

---

# Boletín del SMU

Órgano oficial del Sindicato Médico del Uruguay - Editado por el Comité Ejecutivo del SMU - Año I - Nº 1 - 9 de octubre de 2000

---



Asamblea General del SMU rechazó su contenido y reafirmó propuestas gremiales (página 2)

## **Presupuesto del MSP: insuficiente e ineficiente**

Documento del SMU ante la Comisión de Diputados (página 3)

## **Las propuestas omitidas en el Presupuesto**

Proyecto de Ley de Presupuesto remitido por el Poder Ejecutivo al Parlamento (páginas 5, 6 y 7)

## **Inciso 12: lejos de toda esperanza**

Resoluciones de la Asamblea General  
Extraordinaria del SMU del 03.10.00

## PRESUPUESTO DEL MSP: rechazo y reclamos del gremio médico

- Encomendar a la Mesa y miembros de la Comisión del Subsector Público, para establecer contacto con integrantes del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo, a fin de explicitarles el rechazo del gremio a este proyecto de ley y solicitar se modifique el articulado, a los efectos de contemplar los reclamos planteados por el SMU a la Comisión de Presupuesto integrada con la de Hacienda, el día 19 de setiembre próximo pasado.
- Declarar todos los cargos médicos de las unidades móviles del SSAE en conflicto y también la de los otros sectores afectados por el Decreto 193/2000.
- Exigir el reintegro inmediato de la Dra. Raquel Zundl.
- Citar en forma urgente a los directores del SSAE, Dres. Vázquez y Guillén al Comité Ejecutivo para que expliquen el despido, por telegrama colacionado, de la Dra. Raquel Zundl, en el sentido de que además pone en peligro las buenas relaciones entre colegas.
- Apoyar en todos sus términos las reivindicaciones planteadas por la Sociedad de Anestesiología del Uruguay expresadas en el documento que se leyó en sala y que se adjunta.
- Acentuar los contactos con las llamadas sociedades científicas gremiales, para la acción en el subsector público.
- Solicitar a la comisión del subsector público que en la próxima sesión de esta Asamblea se brinde información sobre cierre de hospitales y centros y situaciones conflictivas, y en qué calidad queda el personal, así como la estimación de la población asistencial que quedará sin cobertura.
- Abrir un intermedio hasta el día 12 de octubre, a los efectos de recibir el informe de la Comisión y resolver sobre otras medidas.



## Impuesto a los profesionales

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay decidió rechazar, al igual que ya lo ha hecho la Agrupación Universitaria del Uruguay, el artículo 342 del Proyecto de Presupuesto Nacional mediante el cual se pretende gravar a los profesionales universitarios con el Impuesto a las Retribuciones Personales, impuesto a los sueldos, por considerarlo injusto e inoportuno.

El Sindicato Médico del Uruguay coincide con la Agrupación Universitaria en el sentido de que se trata de una propuesta que grava «en forma discriminatoria», lo que «técnicamente constituye un Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas» para «un sector de la sociedad en desconocimiento del principio de equidad tributaria».

En el caso específico del gremio médico, esta inequidad cobra especial relevancia dado que buena parte del cuerpo médico nacional percibe salarios bajos ya gravados por el IRP y no afecta el proyectado impuesto los ingresos de otros médicos que integran el sector empresarial, dándose la paradoja que tributan los trabajadores y no los propietarios de las empresas con fines de lucro. Además, estos mismos trabajadores médicos perciben sus salarios con atrasos que en algunos casos llegan hasta los dos años, plazo máximo para reclamos según la ley vigente.

Muchos de los médicos que hoy facturan por sus servicios lo hacen obligados por las circunstancias de desregulación laboral impuesta por las empresas, en un proceso de precarización laboral que este Sindicato Médico ha denunciado en varias oportunidades. Si este impuesto prosperara, estos mismos médicos que han sufrido la pérdida de derechos laborales básicos (como el aguinaldo, la licencia anual, la licencia por enfermedad y en las médicas, hasta la maternal), verían su situación nuevamente castigada y su salario, además de precario, disminuido.

**EL COMITÉ EJECUTIVO**  
Montevideo, 21 de setiembre de 2000

*El comunicado de la Agrupación Universitaria del Uruguay rechazando el artículo 342 se puede leer en la contratapa.*

# Las propuestas omitidas en el Presupuesto

## 1. CARRERA FUNCIONAL Y CONCURSOS

Desde hace décadas no se realizan concursos para ingresos ni para ascensos en los cargos médicos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), a pesar de la expresa disposición legal que lo exige (Ley 9.202, arts. 35, 37 y 42, Ley Orgánica de Salud Pública).

