y el socialismo.

En la Rusia zarista, con la liberación de los "siervos" en 1867, el gobierno les otorga asistencia médica gratuita a través del sistema Zemstvo (agro). La inflexión se produce en 1883 con la imposición en Alemania de las *Krankenkassen* o "Cajas de Enfermedad" por Otto von Bismark. Así el Estado alemán garantiza la atención a sus trabajadores. Otros países de Europa siguieron la colectivización como Austria, Gran Bretaña, Hungría, Noruega y Suiza. En ese período se definen las dos tipos de RPM que rigen hasta la fecha. El llamado **modelo socialista puro** (Estado) y los **modelos capitalistas** donde conviven las instituciones públicas, las obras sociales, las prepagas, el ejercicio privado y otras variantes. Cada una difiere en lo relativo a la fijación de RPM.

El modelo socialista puro persiste sólo en Cuba. El Estado otorga toda de la atención como único prestador; los médicos son funcionarios de tiempo completo, asalariados; no tienen libertad ni capacidad para fijar RPM; no hay afán de lucro. En los capitalistas es lícita la libertad de oferta y demanda. En el privado hay completa libertad para que el paciente escoja su médico y éste fije sus honorarios. Es el único verdaderamente liberal. La seguridad de que se cumplirá lo prometido se hace de palabra, de "confianza mutua"; no se acostumbra el contrato "condicionado".³⁵ Se presupone que el paciente es honorable, aunque nuestros maestros nos solían de-

cir que: "la gente rica se pone ropa modesta cuando va a consultar al cirujano".³⁰

La atención por la Seguridad Social se obtiene por aportes previos a las cajas de previsión y de compensación familiar. Beneficia a los usuarios y aligera la responsabilidad que el Estado tiene de responder por la salud de sus ciudadanos. En este modelo el médico es un asalariado que recibe RPM aceptables, generalmente negociadas por intermedio de un sindicato. No pueden cobrarles a los pacientes institucionales.

En el sistema de "capitación" la aseguradora le paga al médico una cuota fija mensual por cada paciente registrado a su nombre. Plantea un potencial conflicto de intereses si se recompensa económicamente al médico por la subutilización de servicios.

La asistencia hospitalaria puede ser estatal, mixta y privada. En las dos primeras las RPM son bajas por tratarse casi siempre de hospitales universitarios o de fundaciones sin fines de lucro. La mejor compensación suele ser acrecentar su experiencia y el ascenso académico.

La primera propuesta de asistencia prepagada fue organizada en 1771 en Francia por Bourru, pero fracasó. En 1929, los agricultores de Oklahoma establecieron una cooperativa prepaga para dos mil empleados de Aguas del Estado. La denominaron Corporación *Kaiser* en homenaje a von Bismark. El modelo se generalizó, pero se planteó el problema entre quienes podían pagar la cuota y los que no. Como respuesta el Congreso de EE.UU. aprobó en 1963 un programa de Seguro Médico Federal llamándolo **Medicare** para personas de 65 años o mayores y para discapacitados. Entre nosotros surgiría el PAMI. En 1965 el congreso aprobó otro seguro federal, el llamado **Medicaid**, para la atención de personas pobres y de sus familiares. Para la retribución de los RPM se aceptó un sistema basado en lo "Acostumbrado, Predominante y Razonable" (CPR), el cual resultó ser un fracaso administrativo financiero (pólizas de seguro, tecnología, medicina defensiva y costo de medicamentos), además de facilitar el abuso de algunos profesionales al percatarse del potencial del sistema. Se procedió a "congelar" las RPM, lo que generó una presión de los médicos para egresar al enfermo lo antes posible.

Por un subsidio gubernamental y de créditos se desarrolla la industria de la salud entre 1974 a 1983. Reagan abre el mercado a los inversionistas privados, quienes al inicio de la década del 90 habían logrado un crecimiento del 900%. Surgió el sistema de Medicina Administrada (**Managed Care**) con las aseguradoras *Blue Cross* y *Blue Shield*. Se convirtieron en los más grandes proveedores de seguro de atención médica privada de EE.UU. En 1992 se establece un nuevo esquema para estimar las RPM conocido como Escala de Valores Relativos Basada en los Recursos (RBRVS) con un listado codificado de prestaciones. Contempla el esfuerzo total del trabajo del médico, el tiempo empleado, la destreza, el esfuerzo mental, el estrés secundario al riesgo potencial del paciente, gastos del consultorio, los seguros, el tiem-

po invertido para obtener una especialidad y el tiempo empleado para calcular la remuneración. Como resultado surgió un "factor de conversión" por especialidad. Es parte de la reforma de las RPM aprobada por el Congreso estadounidense en 1989, conocida como la Ley Omnibus.⁴¹

IV. Situación en la Argentina

En nuestro país las formas de pago al prestador de salud dependen del sistema adoptado entre pagadores y el profesional actuante. En general esta relación es propuesta por los primeros, y salvo honrosas excepciones, aceptada sin posibilidad de discutir por el profesional de la salud.

