

VI CONVENCION MEDICA NACIONAL

DECLARACIONES CONCLUSIONES ANTEPROYECTO Y ESTATUTO



**VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL
14 - 17 diciembre 1972**

**COMITE
DE HONOR**

Presidente:
Dr. José Alberto Praderi
Dr. Justo M. Alonso
Dr. José Alberto Castro
Dr. Octavio Cravanzola
Dr. Julio Lorenzo y Deal
Dr. José Pedro Migliaro
Dr. Atilio Morquio
Dr. Pedro Tost

**COMITE
ORGANIZADOR**

Presidente:
Dr. Omar Barreneche
Vicepresidente:
Dr. Adolfo Valentini Vaghi
Secretario:
Dr. Frederick Giuria
Tesorero:
Dr. Hugo Méndez Schiaffino
Vocales:
Dr. Tabaré Caputi
Dr. Barret Díaz
Dr. Gregorio Martirena
Dr. Emilio Pérez Fernández
Br. Washington Bermúdez

**COMITE PERMANENTE
SURGIDO DE LA VI
CONVENCION
MEDICA NACIONAL**

Presidente:
Dr. Omar Barreneche
Dr. Tabaré Caputi
Dr. Frederick Giuria
Dr. Isaac Hojman
Dr. Hugo Méndez Schiaffino
Dr. Atilio Morquio
Dr. Mario C. Pareja Piñeyro
Dr. Orlando M. Pereira
Dr. Emilio Pérez Fernández
Dr. Hugo Villar Tejeiro
Br. Washington Bermúdez



INTRODUCCION

Las pocas páginas que siguen tienen un enorme significado para todos los médicos del país, y suponen la culminación de un largo y sostenido esfuerzo.

Resumen, las postulaciones básicas que entendemos pertinentes en la difícil hora actual y ante la grave situación en que se halla el sector salud.

Surgen, de decisiones representativas de toda la masa médica nacional, que en definitiva las elaboró en el trabajo intenso de la VI Convención Médica Nacional.

Fundamentalmente aportan definiciones doctrinarias y soluciones concretas a la situación actual en aspectos íntimamente interrelacionados de la profesión médica.

Se reclama el derecho a la salud de todos los habitantes del país planteándose el objetivo de asegurar una atención médica integral, igualitaria, eficiente, oportuna, continua, humana, organizada a través de un sistema nacional de salud.

Se determinan las características básicas de la organización de los servicios, de su financiación, de las etapas de transición a cumplir.

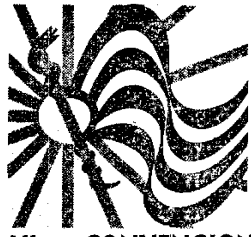
Paralelamente a ello se reclaman condiciones que permitan una racional organización del trabajo médico; condiciones laborales dignas que permitan el perfeccionamiento técnico, el descanso periódico, etc. Y se reclama el autocontrol de la profesión médica a efectos de regular sus acciones dentro de las normas de conducta que ella misma se dicte.

ENTONCES:

- 1) Modificar la estructura sanitaria a efectos de que se haga realmente efectivo el derecho a la salud.
- 2) Establecer condiciones laborales dignas para los médicos.
- 3) Garantizar el ejercicio profesional dentro de normas éticas mediante el autocontrol de los profesionales médicos.

Estos son los objetivos que ha determinado la VI Convención Médica Nacional para toda la masa médica. Ellos nos comprometen a un trabajo tenaz, permanente, de todos los médicos a través de sus organizaciones gremiales.

Constituyen en definitiva el gran desafío que el Gremio en su conjunto se ha hecho a sí mismo, y que condicionará buena parte de su trabajo, en un futuro inmediato.



**VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL**

DECLARACIONES

La VI Convención Médica Nacional reunida para estudiar en profundidad los problemas de la salud del pueblo uruguayo, comprueba que el grave deterioro de la situación sanitaria nacional no es ajeno a la profunda crisis económica, social y política que padecemos.

Denuncia que el descaecimiento del nivel de salud es parte del deterioro del nivel de vida de nuestro pueblo que se expresa en la violación y desconocimiento de derechos esenciales:

- El derecho al trabajo digno y permanente.
- El derecho a un salario justo.
- El derecho a la educación y la cultura.

Denuncia el desconocimiento de los derechos fundamentales de la persona humana:

- El derecho a la libertad individual, a la protección jurídica, a la inviolabilidad del hogar, a la integridad física y moral de la persona, a la libre emisión del pensamiento.

En particular, expresa su grave preocupación:

Ante la privación de libertad durante largos meses, de numerosos ciudadanos, entre ellos colegas sin formación de causa ni proceso.

Ante la aplicación comprobada y reiterada de la tortura, ante las duras e inhumanas condiciones de prisión de miles de compatriotas procesados o no.