A consecuencia de ello se ha generado una situación por la cual prácticamente no existen cargos presupuestados (siendo sustituidos por cargos contratados bajo diversas modalidades) y la inmensa mayoría de ellos se ubica en el grado de ingreso al escalafón (Grado 8), provocando de este modo un fuerte «achataamiento» en la pirámide escalafonaria, con las consecuencias que esto trae aparejado para el funcionamiento de los servicios.

A los efectos de buscar soluciones a la problemática planteada **se propone** que el Proyecto de Ley de Presupuesto incorpore disposiciones que permitan la reconstitución de la carrera funcional de los médicos del Ministerio de Salud Pública con el mecanismo de concurso, respetando los derechos adquiridos.

## 2. REMUNERACIONES MÉDICAS

Históricamente las remuneraciones médicas del MSP han evolucionado significativamente por debajo de las retribuciones que, para las mismas funciones, rigen en el sector privado.

Si se relaciona este aspecto con el del punto anterior, y a ello se suma una escasa asignación de recursos para los restantes insumos vinculados a la producción de los servicios asistenciales, se puede desprender la existencia de condiciones propicias para la generación de niveles de calidad asistencial inferiores a los alcanzados en el sector privado.

El Sindicato Médico del Uruguay **propone** que en este contexto resulta imperioso, para alcanzar similares niveles de calidad asistencial para el conjunto de la población, iniciar un proceso gradual de equiparación remunerativa de las funciones médicas entre los sectores público y privado a lo largo del período presupuestal. Parte del financiamiento necesario para avanzar en el mismo, lo constituyen los fondos ya asignados a las distintas Comisiones de Apoyo con el objetivo de incentivar la actividad médica en diversos programas que funcionan en la órbita del Ministerio de Salud Pública y que actualmente se paga a los médicos y otros funcionarios.

## 3. COBERTURA DE SALUD A FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Actualmente toda la actividad laboral privada en relación de dependencia, obtiene una cobertura de salud a través de las IAMC con una financiación basada en aportes de los trabajadores, empleadores y el Estado, administrado por el Banco de Previsión Social (ex DISSE).

No existen razones sustanciales para que la dependencia laboral en la actividad pública y privada tengan un tratamiento distinto en este aspecto, hecho que fue reconocido por los candidatos en la última campaña electoral.

La extensión de la cobertura mediante el sistema privado de prestación médica (IAMC) a otros sectores de la población, contribuiría a que exista una asistencia igualitaria y elimina las coberturas múltiples que aumentan gastos del erario público y distorsionan el sistema en su globalidad.

Por las razones expuestas, **propone** se incorporen –en una primera etapa– los funcionarios públicos a la cobertura prestada por la ex DISSE, utilizando los fondos de prestaciones de salud de distinta naturaleza que la Administración brinda actualmente a sus funcionarios.

## 4. INFORMACIÓN REQUERIDA

El estudio del Proyecto de Ley de Presupuesto y los aportes que el Sindicato Médico del Uruguay puede hacer se ven limitados en la medida que no se cuenta con la información necesaria para el análisis.

En consecuencia **solicitamos** se nos proporcione el planillado con los datos que acompañan el articulado del proyecto de presupuesto.

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY  
Montevideo, 19 de setiembre

# MSP: "Decisiones erróneas, injustificadas y perjudiciales"

Es grato dirigirnos a los colegas y amigos de las Sociedades Quirúrgicas del Uruguay, miembros de la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas, en referencia a los graves hechos que se han suscitado en dependencias del Ministerio de Salud Pública como resultado de las erróneas, injustificadas y perjudiciales decisiones adoptadas –en forma intempestiva y arbitraria– por los jefes de esa Secretaría de Estado y de ASSE.

Las medidas ministeriales unilaterales, inconsultas y jurídicamente no sustentables, con importante reducción de las remuneraciones médicas, supresión de los derechos de acceso a beneficios sociales de los profesionales, así como el flagrante incumplimiento de las obligaciones contractuales con los anestesiólogos de Montevideo y Las Piedras, determinan un significativo daño pecunario, pero además generan un aún mayor daño moral que lesiona a todos los médicos y agravia a las Sociedades que les nuclean.