La forma elegida de pago tiene importancia significativa en la relación costo-beneficio para ambos actores, permite estímulos, sub o sobreprestaciones, derivaciones o retenciones de pacientes/clientes, influye directamente en la relación médico-paciente, determina qué servicios se pueden solicitar (por costos y no por utilidad o resultados), puede incentivar conductas, influir en la motivación, etc. Las formas más comunes de RPM son:

Por salario con o sin relación de dependencia: el sistema fija un sueldo, en base a carga horaria, antigüedad, función y conducción. Sobre él se aplican los descuentos de ley. No hay posibilidad de modificarlo en forma individual. No depende del número de prestaciones. El importe se actualiza en paritarias entre el pagador y los representantes de los profesionales. Permite vacaciones, licencias por enfermedad, aportes jubilatorios, etc. Tiene para el sistema alta previsibilidad de gasto, permite una buena interrelación entre colegas, y no da lugar a la sobreprestación. No genera incentivos para el profesional. Puede llevar a disminuir horas de asistencia y subprestación. Es utilizado por Hospitales públicos y privados y por Sanatorios para su plantel estable.

Por prestación: es el grupo mayoritario. Existe un contrato (real o tácito) entre el empleador y el prestador. El pagador fija las RPM en forma unilateral a veces de acuerdo a un manual codificado y, si el profesional lo acepta, es incorporado a la cartilla de prestadores. El médico fija su consultorio, paga sus gastos y factura, generalmente una vez al mes, cobrando los honorarios a los 45, 60, 90 o más días. No se hacen aportes por el empleador y los impuestos corresponden al profesional. No hay vacaciones, ni enfermedades cubiertas, tampoco aportes jubilatorios. Puede ser dado de baja por el empleador sin explicación alguna. La RPM se fija sobre una unidad de prestación que es denominada Galeno cuyo monto lo establece el Estado nacional (Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico Sanatoriales. Ley 18912, Holmberg 1970. Ratificada por el Decreto 3115/75). El Galeno tiene un valor traducido en pesos de 0,24. No ha sido actualizado en años, por lo que los pagadores fijan la retribución en un número de Galeno por un múltiplo que actualmente se encuentra en 2 para los más bajos. En otros casos el empleador fija un monto de Galeno

propio. Se cobra por lo trabajado. Tiene como característica la alta productividad, la mejora la satisfacción del médico (depende del contrato que aceptó) y del paciente al poder elegir a su médico, lo cual mejora la relación médico-paciente. Favorece las demandas, no tiene control de gastos, permite sobreprestaciones, desestima la prevención a favor de lo asistencial y puede facilitar la concentración en determinados prestadores. Es el sistema más usado por las empresas de Medicina Privada, profesionales circunstanciales en Sanatorios y Hospitales de comunidad, etc. Existen variantes dentro de este modo de pago A) Por la crisis y el excesivo costo para el afiliado a la Medicina Prepaga se ofrece un sistema mixto donde el paciente paga al profesional un arancel (Copago) y el profesional factura el resto al empleador. B) En algunos casos los profesionales facturan a través de terceros, quienes mediante un arancel se encargan de representarlo ante el empleador tanto en la discusión de la remuneración como en la defensa de la fuente de trabajo. Este sistema es utilizado por Sociedades Científicas, siendo el mejor ejemplo el aplicado por la Asociación Argentina de Anestesiología. Otras sociedades que intentan imponerlos son Otorrinolaringología y algunas Sociedades Regionales de Cirugía como la Sociedad de Cirugía de San Luis. C) En la Provincia de Buenos Aires la facturación está tercerizada a través del Círculo Médico, entidad oficial que no representa al profesional, ni lo defiende en su labor como lo podrían hacer las Sociedades Científicas.

Por capitación: se determina un grupo social y se le asigna un profesional. Se fija un arancel por persona sin importar si la prestación es realizada o no. Se paga la disponibilidad y no el trabajo efectuado. Es utilizado para médicos generales y en pacientes ambulatorios. Es sencillo de administrar, no hay competencias entre profesionales y favorece una continuidad de la atención, pero como contrapartida se observa abuso de medios auxiliares, se transforma al profesional en "vendedor de recetas", no tiene incentivos y mayormente se busca satisfacer sin trabajar. Es la forma que utiliza PAMI para su prestación de servicios de salud.

Formas mixtas: a) salario y prestación pactada; b) salario y prestación con techo fijo y a partir del máximo de facturación se aplica un descuento a la facturación; c) pago por acto médico a entidades grupales de profesionales que luego reparten entre ellos la remuneración recibida, observable en servicios de imágenes, de cirugía, etc.

Los honorarios privados: fijados por el profesional no superan el 2% de todas las prestaciones. En general el paciente tiene una cobertura por una prepaga que el paciente utiliza para los estudios complementarios y gastos sanatoriales, mientras acepta el pago solicitado por su o sus médicos de confianza. Por excepción el paciente se hace cargo de todos los gastos. Casi todas las prepagas tienen planes que reembolsan al paciente los gastos generados por la actividad privada, total o parcialmente.

La cobertura de la atención de la salud en la Ar-

gentina está dada por las Obras Sociales (48%), Hospital Público (32%), PAMI (12,5%), Prepagas (6,1%) y Privadas (1,4%).