Todo esto unido al ocultamiento de las verdaderas causas estructurales que generan el derrumbe socio-económico del país, y el obstinamiento en mantener una política de privilegios.

ESTA CONVENCION DECLARA QUE:

A pesar del esfuerzo para buscar los mecanismos adecuados que hagan efectivo el derecho a la salud de la comunidad no será posible obtener soluciones de fondo mientras que continúe avasallando la dignidad humana y los elementales principios de justicia económica y social.

Y PROCLAMA QUE:

Sólo la restitución de los derechos y libertades y la solución de los grandes y reales problemas nacionales, devolverá la paz y la tranquilidad a nuestro pueblo.

La VI Convención Médica Nacional conviene en expresar al Gobierno del Estado a la Comunidad Nacional y a los Prestatarios lo siguiente:

PRIMERO: El descaecimiento a nivel de salud está inserto, inmerso, interaccionado efectivamente en el subdesarrollo y estancamiento de nuestra Patria, de nuestro humanismo, de nuestros valores individuales, familiares y sociales.

Con particular énfasis, en treinta años y más de anacronismo, ausencias, carencias y omisiones.

SEGUNDO: Es imprescindible e impostergable aplicar a tan riesgosa e infortunada civilización, a nivel del Estado; los elementos de una política de salud para asegurar el cumplimiento de las normas internacionales suscritas y la separación de las graves consecuencias del estancamiento, asegurando el Derecho del Individuo y la Comunidad a la Salud; la coordinación de los Organos del Estado en su más alto nivel y en todo el proceso de la Administración, para este Servicio.

POR LO ANTE-DICHO

Pretendemos, y advertidos en las ponencias de los tres temas tratados de la actitud civilista del Cuerpo Médico Nacional, señalar a la Comunidad y a los Poderes del Estado la impostergable necesidad de asegurar Paz Social, excitando los anhelos de emancipación, unión y libertad, en los dichos y hechos, que sólo pueden lograrse mediante la Justicia, Igualdad y Fraternidad expresados en el respeto de los valores del Hombre.



VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL

ESTRUCTURA SANITARIA Y SEGURO NACIONAL DE SALUD

CONCLUSIONES

Comisión Redactora:

Dr. Julio C. Ripa
Dr. Mario C. Pareja Piñeyro
Dr. José Royol
Dr. Hugo Villar

I. — FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS BASICOS

1) Concebida la **salud** como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad", tal como lo postula la Organización Mundial de la Salud, y siendo un **derecho de todos** los habitantes del país, sin ningún tipo de discriminación; es **responsabilidad del Estado hacerlo efectivo y deber de los integrantes de la comunidad participar activamente en su cuidado.**

Para cumplir con este propósito fundamental se asegurará **atención médica igualitaria**, integral, eficiente, oportuna, continua, humana, del mejor nivel posible y **organizada**, a través de un **sistema nacional de salud**, que no excluirá el ejercicio privado individual del médico.

La salud como necesidad vital, esencial y permanente de todo ser humano, **deberá integrar el sistema de seguridad social nacional**; y por ser **interdependiente con el desarrollo económico-social**, no podrán alcanzarse los niveles de salud que se postulan, sin desarrollo integral del país.

2) Todo integrante de la sociedad en edad activa, tiene **derecho al trabajo**. Es responsabilidad del Estado asegurar condiciones de trabajo dignas y remuneraciones justas.

3) Siendo la salud un proceso de realización colectiva, deben establecerse las condiciones que permitan la vigencia plena del derecho a la **participación** activa, consciente, organizada y efectiva **de la comunidad**, como usuaria de los servicios, **y de los trabajadores de la salud**, como prestatarios de los mismos; en todos los niveles de la administración del sistema.

4) El mejor funcionamiento del sistema obliga a hacer efectivo el **derecho a la dirección técnica** de los servicios de salud, como garantía esencial de que las decisiones políticas responden a los auténticos intereses y necesidades de la comunidad.

5) Un principio básico de justicia distributiva impone el **derecho de financiar los servicios de salud en forma universal y proporcional a la capacidad económica de cada uno de los miembros de la comunidad.**

II. — LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

Se debe estructurar en forma de un **sistema nacional** hasta culminar, en el menor plazo posible, en un **servicio nacional de salud**.

Se reconoce la atribución irrenunciable del Estado de establecer los lineamientos generales de la política del sector; pero se considera indispensable **el mayor grado de autonomía posible**, a efectos de asegurar que los propósitos y las funciones específicas asignadas al sistema no sean distorsionadas por factores ajenos a los auténticos intereses de la comunidad.

1. **El gobierno del sistema** debe estar a cargo de un **organismo colegiado** integrado con representantes del Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina, el gremio médico, trabajadores no médicos de la salud y los usuarios organizados.