A los perjuicios señalados se agrega –como resultado de las infundadas e injustificadas decisiones de los jefes de turno– el inexorable deterioro que se verificará en la asistencia de la población, lo que indica con elocuencia el sorprendente desconocimiento que poseen aquellos funcionarios de los asuntos que deben ocuparse y de la escasa importancia que –como los hechos revelan– asignan a la calidad sanitaria que se brinda a los pacientes de menos recursos.

Por ausencia de argumentos y carentes de la autoridad que deriva de la razón, los administradores han optado por actuar con arbitrariedad y prepotencia, utilizando para ello como emisarios y ejecutores a colegas que, tristemente, se prestan para esos menesteres, olvidando así sus res-

ponsabilidades de universitarios, desconociendo su condición de médicos y omitiendo transitar por los lineamientos éticos que deben reglar las conductas.

Ante los hechos, la Sociedad de Anestesiología del Uruguay –fiel a sus principios y consecuente con sus posturas de diálogo constructivo para la solución de diferendos– actuando en el cumplimiento de sus cometidos con la respetuosa firmeza que le caracteriza, ha realizado innumerables gestiones en procura de corregir la situación y evitar los daños que provoca. Es así que, guiada por resoluciones de sucesivas Asambleas, esta Comisión Directiva ha venido proponiendo caminos que permitan arribar a soluciones reales, realistas y justas.

Hasta ahora nuestros esfuerzos no fructificaron. Hemos padecido la incompreensión que deriva de una postura rígida y dogmática sustentada por los jefes ministeriales, quienes excluyen de sus consideraciones todo asunto que no signifique el retaceo indiscriminado de recursos para la salud.

Pero límite tienen las cosas y el MSP actúa como si le condujera el propósito de llegar al mismo, para generar una confrontación que conduzca a un estado de grave riesgo sanitario para los pacientes y al sometimiento de los médicos a condiciones laborales y éticas inaceptables.

Asumiendo responsablemente sus obligaciones, la soberana Asamblea de esta Sociedad ha dispuesto instrumentar medidas gremiales –legitimadas por la normativa jurídica vigente– a partir del 01-X-2000. El carácter progresivo de estas acciones determinará –en plazos breves– la desvinculación de nuestros asociados a MSP-ASSE si los administradores que crearon la situación, no modifican su postura.

El deber asistencial es obligación exclusiva del MSP. En las condiciones que pretende prestar asistencia, ésta no dará las garantías mínimas que la población merece y la ciencia médica establece. Por lo tanto, consideramos que los médicos no podemos avalar ni debemos acompañar estas resoluciones si realmente asumimos nuestras responsabilidades éticas conforme corresponde.

Ante la legítima y trascendente resolución de nuestra Asamblea, manifestamos a los colegas miembros de las Sociedades Científicas que valoraremos positivamente el contar con expresiones de su solidaridad y apoyo. Pero, además, les exhortamos a coordinar esfuerzos y acciones que, atendiendo las particularidades de cada especialidad, conduzcan al restablecimiento del respeto y la justicia que hoy el MSP niega a pacientes y médicos.

No dudamos que los valores que compartimos serán defendidos por todos los integrantes de las sociedades amigas y que ello contribuirá a profundizar los fraternos lazos que nos unen.

Agradecidos por su atención e interés, permanecemos atentos a vuestras comunicaciones.

Solicitamos una amplia difusión de esta nota a vuestros afiliados.

Les saludan muy cordialmente,

**Dr. Hugo Burgstaller**  
Secretario

**Dr. Alfonso Dabezies**  
Presidente

Montevideo, 27 de setiembre de 2000

*Ver en contratapa la resolución de la Asamblea de la SAU del 26.09.00.*

# Inciso 12: lejos de toda esperanza

## Período 2000-2004 Inciso 12 - MSP

**Artículo 235.** - Facúltase al Ministerio de Salud Pública a realizar reestructuras organizativas, comprendiendo nuevos modelos de gestión y gerenciamiento de sus unidades ejecutoras, previo asesoramiento del Comité Ejecutivo para la Reforma del Estado (CEPRE) y del Ministerio de Economía y Finanzas. Dentro de un plazo de ciento ochenta días, deberá elevar el proyecto de la misma, quedando facultado a tales efectos para suprimir, transformar, fusionar o crear nuevas unidades ejecutoras y cambiar su denominación.