V. Aspectos ético-morales

Toda persona tiene el "derecho a trabajar" y tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado.²⁹ Dos grandes pensadores de la filosofía se ocuparon del trabajo. Hegel en la dialéctica del Amo y el Esclavo expuso el drama humano de la relación con el otro en la imposibilidad de una autoconciencia sin la mediación del reconocimiento del otro. Marx considera el **trabajo** como el medio para la realización del hombre en su esencia, la cual está referida a su **libertad**. Coinciden en el planteo dialéctico: el hombre no puede acceder a su condición de hombre libre sino en relación a otro y a su inserción social. El "**trabajo verdadero**" no se reduce al simple medio económico de vida. Su forma plena es la actividad libre y consciente como desarrollo del Ser. Si el trabajo se rebaja a medio de vida, la esencia del hombre se invierte, el hombre se "aliena". Marx postula tres formas de "alienación" en el "trabajo forzado": cuando se transforma en simple medio para satisfacer sus necesidades biológicas; cuando el producto no le pertenece; y cuando no puede elegirlo libremente. El trabajo en lugar de constituir un "fin" ha pasado a ser un medio para producir mercancías, ofreciéndose como una mercancía más, por lo cual el hombre que lo efectúa se convierte en mercancía. Cabe agregar también que Marx propició la reivindicación de la "clase trabajadora".²⁸

Nadie puede ser obligado a trabajar sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo como pena judicial. Es recomendable hablar con franqueza sobre los RPM a cobrar de forma anticipada con el paciente o con quien se haga responsable de su pago.³¹ La única excepción es la urgencia. El médico al cumplir su labor con ética tiene todo derecho a exigir que se le cumplan también sus derechos.^{38,39} Un acto médico, con la sublimidad de un acto litúrgico por lo sagrado de la vida humana, debe realizarse por igual a todos los pacientes.^{1,2,4,5,9,11,14,32} Lo que recibe el médico por su trabajo es algo éticamente válido pues se ciñe al principio de justicia que establece que todo trabajo debe ser remunerado, bien sea en dinero, en especie o en gratitud pura. Moralmente los servicios médicos no tienen precio, hay que cotizarlos con el cerebro y con el corazón.^{16,29}

En la modalidad de prepagas el usuario es el único aportante y las compañías aseguradoras las intermediarias. Son tres las partes que intervienen como protagonistas: el inversionista o intermediario, el usuario o paciente, y el médico o instrumento. Todos son susceptibles de juzgamiento ético por la comercialización de la salud. A pesar de un fin moral bueno, están en juego intereses comerciales. El copago o bono diferencial tiene un contenido de justicia al tener en cuenta la condición económica y social del paciente.⁴⁰

Para la Doctrina Social de la Iglesia "*la remuneración del trabajador debe ser suficiente para permitirle junto a su familia una vida digna en el orden material, social, cultural y espiritual, teniendo en cuenta el cargo y la productividad de cada uno, la capacidad del establecimiento y el bien común*". Según este concepto, para que el salario sea justo debe satisfacer las necesidades vitales, salvaguardar la dignidad del trabajador y de su familia, respetar la productividad de cada trabajador, la situación de la empresa, y las exigencias del bien común. En los "Doce Principios de Atención de la Salud en cualquier Sistema" la Asociación Médica Mundial establece que las RPM no deben ser determinadas sólo por el organismo encargado del pago o por decisiones unilaterales del gobierno, sino que deben ser aceptables para el grupo que representa a la profesión médica.³³

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en su Art 23: "toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual, y toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualquier otro medio de protección social".

También coinciden con estos principios la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966).^{13,21}

En el **Código de Ética para el Equipo de Salud** de la AMA (2001) (www.ama-med.org.ar) se hace franca referencia al tema en varios capítulos. Se transcribe el capítulo específicamente dedicado a las RPM:¹⁷

Libro II. Del Ejercicio Profesional. Cap 17: De los Honorarios:

Art 302.- Los Miembros del Equipo de Salud tienen derecho a una retribución económica por su trabajo, dado que el mismo constituye su forma normal de subsistencia. El servicio que brindan debe beneficiar al que lo recibe y a él mismo, nunca a terceros que pretendan explotarlo comercialmente. Art 303.- Los honorarios que reciban deben ser dignos, independientemente de que el pagador sea el Estado, una Obra Social, una Prepaga o el mismo Paciente. Art 304.- Los miembros del Equipo de Salud que actúen como responsables finales, Jefe de Equipo, en cualquiera de los Sistemas de Atención de la Salud (pública, obras sociales o privadas) deberán velar para que el Equipo de Salud reciba honorarios profesionales dignos. Art 305.- Los honorarios del Equipo de Salud pueden constituir un motivo de conflicto entre partes, razón por la cual la conducta profesional debe ser cuidadosa en forma especial en este aspecto. Art 306.- El Equipo de Salud deberá fijar sus honorarios teniendo como base los siguientes criterios: Inc a) Honestidad, sentido común y la equidad social que hayan sido normas de su profesión; Inc b) Experiencia médica y prestigio científico; Inc c) La situación económica y social del paciente, excepto en aquellas situaciones donde existen honorarios establecidos contractualmente. Art 307.- Los honorarios del Equipo de Salud deberán ser pactados previamente con los pacientes de acuerdo a cada integrante y cobrados en forma individual por quien corresponda de estos. Es grave falta ética retener honorarios de colegas bajo cualquier pretexto. Art 308.- Constituye falta de ética el cobro de honorarios en forma fraccionada por actos suplementarios que transforman al acto médico en un proceso