Los representantes de las instituciones no oficiales deben ser electos directa y democráticamente por las organizaciones que en cada caso, sean las más representativas de los respectivos grupos, de acuerdo a las normas legales vigentes en el país.

Dicho organismo tendrá como **cometidos esenciales**: participar en la elaboración de la política del sector; preparar planes, programas y presupuestos, y definir las normas generales del funcionamiento del sistema.

2. **La administración** se hará efectiva a través de, por lo menos, tres niveles:

a) **Central**, a cargo: **en lo normativo**, del organismo de gobierno definido en el numeral anterior; y **en lo ejecutivo**, de la **Dirección General de Salud**, que deberá participar asimismo en la elaboración de las normas;

b) **Intermedio**, como mecanismo articulador entre el nivel central y el local. La definición del nivel intermedio exige previamente un análisis exhaustivo que tome en cuenta las condiciones demográficas, sanitarias, económicas, sociales y culturales; los medios de comunicación disponibles, así como la accesibilidad y grados de complejidad de los servicios existentes, dando prioridad al criterio funcional sobre el geográfico; y

c) **Local**. Siendo la salud un problema eminentemente local se debe asegurar la mayor descentralización posible para el cumplimiento de los programas elaborados con la mayor participación de la comunidad en la solución de sus propios problemas.

Los cargos de administración médica deben ser desempeñados por personas con capacitación adecuada en la especialidad.

Además de la indispensable **coordinación e integración** de los servicios que forman parte del sistema, se considera necesario asegurar efectivos mecanismos de **coordinación extrasectorial**, en especial con la Facultad de Medicina, para el mejor cumplimiento de las funciones de educación y de investigación.

El sistema deberá incrementar la **cobertura de los servicios** hasta hacerlos accesibles a todos los habitantes del país, en el menor plazo posible; y asegurar el mejor nivel asistencial, compatible con los indispensables requisitos de la dignidad humana.

III. — FINANCIACION DEL SERVICIO

Como objetivo final, se considera que la financiación del servicio deberá ser de responsabilidad total del Estado, a través de la contribución de todos los habitantes de acuerdo a su capacidad económica.

Las fuentes de financiación, en las etapas inmediatas, deberán ser de natu-

raleza tripartita, mediante el aporte de los trabajadores, los empleadores y el Estado, que pagarán en relación a los salarios, para asegurar a todos los trabajadores y familiares a su cargo.

El Estado también deberá asegurar la atención médica de indigentes y pasivos, a través de un porcentaje del Presupuesto Nacional.

Se crearán además fondos propios a través de impuestos a los capitales extranjeros y a las tierras improductivas, a las rentas excesivas, así como lo resultante de la lucha contra el agio, especulación, juego, bebidas alcohólicas y tabaco.

El sistema contará con un organismo propio de recaudación, que asegure la percepción de los recursos financieros en cantidad suficiente y en forma oportuna.

IV. — ETAPA DE TRANSICION

1. Como objetivo inmediato extender la **cobertura** a todos los trabajadores y los familiares dependientes económicos de los mismos, y buscar los mecanismos que aseguren mejores niveles de atención a los indigentes, pasivos, y a las áreas más desprovistas.

2. **Condiciones de trabajo y remuneración.** (Van incorporadas en las conclusiones sobre Estatuto de Trabajo Médico).

De cualquier manera señalamos que es necesario establecer mecanismos que permitan la concentración del trabajo médico en no más de dos instituciones, a fin de asegurar que la jornada de trabajo se cumpla en condiciones adecuadas y con una mayor eficacia.

3. Se deberá crear en forma inmediata, un **organismo responsable de asegurar la pronta coordinación de los servicios**, la definición de normas asistenciales, administrativas y contables, los requisitos básicos que deben satisfacer los servicios, así como mecanismos de supervisión y control; con la participación efectiva de los prestatarios y usuarios en condiciones paritarias, de acuerdo a lo que establece la Recomendación 69 de la Organización Internacional del Trabajo, de la que es signatario nuestro país.

Se entiende indispensable **capacitar** adecuadamente a las personas responsables de la administración de los servicios, a efectos de mejorar el funcionamiento de los mismos.

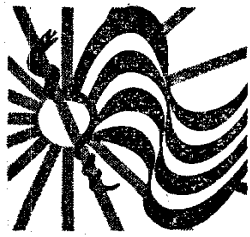
Se considera caduco el decreto-ley de 1943 que regula la actividad de las instituciones de asistencia colectivizada.

4. En una etapa inmediata se deberán poner en marcha **mecanismos de coordinación e integración con los servicios existentes**, tanto en el ámbito público como privado, que aseguren una mejor utilización de sus recursos humanos y materiales; lo que exige un estudio previo de dotación y distribución.