Asimismo podrá crear, suprimir, transformar y redistribuir entre las mismas, cargos y funciones contratadas, establecer un sistema de alta gerencia, alta especialización y prioridad u otro sistema igualmente idóneo, reasignando los créditos presupuestales correspondientes.

La reestructura mencionada no podrá significar:

1. Aumento de costos respecto al presupuesto que se aprueba, ni lesión de derechos funcionales.
2. Aumentos de retribuciones.
3. La existencia de cambios en la situación presupuestal de quienes desempeñan funciones en ese inciso.

\* Deróganse los incisos primero y segundo del artículo 420 de la Ley N° 16.170, de 28 de diciembre de 1990.

## "Convenios de gestión"

**Artículo 236.** - Facúltase al MSP a celebrar con instituciones privadas de asistencia, para las áreas geográficas que determine, convenios de gestión de sus establecimientos hospitalarios.

Para la financiación de los convenios respectivos, podrá afectar hasta el monto asignado a la o a las unidades ejecutoras involucradas en dichos acuerdos.

El financiamiento de los convenios será con cargo a las asignaciones presupuestarias del Programa de la respectiva unidad ejecutora involucrada, excluyendo las partidas del Grupo 0 «Servicios Personales».

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente disposición, respetando los derechos funcionales.

## SOBRE LA LEY DE PRESUPUESTO

**Iniciativa:** Exclusiva del Poder Ejecutivo.

**Plazo:** Seis meses desde el comienzo de la nueva Administración (vence el 31/8).

**Contenido:** Gastos corrientes e inversiones; recursos y estimación de su producido; normas de ejecución e interpretación.

**Vigencia:** Cinco años desde el siguiente del comienzo de la nueva Administración (en el presente ejercicio: 1/1/2001 al 31/12/2005).

**Limitaciones del Poder Legislativo:** No puede "efectuar modificaciones que signifiquen mayores gastos que los propuestos" por el Poder Ejecutivo.

### Trámite en el Legislativo

**Cámara uno** (año 2000: Diputados) - Plazo: 45 días desde el ingreso a la Cámara. (El no pronunciamiento significará rechazo). El Ejecutivo en los primeros veinte días podrá presentar un mensaje complementario (no se hizo esa opción en esta oportunidad).

**Cámara dos** (años 2000: Senado) - Plazo: 45 días desde el ingreso a la Cámara. El no pronunciamiento significará rechazo. El Poder Ejecutivo en los primeros veinte días podrá presentar un mensaje complementario (se anunció que habrá Mensaje complementario al Senado). Si se aprueba igual que el Proyecto aprobado por Diputados, queda sancionado y pasa al Poder Ejecutivo (en el presente año se asegura que existirán modificaciones). Si existen modificaciones vuelve a la Cámara de origen (Cámara de Diputados en el presente año).

**Cámara uno** (año 2000: Diputados) - Plazo para considerar modificaciones de la otra Cámara: 15 días. Si acepta las modificaciones, queda sancionada la Ley y pasa al Poder Ejecutivo para su promulgación. Si no las acepta pasa a la Asamblea General (reunión de ambas Cámaras) que dispone de 15 días para aceptar o rechazar el Proyecto.

### Promulgación de la ley por el Poder Ejecutivo

- > Cumplido el proceso reseñado de sanción del Proyecto de Ley por el Poder Legislativo, pasa al Poder Ejecutivo para su veto o promulgación.
- > El Poder Ejecutivo dispone de 10 días para promulgarla, puede hacerlo expresamente dentro de ese plazo o vencido el mismo la ley queda promulgada en forma ficta.
- > Dentro del mismo plazo puede vetar total o parcialmente el Proyecto de Ley. En este último caso el Proyecto pasa a la Asamblea General para levantar o aceptar los vetos interpuestos por el Poder Ejecutivo, disponiendo de un plazo de 30 días para su consideración. Transcurrido el plazo sin pronunciamiento de la Asamblea General, la Constitución interpreta el silencio como aceptación de los vetos.

### Sobre los plazos

- > Los plazos máximos, con el cumplimiento de todas las etapas posibles que han sido indicadas precedentemente, puede llevar a que el Presupuesto quede aprobado en el mes de febrero.
- > Lo habitual es que la aprobación del Presupuesto se concrete entre los últimos días de diciembre y los primeros días de enero en virtud de acuerdos políticos.