mercantilista, excepto que hubiese sido pactado previamente dada las variables terapéuticas que plantean ciertas enfermedades. Art-309.- Es un proceso contrario a la ética la práctica de la participación de honorarios por acuerdo entre profesionales entre sí o con laboratorios, centros especializados u otras entidades remuneradas. Art 310.- Cuando un miembro del Equipo de Salud tiene relación contractual o de hecho con una entidad de servicios tanto pública como de obra social, prepaga o privada, no deberá percibir ningún pago directo del paciente, excepto que un convenio previo lo explice. Tampoco deberá sugerir al enfermo que se convierta en su paciente privado. Art 311.- Es una falta grave a la Ética en toda la atención pública y gratuita participar activamente en la recolección de fuentes de financiamiento para el Ente Recaudador (sea el Estado, Cooperadoras u otros) que no están previstos por la Ley. Art 312.- Constituye grave falta de ética e inclusive hasta llegar a ser violatoria de las normas del Código Civil realizar declaraciones inexactas en la documentación, sean ellas para beneficio propio, del paciente o de ambos. Art 313.- Las situaciones denunciadas en relación al aspecto de los honorarios constituyen materia de los Comités de Ética a nivel institucional y oportunamente de la entidad profesional gremial, quienes procederán de acuerdo a sus atribuciones legales. Art 314.- La atención gratuita debe limitarse a los casos de parentesco cercano, amistad íntima, asistencia entre colegas y pobreza manifiesta. En esta última situación no es falta de ética negarse a la asistencia en forma privada, si existiera en la localidad un servicio asistencial público, y que la posibilidad del acceso al mismo sea oportuna. Art 315.- La presencia en un "acto médico" de un miembro del Equipo de Salud a pedido del enfermo o de la familia, en un acto prestacional por terceros, siempre da derecho a honorarios especiales. Art 316.- Las consultas por carta, correo electrónico o algún otro método a desarrollar, que generan la opinión y toma de decisiones del profesional, deben considerarse como atención en consultorio y dan derecho al cobro de honorarios. Art 317.- En el caso del no cumplimiento por parte del paciente o su familia o de las instituciones de cobertura a las que pertenezcan, de los compromisos pecuniarios generales por la atención profesional, puede hacerse el reclamo por vía judicial sin que ello afecte en forma alguna el nombre, crédito o concepto del demandante. Es conveniente pero no obligatorio, ponerlo en conocimiento de la entidad profesional gremial correspondiente o pedir a ésta asesoramiento para la presentación legal ante la Justicia".

Es interesante comentar que Pérez al analizar cincuenta juramentos médicos pertenecientes a distintas épocas encuentra que sólo 3 (6%) expresan específicamente el compromiso de RPM justas.³⁸ La tecnificación despojó al médico de su papel central con pérdida de la jerarquía profesional. Pasó a ser un "elemento" más en la cadena de la atención. Desaparece, en consecuencia, la autonomía. Conduce inevitablemente a la pauperización de la actividad profesional. Es más apropiado hablar de **retribución por el trabajo**, definiéndola como "la remuneración, en dinero, que el médico recibe por la prestación profesional". Tener presente que el EdS hace de su profesión su medio de vida empeñando y comprometiendo su dignidad.

VI. Aspectos laborales y legales

No es lo mismo "honorario" que "salario". Jurí-

dicamente el salario es "la retribución al trabajador dependiente" o la "contraprestación del trabajo subordinado". Es la cantidad de dinero con que se retribuye a los trabajadores manuales. Corresponde a la remuneración del factor trabajo cuando éste es proporcionado por un sujeto dependiente y ligado por medio de un contrato, escrito, verbal o tácito. El salario se paga en fechas fijas por día (jornal), por semana o por mes (suelo). Su monto se fija en el mercado de trabajo. El vocablo honorario significa: que sirve para honrar a uno; gaje o sueldo de honor; y remuneración que se da a uno por su trabajo en algún arte liberal. Una diferencia crucial separa al "honorario" del "salario" pues en el primero los términos del contrato los estipula el que percibe la remuneración, igual que las condiciones para realizar la tarea.^{29,30} La relación es contractual ya que depende del médico la prestación y estará a cargo de quien recibe la prestación la obligación de pago por ese servicio. No hay aranceles oficiales vigentes para la actividad privada.

Existen gran variedad de contratos como el del "bien decir" y el denominado "contrato perverso". El Art 14 bis de la CN legisló que *"el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador, retribución justa, salario mínimo vital y móvil, igual remuneración por igual tarea"*.⁸ El EdS en su condición de trabajador tiene dichos derechos a igual que los establecidos en los Arts 14 Bis y 75 inc 22, que incorporan las condiciones dignas y equitativas de labor, a la protección contra el despido arbitrario, a participar en la actividad sindical, a gozar de los beneficios de la seguridad social, y otros.^{13,35} La presunción de onerosidad resulta del Código de Comercio (Arts 52, 81, y 218 inc 5), y del Código Civil, el cual en el Art 1627 establece que:

"el que hiciere algún trabajo, o prestare algún servicio a otro, puede demandar el precio, aunque ningún precio se hubiese ajustado, siempre que tal servicio o trabajo sea de su profesión o modo de vivir".⁷

En el derecho civil se denomina al trabajo como una **"locación de servicios"**.¹³ En la legislación laboral el concepto legal de "remuneración" está dado por la Ley 20.744 Art 103:

"A los fines de esta ley se entiende por remuneración la contraprestación que debe percibir el trabajador como consecuencia del contrato de trabajo. Dicha remuneración no podrá ser inferior al salario mínimo vital. El empleador debe al trabajador la remuneración, aunque éste no preste servicios, por la mera circunstancia de haber puesto su fuerza de trabajo a disposición de aquél".