5. Se considera imprescindible: a) la creación de **mecanismos financieros** que permitan a los organismos de asistencia colectivizada enfrentar la crisis económica que pone en grave riesgo su existencia. Deberá tenerse en cuenta además la necesidad de establecer cuotas diferenciales, que introduzcan mayor justicia en la contribución de los afiliados.

Necesario: b) que la recaudación y administración de los actuales **seguros parciales** de enfermedad para grupos de trabajadores, sean centralizados en un organismo único, en el que tendrán participación los trabajadores, los empleadores y el Estado.

Por último: c) resulta esencial que el Estado incremente los fondos asignados al Ministerio de Salud Pública y a otros **organismos de asistencia pública**, como garantía mínima de asegurar niveles decorosos de asistencia médica.



VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL

LEY ORGANICA DE LA PROFESION MEDICA

ANTEPROYECTO

Relator:

Dr. Frederick Giuria

INTRODUCCION Y CONCEPTOS BASICOS

- 1) Establecido el concepto del derecho a la salud de todo habitante de la Nación como uno de los pilares básicos de la organización societaria, surge como consecuencia inmediata, la necesidad de la organización de todos los servicios médicos nacionales, en un sistema único, capaz de hacer efectivo ese derecho a la salud individual y colectiva.
- 2) La organización en un sistema Nacional de Salud, que no excluya naturalmente el ejercicio individual, privado del médico, hace necesaria la organización del cuerpo médico nacional, en un sistema único Estatuto, Código de Trabajo Médico, que sistematice y uniformice en todo el ámbito nacional, ingreso, escalafón, carrera funcional, retribuciones, horario de trabajo, retiro médico decoroso y garantice la mejor calidad asistencial a todo habitante de la República.
- 3) Para que un Sistema Nacional de Salud y un Estatuto del Trabajo Médico puedan a la vez integrarse en una verdadera unidad que de como resultante, la mejor atención médica colectiva e individual será imprescindible establecer organizadamente, contralores y auditorías permanentes que permitan la evaluación constante y permanente de métodos y resultados, única forma de corregir, mejorar y desarrollar, con criterio dinámico y progresista, la salud de nuestra sociedad.
- 4) Cada acto médico, sea individual o colectivo, comporta no sólo el acto técnico en sí, sino además un acto ético de particularísimas características, con implicancias individuales y colectivas de extrema importancia. Por tanto reconociendo que el Sistema Nacional de Salud debe obligadamente establecer contralores de evaluación y administrativos, ellos deben a su vez ser controlados por un sistema único nacional de contralor ético.

CONCLUSIONES

- 1) Es imperativo y por lo menos simultáneo con cualquier tipo de coordinación o reorganización de la estructura sanitaria nacional el establecer un sistema único de Contralor Ético de la Profesión Médica que abarque todo el ámbito nacional.
- 2) Este sistema de Contralor Ético para ser obligatorio y dar los resultados necesarios en bien de la Salud Nacional, debe ser impuesto por ley, que la VI Convención Médica Nacional entiende debe denominarse Ley Orgánica de la Profesión Médica.

3) Es un imperativo que todos los Organos que la citada ley establezca para hacer efectivo ese contralor ético, estén integrados por médicos pertenecientes al cuerpo Médico Nacional como únicos capacitados para salvaguardar con toda su pureza las tradiciones médicas universales y la Moral y Etica Médica Nacionales.

4) **Como todo sistema de Contralor Etico debe estar íntimamente relacionado con el poder judicial** ya que las sanciones éticas que se dicten tendrán indudablemente implicancias morales y aún pecuniarias, por lo que se considera que su órgano máximo ejecutivo debe estar integrado por un miembro de la más alta categoría del poder judicial.

5) **Sus órganos estarán escalonados con jerarquía creciente, a nivel Departamental Regional y Nacional, y los médicos que los integran serán electos, por voto secreto, controlado por la Corte Electoral,** en circunscripciones, Departamentales, Regionales y Nacionales, respectivamente.

6) Esta constitución en 3 órdenes jerárquicos, garantizará la más justa aplicación de los principios éticos profesionales, y asegurará a cada uno de los integrantes del Cuerpo Médico Nacional la defensa de su moral médica.

7) **El Código de Etica Médica** por y para mejor aplicación se crea este sistema de contralor único, **será elaborado por el 1er. Consejo Nacional y sometido a la aprobación del Cuerpo Médico Nacional.**

ANTEPROYECTO DE LEY ORGANICA DE LA PROFESION MEDICA

CAPITULO I

Art. 1.º) Créase la Orden de los Médicos del Uruguay como persona de derecho público encargada de conciliar la independencia de los médicos con el contralor de su actividad y moralidad.

La defensa de los intereses económicos, sociales y laborales de los médicos, con excepción de aquellos que la ley imponga a la Orden de los Médicos, será competencia de las entidades gremiales formadas por aquellos, de acuerdo al Art. 39 de la Constitución de la República.