## Unidades ejecutoras

**Artículo 237.-** La asignación de los recursos presupuestales para las Unidades Ejecutoras dependientes de la Administración de los Servicios de Salud del Estado que ésta determine, se realizará de conformidad con las pautas establecidas por la Dirección General de dicha Administración, de acuerdo a la reglamentación que dictará el Poder Ejecutivo, estableciendo el grado de compromiso de gestión al que se someterá la Unidad Ejecutora subordinada.

Similar criterio se seguirá para la asignación de los recursos presupuestales para cada Programa de Salud dependiente de la Dirección General de la Salud.

## Sobre la asistencia integral

**Artículo 238.-** Sustitúyense los artículos 1º y 4º de la Ley Nº 13.223, de 26 de diciembre de 1963, los que quedarán redactados de la siguiente forma:

«ARTÍCULO 1º.- Los funcionarios y ex funcionarios jubilados dependientes del MSP, así como el cónyuge y sus familiares de primer grado de consanguinidad, tendrán derecho a la asistencia integral gratuita en todos los establecimientos asistenciales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

En el caso de los familiares de primer grado de consanguinidad dicha asistencia se limitará a los hijos menores de edad e incapaces.

Quedan excluidos del derecho todas aquellas personas que sean beneficiarias de cualquier otro tipo de cobertura asistencial integral, pública o privada, respecto de las prestaciones cubiertas.»

«ARTÍCULO 4º.- El P. Ejecutivo en acuerdo con el Ministro de Salud Pública y el Ministro de Economía y Finanzas, reglamentará la presente ley, estableciendo que la canasta de prestaciones incluidas en la asistencia integral no será inferior a la que brinda la Administración de los Servicios de Salud del Estado a sus usuarios.»

## Derecho a la compensación

**Artículo 239.-** El derecho a la compensación por atención directa a pacientes internados en sala, servicios de emergencia y block quirúrgico, creado por el artículo 247 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, con la modificación dada por el artículo 180 de la Ley Nº 16.226, de 29 de octubre de 1991, quedará condicionada a la disponibilidad de crédito presupuestal. La insuficiencia de crédito determinará que el cupo asignado a la Unidad Ejecutora se distribuya proporcionalmente entre los funcionarios con derecho a dicho beneficio.

El Director de la Unidad Ejecutora que comprometa gastos en contravención con la

presente disposición, responderá directamente por su acción u omisión.

## Prestaciones de asistencia

**Artículo 240.-** En todos los casos en que se demanden prestaciones de asistencia a la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ésta verificará si el usuario se encuentra amparado por otro régimen de cobertura integral, en cuyo caso, requerirá por medio fehaciente que la institución resuelva de inmediato si le prestará cobertura en su establecimiento o si asumirá los gastos derivados por las prestaciones que brinde a su afiliado la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

El Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministro de Salud Pública y el Ministro de Economía y Finanzas reglamentará la presente disposición.

## Hospitalidades

**Artículo 241.-** El MSP remitirá mensualmente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva el resumen de las obligaciones devengadas por concepto de hospitalidades.

En caso de incumplimiento, el saldo pendiente de pago será deducido por el Banco de Previsión Social, del pago mensual previsto para la Institución de Asistencia Médica Colectiva de que se trate y volcado a la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

## Prestaciones asistenciales

**Artículo 242.-** Las facturas por prestaciones asistenciales brindadas por las dependencias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, a socios de las Instituciones de Asistencia Médica Privada, Particular o Colectivas, debidamente conformadas, y no deducidas por el Banco de Previsión Social, constituirán título ejecutivo a todos los efectos legales.

## Productividad e incentivos

**Artículo 243.-** El sistema de pago de incentivos a la productividad a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública previsto por el artículo 394 de la Ley Nº 16.736, de 5 de enero de 1996, quedará limitado a aquellos funcionarios que efectivamente cumplen funciones en los establecimientos de los Programas individualizados en el mismo y no perciban retribución con cargo al objeto del gasto 042.095.

## Contrataciones y residencias

**Artículo 244.-** Los funcionarios presupuestados o contratados del Ministerio de Salud Pública, afectados a una Unidad Ejecutora, no po-

drán pasar a prestar funciones a otra, salvo los casos taxativamente previstos en la reglamentación que al efecto dicte el Poder Ejecutivo.