La obligación de pagar RPM prescribe a los 2 años de efectuada la prestación (Art 4032 CC). En caso de desacuerdo serán fijados teniendo en cuenta los aranceles existentes, la jerarquía del profesional, la importancia de la prestación y la situación económica del enfermo. Se denomina privilegio, según el Art 3875 del CC, al derecho preferencial que tiene un acreedor para cobrar un crédito. Los RPM gozan de preferencia de pago como crédito privilegiado (Art 3880 CC). Los médicos pueden recibir donaciones (Art 1789 CC) y legados (Art 373 CC) de sus enfermos.³⁵

Es interesante observar cómo otras profesiones tienen bien definidas las RP. El Congreso Nacional por la Ley 21839 establece las RP que les corresponden a los abogados ante una litis, como a procuradores, peritos, síndicos, liquidadores y demás auxiliares de Justicia. La Ley N° 12724 define una Escala de Valores para los Contadores Públicos. Los arquitectos se rigen por el Arancel de Honorarios para la Jurisdicción Nacional establecido en el Decreto Ley N° 7887/55 y sus anexos, que están aprobados por la Resolución 6/97 del Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo. Así podríamos seguir, sin comentar las prebendas de los políticos y de los dirigentes sindicales, como no pagar impuestos, jubilaciones de privilegio y otros. Esto es para meditar profundamente.

VII. Comentarios

Según la etimología "trabajar" proviene del latín tardío *tripaliare*, a su vez derivado de *tripalium* que consistía en un instrumento de tortura. El saber no es trabajo, se hace trabajo con el saber. Al entrar en el mercado, el hombre vale por su trabajo. Existe el malestar en la cultura del pago de honorarios. En este sentido, el sufrimiento es un "hecho" en el momento de pagar los "honorarios".²⁶

La legitimidad social de la autoridad médica corresponde a un acto consensual de una comunidad. Existe una dependencia de la población por el conocimiento específico y por la necesidad de la receta o prescripción médica, los certificados de salud, los informes para reembolsos de gastos, las licencias de trabajo, los certificados de defunción y la demanda de internación. La hospitalización genera la mayor dependencia a esa "autoridad".³⁴

Mark Siegler distingue tres etapas en la evolución de las RPM en la medicina occidental. La inicial, la "era del doctor", comprendió desde el año 500 aC a 1965 dC cuando el criterio del médico era decisivo. La segunda, la "era del paciente", fue de corta duración, de 1965 a 1983, año en que se convierte en ley un sistema de pago basado en el diagnóstico y conocido por las siglas DRG's (*Diagnostic Related Group*). La tercera es la "era de los terceros pagadores".

En las dos primeras, el médico y el paciente decían de manera conjunta los honorarios sin influencias externas. En la actual, la decisión cambió de quienes proveen la atención, médicos e instituciones, y de quienes la reciben, los pacientes, hacia los que pagan. Los pagadores comenzaron a demandar rendición de cuentas a proveedores y pacientes, los cuales ven limitada la libertad de decisión según los criterios de eficiencia social e institucional. Los costos se convirtieron en el elemento central para la toma de decisiones médicas.⁴⁰

Patitó nos señala las diversas modalidades de RPM: por sueldo, por prestación, por capitación, por tiempo de prestación, por participación en los ingresos, por módulos, por nomenclador, por contrato, por concesión de servicios, directamente del pacien-

te, por la labor pericial, por el asesoramiento público o privado.³⁵

Los psiquiatras han abordado el tema con claridad. Freud, en 1913, alertó sobre la hipocresía de "creernos santos", y de la necesidad, desde el inicio, del cobro de "honorarios" como medio de una renuncia al goce indispensable para ocupar el lugar del analista y actuar en consecuencia. Las premisas de Hegel y Marx sobre el trabajo y la libertad del hombre sirven de base a la reformulación de Lacan de la categoría de plusvalía aplicada al campo propio en el "plus de goce". El "honorario" constituye uno de los pilares esenciales para el sostén y eficacia del tratamiento psicoanalítico.²⁶ Insúa J nos habla del "empleado-médico", y, de ser la única variable del control de gastos del sistema.²⁵ Coincide en que "a la superpoblación de médicos proletarios se les exige un servicio que viola sus principios de honestidad y que atenta contra la tranquilidad de su conciencia". Langoni plantea el deshonor del *ad honorem*.²⁶ Nos recuerda la relación entre la resistencia al pago de honorarios y su origen sexual, y, como lo subrayara Freud, la equivalencia fálica del dinero, las heces, el pene, el niño, el regalo. El "honorario" toma su función, pues, si el "salario" en su "valor de cambio" acalla el goce fálico, el "honorario", en su "valor de uso", va "más allá", pagando como "plusvalía" el "plus de goce".²⁶

Destacamos por lo dimensionable el trabajo de Sereday de 1987 en el área quirúrgica, en el cual su autor hace un análisis pormenorizado del número de operaciones y del tiempo que le insume a un cirujano para poder solventar una canasta familiar digna. Sin comentarios.⁴²

Para Maya Mejía las RPM que las empresas ofrecen son demasiado exiguas e incluso a veces insultantes para el rango académico y social de los profesionales; por ello puede decirse que en un sentido histórico desaparecieron.³³ Señala además que para rotularlas como justas deberían ser equitativas para todos los actores. No es bueno para el país que el dominio del sector salud esté sujeto a las fuerzas económicas, pues en su afán de lucro pueden olvidar el objetivo de la medicina: aliviar el sufrimiento humano.