Art. 2.º) No podrá ejercerse la profesión médica en ninguna parte del territorio nacional, de no haberse aceptado la inscripción, en el registro de títulos de la Orden de los Médicos del Uruguay.

Para la inscripción en la Orden de los Médicos del Uruguay, es requisito indispensable la presentación del correspondiente título profesional, otorgado por la Facultad de Medicina o revalidado por la Universidad de la República, de conformidad con las disposiciones vigentes.

CAPITULO II — FINES

Art. 3.º) Son fines de la Orden de los Médicos del Uruguay los siguientes:

a) Velar para que el médico pueda ejercer con dignidad y eficacia su misión al servicio de la vida humana.

b) Vigilar el ejercicio de la profesión médica, debiendo ésta cumplirse de acuerdo con el Código de Etica Médica.

c) Contribuir a que el médico pueda ejercer con dignidad e independencia su profesión, así como al progreso de ésta.

d) Propender a la dignificación de la profesión médica, tanto por la elevación y el ennoblecimiento de la conducta y el comportamiento de los médicos, como por el aprecio y la consideración que merezca en todos los sectores de la Sociedad.

e) Evacuar las consultas o resolver los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos que sobre ética y deontología médica le sean sometidos por el Estado, Asociaciones Profesionales, Entidades particulares, personas físicas o jurídicas que se sientan afectadas o integrantes de la Orden.

f) La Orden de los Médicos debe llevar el Registro de las Calificaciones Médicas, pero no será órgano calificador ni normativo de estas calificaciones, en el Código de Ética deberán especificarse las faltas que se cometan por incumplimiento de las normas del Estatuto del Trabajo Médico.

CAPITULO III — ORGANISMOS DIRECTIVOS

Art. 4.º) Son Organismos Directivos de la Orden de los Médicos del Uruguay los siguientes:

a) El Consejo Nacional, como Organismo superior con domicilio en la capital de la República.

b) Los Consejos Departamentales como organismos locales con asiento en la capital de cada Departamento.

c) Los Consejos Regionales, como organismos regionales con domicilio a establecer en la reglamentación de esta Ley.

Del Consejo Nacional — Composición.

Art. 5.º) El Consejo Nacional estará compuesto de 9 miembros a saber:

a) Un delegado médico designado por el Ministerio de Salud Pública.

b) Un delegado médico designado por la Facultad de Medicina.

c) Un delegado designado por el Poder Judicial.

d) Seis delegados médicos.

Competencia

Art. 6.º) El Consejo Nacional deberá:

a) Dictar las normas generales a las que deberán ajustarse los médicos en su comportamiento profesional de acuerdo al Código de Ética.

b) Ejercer la superintendencia directiva, correctiva, consultiva y económica sobre todos los organismos y miembros de la Orden de los Médicos.

c) Entender en los recursos de apelación que se promuevan contra las resoluciones de los Consejos Departamentales y/o Regionales.

d) Convocar a elecciones con un plazo de 180 días antes del cese de su mandato.

e) Ejercer la representación de la Orden de los Médicos.

f) Efectuar la incorporación de los médicos que se inscriban en el Registro, en ceremonia pública, en la que el nuevo profesional prestará el juramento respectivo.

De los Consejos Departamentales — Composición.

Art. 7.º) Cada Consejo Departamental estará compuesto por 5 miembros médicos. La reglamentación de la presente Ley establecerá la forma de asesoramiento legal para las resoluciones de dichos Consejos.

Competencia

Art. 8.º) A los Consejos Departamentales compete:

- a) Llevar el registro de los médicos habilitados para el ejercicio de la profesión. Admisión en el Registro habilitará para el ejercicio de la profesión médica en todo el territorio de la República, pero deberá efectuarse en el Consejo Departamental que corresponda, al domicilio efectivo del médico.
- b) Aplicar las sanciones que correspondan a los médicos que violen las disposiciones del Código de Ética Médica, excepto la suspensión del título. La competencia se determinará por el lugar donde se haya cometido la violación. En caso de que la infracción se haya cometido en varios Departamentos, tendrá competencia el que haya intervenido en el primer hecho.
- c) Evacuar las consultas que le formulen los integrantes de la Orden de los médicos domiciliados en el Departamento.
- d) Cumplir las decisiones del Consejo Nacional en todo lo referente al logro de los objetivos y fines de la Orden de los Médicos.

De los Consejos Regionales — Composición.

Art. 9.º) Los Consejos Regionales estarán compuestos por tantos miembros médicos como Consejos Departamentales estén representados en la región.

Competencia

Art. 10.º) A los Consejos Regionales les compete:

- a) Actuar como Tribunales de segunda instancia la aplicación de sanciones que correspondan a los médicos que violen las disposiciones del Código de Ética Médica.
- b) Determinarán la suspensión o no del Registro de Título del médico afectado por una resolución del Consejo Departamental por expediente y sumario completo elevado por estos Consejos Departamentales al Consejo Regional.