**Artículo 245.-** Incorporáse al régimen de Residencias Técnico Profesionales de Administración Hospitalaria creado por el artículo 309 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992, a los profesionales universitarios químicos farmacéuticos, técnicos en recursos humanos, tecnólogos, laboratoristas, técnicos en registros médicos, administración e informática, egresados de las facultades habilitadas para la formación académica en las disciplinas mencionadas.

La partida que financia esta incorporación se incluye en el objeto del gasto «Retribuciones personal contratado funciones permanentes».

**Artículo 246.-** La facultad de contratación prevista por el artículo 410 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, será privativa del Director General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

**Artículo 247.-** Las personas contratadas al amparo de lo previsto por el artículo 410 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, afectados a una Unidad Ejecutora no podrán pasar a prestar funciones a otra, salvo los casos taxativamente previstos en la reglamentación que al efecto indique el Poder Ejecutivo.

En el plazo máximo de ciento ochenta días deberán cesar los pases en comisión autorizados a dichos funcionarios a otros Incisos de la Administración Central, así como Entes Autónomos, Servicios Descentralizados, Corte Electoral, Tribunal de Cuentas, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, P. Judicial y P. Legislativo.

## De las afiliaciones vitalicias

**Artículo 248.-** Modificase el literal B) del artículo 17 del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, el que quedará redactado de la siguiente forma: «B) Realizar afiliaciones de carácter vitalicio. Esta disposición no afecta los derechos adquiridos en base a las contrataciones celebradas al amparo de la normativa anterior a la entrada en vigencia de la presente ley.»

## De los directivos de las IAMC

**Artículo 249.-** Modificase el artículo 279 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, el que quedará redactado de la siguiente forma:

«ARTÍCULO 279.- Los directivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, cuyos cargos podrán ser rentados, responderán civilmente hacia la institución, los socios y los terceros, por los daños y perjuicios resultantes, directa e indirectamente, de la violación de la

ley, el estatuto o el reglamento, por el mal desempeño de su cargo en los casos en que actúen con deslealtad o falta de la debida diligencia media de un buen padre de familia, y por aquellos producidos por abuso de facultades, dolo o culpa grave.

Cesará dicha responsabilidad cuando los actos respectivos hayan sido puestos en conocimiento del MSP y no merecieron observación, o para aquellos Directivos que hubieran dejado constancia de su voto negativo.

Lo dispuesto en los incisos anteriores será sin perjuicio de la responsabilidad que correspondiere a la institución a la que pertenecen.»

## Distribución de recursos

**Artículo 250.** - Sustitúyese el inciso segundo del artículo 397 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, por el siguiente:

«Los recursos que por el artículo 11 de la Ley N° 12.072, de 4 de diciembre de 1953, que recibe el Servicio Nacional de Sangre, se afectarán en un 66% (sesenta y seis por ciento) al Servicio Nacional de Sangre y hasta un 34% (treinta y cuatro por ciento) al Banco Nacional de Órganos y Tejidos, incrementándose progresivamente en un 1% (uno por ciento) anual al Servicio Nacional de Sangre hasta alcanzar este Subprograma el 70% (setenta por ciento) del total de lo recaudado por ese concepto».

## MSP y BPS

**Artículo 251.** - Declárase que el Ministerio de Salud Pública no estará gravado por las contribuciones de seguridad social correspondientes a la tenencia de inmuebles rurales inexplorados y recibidos por herencia, legado o donación hasta el momento de la incorporación de dichos bienes a su patrimonio, y a las generadas por construcciones que al 31 de diciembre de 2000 hubieran sido realizadas en inmuebles adquiridos en las mismas circunstancias.

## De los Directores de Salud

**Artículo 252.** - Transfórmase seis cargos de los dieciocho cargos de Directores Departamentales de Salud, previstos en el artículo 393 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, en seis cargos de Directores Regionales de Salud, incorporándolos al régimen de contratación previsto por el artículo 7° de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Los Directores Regionales de Salud serán responsables de ejecutar a nivel regional, sobre los sectores público y privado, las políticas, programas, controles y planes que determine el MSP, cumpliendo, a tales efectos, una carga horaria mínima de cuarenta horas semanales.

Dichos directores no podrán desempeñar cargos directivos o gerenciales en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Transfórmase otros tres cargos de Directores Departamentales de Salud, en tres cargos de Directores de División, dependientes directamente de la Dirección General de la Salud, bajo el mismo régimen previsto en los incisos anteriores, cuya denominación y funciones serán determinados por el Ministerio de Salud Pública.