Dolcini H valora el trabajo profesional según la confiabilidad, la reproducibilidad, la consistencia y la validez del acto médico.^{9,10} Señala que se afectarán las futuras RPM por el aumento del número de médicos, la disminución del prestigio social, el surgimiento de nuevas tecnologías y procedimientos, la creación de nuevas subespecialidades, la existencia de sistemas de atención organizados como consumo y producción, y el reconocimiento de que la atención hospitalaria no puede seguir siendo "totalmente gratuita", si se quiere prestar una atención de buena calidad. La comercialización de la medicina desvaloriza la profesión.^{12,29}

Los terceros pagadores con su poder político, sindical y/o económico, encuentran en la falta de unidad y de solidaridad de los médicos un terreno favorable a sus intereses políticos y de lucro. Falta un

proyecto conjunto de acción con una estrategia de implementación que genere un cambio de actitud personal y colectiva despojada del egoísmo, de indiferencia o de necesidad.¹⁵

El objetivo de un sistema con fines de lucro es aumentar los beneficios económicos de sus inversionistas. Puede hacerlo con estrategias legales como disminuir la oferta de servicios a los asegurados y violar los derechos del enfermo, y, a la vez, remunerar de una manera injusta. De la medicina prepagada se ha llegado a decir que *"no pretende el bienestar del paciente, sino que convierte a éste y al médico en simples elementos de ganancia comercial, sobre todo, con la explotación o utilización del médico para ofrecer servicios de salud baratos o, por lo menos, a precios razonables"*.³⁴

Al auditar **los programas de residencias médicas**, públicas o privadas, se comprueba que se han desviado del objetivo de su creación. La mayoría de las veces son utilizados como mano de obra barata, renovable periódicamente y muy alejados del orden laboral vigente. Aparte el aprendiz-residente-alumno debe pagarse su capacitación, su seguro de praxis médica y velar por su salud.^{6,35} Lo mismo ocurre con las RPM de los docentes universitarios en cualquier rol, públicas o privadas. Además, en las privadas los docentes son designados, por períodos cortos en cada cursada, sin continuidad laboral. Se ha entrado en otro sistema muy peligroso, el de la "industria de la educación", que no vamos a analizar en esta comunicación.

El mantener RPM no adecuadas repercute como un gran **Riesgo para la Salud Pública** de la población, pues lleva irremediablemente a: rotura de la relación médico-paciente; rotura de la relación médico-institución; pauperización de la atención; no tener tiempo para descansar ni para capacitarse; ni dinero para lo mismo; aumento del "error médico"; mayor avance de la medicina defensiva e innecesaria; sensación de estar trabajando en un medio hostil socio-económico-legal-mediático;^{15,23} competencia exagerada; insatisfacción profesional por los sistemas de atención; exigencias de alto rendimiento con falta de recursos; burocratización de los servicios; cediendo a su persistente actitud de concientización prescriptiva, y otros. Estos hechos influyen sin duda en el comportamiento ético del EdS dando origen a la "deshumanización del ejercicio de la medicina".²⁰

El peligro de las malas RPM son las **Salidas Erróneas** o desvíos que el EdS puede cometer como respuesta defensiva "de sobrevivencia" equivocada. Entre ellas destacamos el no cumplir convenios, la sobrefacturación, generar sobreprestaciones en contra de la calidad de la atención, ceder ante la persistente concientización prescriptiva, aumentar el número de horas de trabajo en detrimento de su descanso, buscar honorarios fuera del convenio contractual, generar conductas no éticas en su competencia laboral, venta encubierta de productos en convivencia o no con algún eslabón de la cadena industrial (medicamentos, descartables, prótesis, instrumental) y otras.²⁰

Hacia fines de siglo junto al deterioro de las RPM

comenzaron a producirse en nuestro país otras situaciones que afectaron nuestra actividad y generaron la necesidad de enfocar nuestras actitudes desde otro ángulo. En 1991 la AMA logró, junto a otras organizaciones, el Veto Presidencial a la Ley que unificaba los Códigos Civil y Comercial, que incorporaba la "inversión de la carga de la prueba". Por el Decreto 150-1992 referido a los genéricos, la AMA señaló que se corría el riesgo de entregar a la población productos de mala calidad dada su casi no existencia; asimismo permitía la importación de drogas a granel. El gobierno analizó nuestra posición, anuló el decreto y creó en septiembre del mismo año la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías (ANMAT). En 1993 sobre la Ley de Patentes defendimos el derecho de la propiedad intelectual y al trabajo argentino. En el 2002 dimos opinión sobre la utilización de Medicamentos del Decreto N° 486 de Emergencia Sanitaria. El Congreso de la Nación en la Ley N° 25649 tuvo en consideración lo solicitado por la AMA y, frente al factible cambio de la receta del médico sin autorización, la responsabilidad legal por este hecho se trasladó al farmacéutico. Dada la gravedad que alcanzaban estas leyes y decretos afectando nuestra actividad, la CD decidió cambiar sus Estatutos en una Asamblea Extraordinaria para autorizar a incursionar en temas del Ejercicio Profesional respondiendo a múltiples inquietudes de socios y de sociedades científicas propias y amigas. Se modificó el Art 2° inc f): *"Representar a sus asociados ante autoridades públicas y/o privadas en orden de defender sus incumbencias médicas y la justa retribución de sus servicios"*. Fue registrado en la Inspección General de Justicia en el 2002.²²