De los Recursos de Reposición y Apelación.

Art. 11.º) Contra las decisiones de los Consejos Departamentales de la Orden de los Médicos así como de los Consejos Regionales habrá el recurso de reposición ante el propio Consejo que deberá interponerse en forma fundada dentro de los diez días de la notificación, conjuntamente con el recurso de apelación ante el Consejo Nacional. El Consejo Regional como tal, deberá resolverlo dentro de los 30 días debiendo entenderse rechazado el recurso si él no queda resuelto dentro de ese plazo. El Consejo Nacional dispondrá de 60 días para la resolución del recurso de apelación.

Se entiende como falta de Ética grave que debe estar consignada en el Código de Ética la falta de resolución de los recursos de apelación, por tanto los miembros responsables uno o todos serán suspendidos y automáticamente reemplazados por los suplentes respectivos.

De no producirse esto en forma automática, el damnificado, o los otros órganos o miembros de la Orden, harán la denuncia correspondiente ante la Suprema Corte de Justicia para que se cumplan los extremos enunciados. Todas las resoluciones que afecten en cualquier sentido a los miembros de la Orden no serán públicas mientras no se agoten todas las instancias a que tiene derecho el demandado.

CAPITULO IV — ELECCIONES

Art. 12.º) Los miembros representantes de la profesión médica del Consejo Nacional serán elegidos por representación proporcional entre todos los integrantes de la Orden de los Médicos, aplicándose el sistema de listas y el voto secreto.

El acto electoral será controlado por la Corte Electoral, y en él se aplicarán en lo que corresponda las normas vigentes para la elección de la Cámara de Senadores.

Los delegados electos se designarán cada 3 años, prolongándose el mandato de los delegados cesantes hasta que los nuevos electos tomen posesión.

Todos los miembros podrán ser reelectos por una sola vez, debiendo transcurrir un período íntegro entre su cese y su nueva elección para poder integrar el Cuerpo.

Las listas de suplentes serán con sistema de suplentes respectivos para el Consejo Nacional, y preferenciales para los Departamentales.

Art. 13.º) Los miembros de los Consejos Departamentales serán elegidos por los médicos inscriptos en el Departamento, aplicándose en lo pertinente, las disposiciones previstas en el Art. anterior.

Art. 14.º) Los miembros de los Consejos Regionales serán electos por los Consejos Departamentales que forman la Región en número de 1 por Departamento conjuntamente con su suplente respectivo.

CAPITULO V — SANCIONES

Art. 15.º) Las sanciones que pueden aplicar los Consejos Departamentales en los casos de violación del Código de Etica o de las resoluciones dictadas por el Consejo Nacional o Departamental respectivos son las siguientes:

- 1) Observación.
- 2) Amonestación.
- 3) Multa: que podrá ser aplicada en forma única o conjuntamente con cualquiera de las anteriores sanciones.
- 4) Cuando a juicio del Consejo Departamental la violación del Código de Etica suponga la posibilidad de suspensión del Registro, deberá elevar el Sumario correspondiente al Consejo Regional para su posterior trámite. En caso de condena judicial que imponga inhabilitación, los órganos de la Orden de los Médicos, dispondrán automáticamente la suspensión del Registro por el tiempo que dure aquélla.

Art. 16.º) Los Consejos Regionales actuarán como Tribunales de Segunda Instancia frente a las sanciones aplicadas por los Consejos Departamentales. Cuando se trate de aplicar suspensión del Registro de Título actuarán como Organismos de Primera Instancia. La suspensión no podrá exceder de 6 meses y deberá ser decretada por unanimidad de votos fundados de los integrantes del Consejo Regional respectivo. Dicha suspensión podrá ser inhabilitante en forma total o parcial del ejercicio de la Medicina. El médico sancionado podrá pedir su rehabilitación. Esta rehabilitación exigirá también unanimidad de votos fundados del Consejo Regional respectivo.

De los procesos de rehabilitación conocerá el Consejo Nacional. En la apelación cuando corresponda el Consejo Nacional podrá actuar por simple mayoría.

CAPITULO VI — RECURSOS DE LA ORDEN DE LOS MEDICOS

Art. 17.º) Los ingresos de la Orden de los Médicos serán:

- 1) Un aporte porcentual sobre los salarios médicos de hasta el 1 % que el Consejo Nacional fijará de acuerdo con su Presupuesto anual.
- 2) El 1 % de los sueldos fictos de los médicos fijados por el Consejo Departamental en función de los honorarios que cobre cada médico.
- 3) Donaciones y legados. Anualmente el Consejo Nacional con los ele-

mentos aportados por los Consejos Departamentales y Regionales aprobará el Presupuesto General de la Orden.