## Fondo Nacional de SIDA

**Artículo 253.** - Agréganse al artículo 403 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, el siguiente inciso:

«Créase un Fondo Nacional de SIDA con el objeto de financiar el suministro de los medicamentos antiretrovirales y similares y de la realización de los estudios de cargas virales, recuento celular y otros de análoga naturaleza que requieran los pacientes beneficiarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.»

Fijase en 2% (dos por ciento) el impuesto creado por el artículo 11 de la Ley N° 12.072, de 4 de diciembre de 1953, destinándose el 50% (cincuenta por ciento) de lo recaudado por dicho impuesto al Fondo Nacional de SIDA que se crea.

## Volumen de recursos

**Artículo 254.** - Asígnase al MSP una partida de \$ 4.500.000 (pesos uruguayos cuatro millones quinientos mil) para el año 2001 y otra de \$ 9.000.000 (pesos uruguayos nueve millones) a partir del año 2002, con destino a la ampliación del Programa de Atención Primaria de Salud del primer nivel, que beneficia a los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, mediante la contratación de médicos de familia, los que en todo caso quedarán sujetos al estatuto reglamentario vigente.

Las partidas asignadas se incluyen en el objeto del gasto 282 «Profesionales y Técnicos».

**Artículo 255.** - Asígnase al Ministerio de Salud Pública una partida de \$ 6.300.000 (pesos uruguayos seis millones trescientos mil) para el año 2001 con destino al diseño y ejecución de un Programa de Vida Saludable a cargo de la Dirección General de la Salud de dicha Secretaría de Estado. La partida asignada se incluye en el objeto del gasto 299 «Servicios no personales».

**Artículo 256.** - El Ministerio de Salud Pública transferirá mensualmente en forma permanente, una partida que se ajustará de acuerdo con el régimen general para retribuciones personales, de la Financiación 1.2 «Recursos con Afectación Especial» a la Financiación 1.1 «Rentas

Generales» por la suma de \$ 2.000.000 (pesos uruguayos dos millones), de los Programas 005 «Administración del Subsidio para la Atención Médica», 006 «Administración de la Red de Establecimientos de Agudos», 007 «Administración de la Red de Establecimientos de Agudos del Interior» y 008 «Administración de los Establecimientos de Crónicos y Especializados».

## Derogaciones y sustituciones

**Artículo 257.** - Deróganse las afectaciones establecidas en el inciso siete del artículo 5° de la Ley N° 16.343, de 15 de diciembre de 1992 y en el inciso cuarto del artículo 4° de la Ley N° 17.166, de 10 de setiembre de 1999.

Los recursos desafectados en el inciso anterior se podrán utilizar indistintamente para financiar la asistencia en el País o en el exterior del Fondo Nacional de Recursos creado por la Ley N° 16.343, de 15 de diciembre de 1992.

La asistencia en el extranjero se financiará con aportes del Fondo Nacional de Recursos y de los propios beneficiarios, de acuerdo a la reglamentación que a tales efectos dictará el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

Dicha reglamentación deberá tener en cuenta la capacidad contributiva del beneficiario entendiendo por tal su situación patrimonial e ingresos de su núcleo familiar.

**Artículo 258.** - Sustitúyese el inciso segundo del artículo 3° de la Ley N° 16.343, de 15 de diciembre de 1992, en la redacción dada por el artículo 409 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, el que quedará redactado de la siguiente forma:

«Los aportes referidos en los literales B), C) y F) serán mensuales consecutivos y directamente proporcionales a la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica sea responsabilidad de cada uno de los sectores o instituciones mencionadas con independencia del número de actos médicos realizados.

El aporte previsto en el literal A) será regulado a opción del Poder Ejecutivo sea por la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica fuera otorgada por el Ministerio de Salud Pública o por el costo de los actos médicos efectivamente realizados. La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Sanidad Policial podrán hacer uso de esta opción.»

**Artículo 259.** - Deróganse el artículo 11 del Decreto - Ley N° 15.703, de 11 de enero de 1985.

*N. de E.:* Los subtítulos intercalados al texto del Inciso 12 no son parte de la versión original y corren por cuenta del cuerpo editor.