Para graficar la situación actual desde el punto de vista didáctico tratamos de transmitir en el cuadro adjunto un mensaje que reúne los riesgos generados entre las RPM y los juicios por presunta mala praxis:¹⁶

HONORARIOS PROFESIONALES

EHH. Congreso Argentino de Cirugía.2001
EHH. Ética y Realidad en Salud. Rev Asoc Med Argent 2004. 117;3: 23

LIQUIDACIÓN - OFERTA – SALE

COMPRE un JUICIO de RESPONSABILIDAD LEGAL

ENTRE 100.000 a 1.000.000 de DOLARES
por SOLO \$2 la CONSULTA
QUE UD COBRARÁ en los PRÓXIMOS 6 MESES

INDUSTRIA DE LOS JUICIOS

Recordemos que en el sistema laboral el "asalariado" es la persona que tiene menos responsabilidad legal dentro de un conflicto, salvo que de forma evidente haya actuado con dolo, es decir, con el conocimiento y conciencia del perjuicio que provoca en de-

trimento de un tercero damnificado. Por el otro lado la Ley determina que el nivel de responsabilidad aumenta a mayor preparación intelectual de una persona. Estos planteos marcan el grado de indefensión del médico. Hay una clara incongruencia en la actividad del médico, pues mientras se ha transformado en un "asalariado" de los distintos sistemas, mantiene la máxima responsabilidad penal y civil por sus actos. Pensamos que se debe seguir aceptando la postura de responsabilidad plena, pero que deben modificarse los RPM. Es interesante conocer que por un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia de EE.UU. se eximiría a las Obras Sociales de la responsabilidad legal por los actos de sus prestadores.

El tiempo pasa y la situación no cambia, es más, debemos aceptar un agravamiento de estos considerandos. El EdS debe buscar detener la "caída al vacío" de su jerarquía en la Sociedad y definir la categoría moral que tienen las RPM. Desde allí se reiniciará el camino decoroso que corresponde. Por todo ello reiteramos las **Propuestas** que planteamos en el año 2001 para defender sus derechos laborales.^{16,20} Son todas sencillas, pero difíciles de conjugar: trabajar para lograr la unidad de los profesionales comprometiendo a las universidades, a las organizaciones científicas, y, a las organizaciones gremiales; influir (*lobby*) a nivel Legislativo (Congreso Nacional y/o Provinciales y/o Municipales), y, en el Ejecutivo (Salud, Trabajo, Hacienda, Acción Social, otros); los terceros pagadores deben hacerse cargo de la capacitación del EdS, como de los seguros de responsabilidad legal por el actuar en los lugares laborales de su propiedad; el EdS debe reivindicar unas mejores retribuciones de las mismas de parte de los terceros pagadores. También es necesario replantear carreras profesionales que permitan garantizar buenas condiciones de trabajo y obtener una mejor compensación económica por un solo empleo. En ciertos casos se debe rescatar la motivación de algunos médicos a mantenerse actualizados y su compromiso por el bienestar común. Es imprescindible conservar la dignidad y los valores morales de la profesión médica para hacernos acreedores del reconocimiento de la población por nuestro trabajo. El camino a recorrer es largo, pero no imposible.^{16,18,19,20,24}

VIII. Conclusiones

Si bien el médico sigue teniendo una función social, es menester tener presente que su imagen se ha deteriorado y devaluado.

El médico ha perdido la capacidad de decisión sobre el manejo de sus pacientes.

Es imprescindible aceptar lisa y llanamente que la medicina dejó de ser una profesión liberal.

En el 98% de su actividad el médico depende de terceros pagadores, Estado, obras sociales, mutuales, prepagas y otras, de los que recibe variadas remuneraciones profesionales, no honorarios.

El gremio médico está a merced de las "fuerzas del mercado", de la "oferta y la demanda", incluso del Estado a través de las Instituciones de Seguridad Social.

La medicina administrada abandonó el espíritu de solidaridad social que la generó para pasar a formar parte integral del "complejo comercial-industrial de la salud".

Los terceros pagadores deben hacerse cargo de la capacitación y de la salud de sus empleados médicos.

Los terceros pagadores deben hacerse cargo de los seguros de "mala praxis" de sus empleados médicos, por el accionar en sus entidades.

Las organizaciones científicas, gremiales y universitarias deben actuar en conjunto.

Como trabajador asalariado el médico no debería tener responsabilidad plena de la tarea encomendada.

Los médicos deben comenzar a recorrer el camino para obtener los mismos beneficios que han alcanzado otras actividades.