CAPITULO VII — DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 18.º) Créase con carácter provisorio una Comisión Especial encargada de organizar y presidir la primera elección de los Consejos Nacional y Departamentales de la Orden de los Médicos del Uruguay.

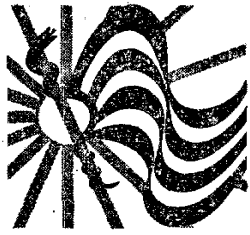
La instalación de dichos Consejos deberá efectuarse dentro de los 90 días de promulgada la Ley. La Comisión Especial estará integrada por:

- a) Un delegado del Ministerio de Salud Pública.
- b) Un delegado del Poder Judicial.
- c) Un delegado de la Facultad de Medicina.
- d) Un delegado del Sindicato Médico del Uruguay.
- e) Un delegado de la Federación Médica del Interior.

Las entidades mencionadas deberán comunicar al Ministerio de Salud Pública la designación de los delegados que las representen dentro de los 10 días de promulgación de la presente Ley. Dentro de los 15 días de dicha promulgación, el Ministerio de Salud Pública convocará e instalará la Comisión Especial.

Art. 19.º) El primer Consejo Nacional deberá elevar al Poder Ejecutivo la reglamentación de la presente Ley, dentro del plazo de 180 días de su constitución.

Art. 20.º) El primer Consejo Nacional electo deberá elaborar el Código de Ética Médica en un plazo de 180 días después de constituido.



**VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL**

ESTATUTO DEL TRABAJO MEDICO

Relator:

Dr. Tabaré González

INTRODUCCION Y CONCLUSIONES

La multiplicidad institucional o de sistemas de atención médica que conviven en nuestro país desdibuja y enmascara verdaderas relaciones de trabajo.

Este punto es fundamental no sólo por las condiciones actuales de trabajo médico sino cuando se han gestado necesidades de cambio en toda la estructura de atención médica. Ambos cambios deben ser paralelos y unitariamente concebidos. De lo contrario podemos mantener contradicciones que hagan fracasar dichos cambios.

En la base de nuestros problemas laborales tenemos que considerar múltiples aspectos.

Los más importantes son: la formación que debe dar respuesta a las necesidades de nuestro país; la distribución racional de los recursos humanos; las fuentes de trabajo visibles y abiertas y que su ausencia es uno de los más graves problemas para más de un tercio de los médicos uruguayos; el régimen laboral que fomenta la dispersión, la jornada de 12 o más horas por día, sin descanso semanal ni anual reglado y que sacrifica el tiempo necesario para la capacitación y la familia; la seguridad social que es tan insuficiente que no permite un adecuado clima de tranquilidad para nuestro trabajo; la máxima expresión de este problema la vemos en la ausencia de un sistema de retiro médico justo; la retribución del trabajo médico que ha caído sensiblemente golpeada por un lado por la crisis del país pero también como tributo a los problemas enumerados antes.

El cambio es impostergable. Debemos definir objetivos, sistematizarlos, instrumentarlos y prepararnos a luchar por la conquista y vigencia de los mismos.

Objetivos que debe cubrir un Estatuto del Trabajo Médico

Para transformarse en un instrumento real que permita corregir la situación laboral y salarial actual e introducir racionalidad y justicia.

—Resolver los problemas de la ocupación médica.

—Sistematizar y uniformizar los mecanismos de ingreso al trabajo por métodos de selección únicos, tanto para el ámbito público como privado en que se aplique, requisitos, bases de llamados, reglamentos, etc.

—Posibilitar la realización de una real carrera funcional asegurando el progreso del médico dentro de un escalafón único para todos los tipos de instituciones.

—En función de esa necesidad de carrera se requiere la calificación periódica y regular.

—Que se garantice la aplicación real de la ley de 8 horas de labor efectiva y eficaz y asegurar por ese mecanismo la real distribución del trabajo, la correcta asistencia y la eliminación de la multiplicidad de cargos, muchas veces yuxtapuestos.

—Promover la concentración del trabajo en una sola institución, hasta su grado máximo: la dedicación total exclusiva. En una etapa de transición se puede ir logrando por el método de crear cargos, o ir transformando los existentes con un horario mínimo adecuado a este principio.

—Regularizar la situación del trabajo médico "zafral", dando permanencia a los cargos mediante una planificación adecuada. Regularizar la situación del suplente a permanencia, injusta situación que se arrastra durante años.

—El escalafón concebido a nivel nacional y suprainstitucional debe asegurar mecanismos que permitan el tránsito de un determinado ámbito al otro, en función de la carrera funcional y la capacitación que ella implica.

—Desde el punto de vista económico deben estudiarse y establecerse condiciones que garanticen justicia en la retribución del trabajo médico.