## Propuesta de los Residentes del MSP

La propuesta de los Médicos Residentes del Ministerio de Salud Pública (MSP) está basada en la discusión previa sobre el tema salarial del año 1997.

La misma aspira a regularizar la situación con vistas al presupuesto nacional que se votará en el año en curso.

Para elaborarla se tomaron en cuenta:

1. Documentos consultados en el Sindicato Médico del Uruguay (SMU).
  - a. Resolución del Comité Ejecutivo del SMU del 13 de noviembre de 1997.
  - b. Resolución de la Comisión del Médico Joven del SMU del 02 de diciembre de 1997.
2. Resolución de la Asamblea de Residentes (unanimidad en los criterios) y discusión posterior con la mesa del Comité Ejecutivo del SMU en mayo de 2000.
3. Salario percibido por los Médicos Residentes del CASMU.
4. Situación salarial de los Residentes de los países vecinos.

En la actualidad la remuneración del Médico Residente del MSP se percibe por dos vías:

1. Sueldo líquido presupuestado de aproximadamente 3.200 pesos uruguayos (julio 2000).
2. Cheque emitido por Comisión de Apoyo del MSP, de 3.295 pesos uruguayos (julio 2000). El mismo no aporta para beneficios sociales y no está presupuestado.

Por la suma de lo expresado precedentemente deducimos que la remuneración total mensual es de aproximadamente 6500 pesos uruguayos, por un cargo de ejercicio «Full Time»: 48 horas por semana a un promedio de 8 horas por día durante 6 días, aunque todos sabemos que en la práctica se trabajan más horas.

En el ajuste otorgado en el año 1997 se decidió aceptar el complemento no presupuestado al no haber otra posibilidad, dada la política económica del gobierno de no otorgar ajustes por la vía de la rendición de cuentas. En ese momento se acordó: presupuestar el aumento en el año 2000, cuando se discutiera el presupuesto nacional quinquenal, obteniendo como remuneración líquida un salario mensual no menor a 650 dólares americanos.

Nuestra propuesta concreta es la siguiente:

1. Presupuestar toda la remuneración mensual percibida por el MSP.
2. Solicitar un salario mensual líquido de 1.000 dólares americanos, que a valores actuales significan 12.500 pesos uruguayos.
3. En caso de no llegar a un acuerdo por lo solicitado en el punto 2, que el mínimo de salario mensual líquido presupuestado sea de 650 dólares americanos, que significan a valores actuales 8.125 pesos uruguayos.

**Comisión de Residentes**

## Comunicado de AUDU

**ATENTO:** a la extensión del impuesto a las Retribuciones Personales prevista en el artículo 342 del Proyecto de Ley de Presupuesto

**La Agrupación Universitaria del Uruguay** (institución integrada por las veintidós gremiales de profesionales universitarios)

### RESUELVE

Rechazar dicha propuesta por considerarla inoportuna e injusta al gravar en forma discriminatoria, con lo que técnicamente constituye un Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas, a un sector de la sociedad en desconocimiento del principio de equidad tributaria.

Agrupación Universitaria del Uruguay - 8/9/00

## RESOLUCIÓN ASAMBLEA 26-09-00

El 26 de setiembre, levantado el cuarto intermedio, la ASAMBLEA de la SAU ratificó la resolución adoptada el 19 de setiembre, expresando:

1. Ante el incumplimiento unilateral del MSP, de los términos de los contratos vigentes con los anestesiólogos, la Asamblea ratifica su posición de defensa de los puestos de trabajo en el marco contractual hasta ahora vigente.
2. La persistencia del incumplimiento unilateral dará lugar a que el MSP sea único responsable de la afectación de la asistencia que de ello derive.
3. El conjunto de los anestesiólogos se encuentra al amparo de lo dispuesto en los contratos vigentes, libre de esa responsabilidad, ya que no han contravenido ninguna de sus disposiciones.
4. Por lo expresado se exhorta al MSP a comunicar por escrito su voluntad de mantener el marco contractual en todos sus términos y proceder en consecuencia a la brevedad.
5. Si las explicaciones no fueron satisfactorias y se continuara con el mencionado incumplimiento se pasará a suspender la coordinación a partir del 1-10-00 hasta el 15-10-00, fecha a partir de la cual, si el MSP persiste en mantener su actual postura, se procederá a la renuncia masiva de anestesiólogos que desarrollan su labor en sus dependencias.
6. Se continúa en sesión permanente.