Bibliografía

1. Basile A: "Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética". Ed El Ateneo 2001;41:44.
2. Beauchamp TL; Childress JF: "Principios de ética biomédica". 1999. Edit Masson. Barcelona.España.
3. Bidart Campos G; Macagno A; Hurtado Hoyo E y otros: "Responsabilidad legal del médico". 1996. BiblDigit.AsocMédArgent.
4. Callahan D; Jennings J: "Ethics and Public Health: forging a strong relationship". Amer J Public Health 2002; 92:169.
5. Cataldi Amitrain RM: "Manual de Ética Médica". 2003. Ed Univ. Buenos Aires.
6. Cataldi Amitrain RM: "Educación Médica: ciencia, técnica y arte". Impresiones Buenos Aires.Editorial 2008.
7. Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires. A-Z Editora 2002.
8. Constitución de la Nación Argentina, Buenos Aires. A-Z Editora 2002.
9. Dolcini H; Yansenson J, y col: "Ética y Bioética para el Equipo de Salud". 2004. Edit Akadia. Buenos Aires.
10. Dolcini HA: "Remuneraciones profesionales en el área de la Salud: una propuesta para su actualización". Rev-SocÉtica en Medic 2000;5:12.
11. Ferrer Lues M: "Equidad y justicia en Salud. Implicancia para la bioética". Acta Bioethica 2003;1-113.
12. Garín H: "Contratos de locación ¿nueva forma de explotación del trabajo médico?" Salud para todos. Buenos Aires 7,73, 8/1999,3-5.
13. Garay O: "Los derechos de los profesionales del Equipo de Salud". Rev Asoc Médi Argent 2005;118, 2:4-21.
14. Garay, OE: "Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas". Ed Errepar 2009. BsAs.
15. Hurtado Hoyo E: "Responsabilidad Legal del Jefe del Equipo Quirúrgico". Rev Asoc Méd Argent. 1994;107: 25-27.
16. Hurtado Hoyo E: Mesa Redonda."Honorarios Profesionales". Coord E Beveraggi. 72º Cong Argent Cirugía 2001 (sin publicar).
17. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J, y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". Ed Prens Med Arg. 2001. Traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, italiano y japonés. www.ama-med.org.ar.

18. Hurtado Hoyo E: "Peritos Médicos". Editorial. Rev Asoc Méd Argent 2002;115, 2:3-5.
19. Hurtado Hoyo E: "Programa de Recertificación de la AMA". Editorial. Rev Asoc Méd Argent 2002;114,3:3-5.
20. Hurtado Hoyo E: "Ética y Realidad en Salud". Rev Asoc Méd Argent. 2004;117, 3:23-32.
21. Hurtado Hoyo E: "Hacia la declaración de los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud". Rev Asoc Méd Argent. 2004;118, 2:7.
22. Hurtado Hoyo E; Galmés MA:"Colegio Médico". Editorial. Rev Asoc Méd Argent. 2006;119,1:3-6.
23. Hurtado Hoyo E; Gutiérrez Zaldivar H; Iraola N; Rodríguez de Salvi AL: "El Síndrome Clínico Judicial". Rev Asoc Méd Argent. 2006;119,4:8-16.
24. Hurtado Hoyo E: "Bioética crítica: rol de las instituciones científicas". Rev Asoc Méd Argent. 2007;120,4:7.
25. Insúa JA: "Retribución al médico". Bol Acad Nac de Medicina. Bs As. 1997;75:675.
26. Langoni de Perera G: "Una cuestión de honor: los honorarios". Rev Psicoanálisis. 1991. XLVIII, 619-630.
27. Ley N°17132. Ejercicio de la medicina.
28. Livellara, CA: "Derechos de los trabajadores". Derecho Constitucional de la Reforma. 1994. Ed Depalma, Mendoza. 1995, 299.
29. Lobo Luiz CG: "La ética de la remuneración médica". EducMedSalud. 1985;19:2,337.
30. López-de la Peña XA: "Honorarios médicos profesionales". Gac Med Mex. 1999;Vol 135.2.
31. Martínez Marull A: "Responsabilidad Ética y Jurídica de las Instituciones Médicas". Relato. 59° Cong Argent Cirug. N° Extraord. 1988,57.
32. Mainetti JA: "Bioética en la atención de la salud". Quirón. 2006.37:1/2.63-67.
33. Maya Mejía JM: "Los honorarios de los profesionales de la salud". Edit Rev CES Medicina. 1995;Vol 9,1:5-7.
34. Morales-Landeo E: "La ética del honorario médico". Acta Méd Peruana. 2004;Vol XXI,1:54-57.
35. Patitó JA; Lossetti OA; Trezza FC; Guzman C y Stingo NR: "Tratado de Medicina Legal". Ed Quórum. Bs As. 2003;VI:83-90.
36. Pérez Hualde D J: "Derechos individuales en la constitución nacional, en Derecho constitucional de la reforma de 1994". Ed Depalma, Mendoza, 1995, p. 210.
37. Pérez Tamayo R: "Ética médica, salud y protección social". 2005. Rev Salud Pública. México: 47.3.
38. Pérez ML; Rancich AM y Gelpi RD: "Compromiso de retribución justa en los juramentos médicos". Rev Asoc Med Bras. 2004;50(3):338-343.
39. Potter VR: "Bioethics Perspectives in Biology and Medicine". 1970;14:127.
40. Sámano Guerra FJ; Fernández González H: "Los honorarios médicos en la era de los terceros pagadores". Med Univ. 2002;4(15):116.
41. Sánchez Torres F: "Honorarios médicos. Aspectos históricos y éticos" En Temas de Ética Médica. Ed Seguros Médicos Voluntarios. Colombia. 1990. Inet Colombiana. 1998. <http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo XVIII.htm>.
42. Sereday CE; Nápoli O; Smilasky G y Torlaschi CR: "Estudio comparativo de remuneraciones profesionales". RevArgenCirugía. 1985.49;297.
43. Wikler D: "Presidencial Address; bioethics and social responsibility". Bioethics. 1997.