—El retiro médico decoroso, que sea capaz de servir más del 80 % del salario del médico en actividad, y con posibilidades reales de actualización periódica posterior como aspecto esencial de un racional sistema de seguridad social.

ESTATUTO DEL TRABAJO MEDICO

1. FINES

El Estatuto del Trabajo Médico será el conjunto de normas que regulen los deberes, derechos y relaciones de trabajo de los médicos con las instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios tanto de atención médica, administración médica, educación médica, investigación, asesoría y otras formas de actividad médica no expresadas. Estas normas deberán ser recogidas por la ley. Las instituciones que por la Constitución de la República se rijan en forma autónoma adecuarán las relaciones con los médicos a las normas de este Estatuto.

Para las instituciones que por la Constitución de la República se rijan en forma autónoma, este Estatuto servirá de guía para que ellas en el marco de su autonomía contribuyan a la racionalización del trabajo médico.

2. CONDICIONES DE INGRESO

—Todo profesional médico que cumpla con los requisitos legales necesarios para el ejercicio de su profesión se encuentra en condiciones de aspirar a cargos titulares y suplentes en cualesquiera de los organismos empleadores.

—Todos los cargos médicos de ingreso que existen en el territorio de la República Oriental del Uruguay, pertenecientes a cualquier sector empleador, sean vacantes o creados, deberán ser necesariamente cubiertos en titularidad por el sistema de concursos.

—Los concursos de ingresos serán abiertos a todos los profesionales del país que cumplan con los requisitos legales vigentes.

Este mecanismo de ingreso podrá combinarse o sustituirse, cuando la integración del sistema de atención médica sea efectiva, con la radicación temporal en el medio rural.

—Son cargos de ascenso todos, con excepción de los cargos de ingreso. Serán provistos mediante un sistema de selección común.

—Serán descritos todos los cargos existentes. Con el acuerdo de los organismos gremiales se formularán reglamentos únicos de selección de personal médico que aseguren las máximas garantías para la cobertura de todos los cargos de ingreso y ascenso y que tendrán vigencia en todo el ámbito nacional.

—La selección del personal médico no podrá ser interferida o subordinada a consideraciones políticas, filosóficas, raciales, religiosas y ninguna otra que no sean los méritos profesionales del postulante.

3. DE LA CARRERA MÉDICA

—Se establecerán escalafones profesionales médicos comunes para todos los organismos empleadores. Con respecto al escalafón todos los profesionales médicos del país deberán ser calificados. Las gremiales médicas y la Facultad establecerán las pautas de calificación.

—Los médicos sólo podrán ser separados de sus cargos mediante sumarios o procesos.

Los cargos del más alto nivel del escalafón estarán sujetos a confirmación de su titularidad al año de ser adjudicados y luego reelegidos quinquenalmente.

—No podrán ser modificadas las condiciones de trabajo de los médicos, establecidas al asumir un cargo.

—Los médicos que no desempeñando funciones de administración sanitaria, ocupen los cargos más altos del escalafón deberían recibir adiestramiento en Administración Médica.

4. CONDICIONES LABORALES

—Las instituciones deberán proveer a los profesionales médicos bajo su dependencia de todos los elementos necesarios para el completo y perfecto cumplimiento de las funciones inherentes al cargo.

—La jornada laboral máxima será de 40 horas semanales en función de 8 horas de labor diaria.

—Estos conceptos se adaptarán en lo necesario a efectos del mejor cumplimiento de la función.

—El horario de trabajo del médico se computará en razón del tiempo que requiere para realizar una determinada función y en el caso de atención domiciliaria se computará como parte del horario contratado al tiempo empleado en el desplazamiento del médico.

—La jornada laboral mínima será de 4 horas por día.

—En razón de estos conceptos el médico podrá realizar en las instituciones: horario parcial, horario a tiempo completo, dedicación exclusiva y trabajo extraordinario.

—El horario parcial se cumplirá en lapsos no menores de 4 horas.

—La dedicación exclusiva implica la realización de la jornada laboral máxima con prohibición de toda otra actividad remunerada.

—El trabajo extraordinario es todo aquel que realiza fuera de las horas y/o funciones contratadas.

—El monto del trabajo por hora de desempeño de la función estará limitado

teniendo en cuenta, como elemento fundamental, aquel necesario para que el acto médico se realice con las máximas garantías. Este monto, pues, variará para las distintas disciplinas en relación con los más altos niveles de asistencia.

5. SISTEMA REMUNERATIVO

—Salario mínimo. Igual a un salario mínimo nacional por hora de trabajo por día laboral en el mes. 8 salarios mínimos nacionales serán igual a Salario Mínimo Basal (S.M.B.), para horario a tiempo completo.

—Complemento por grado del escalafón. Se reglamentará en tal forma que mediante aumentos progresivos en el escalafón, se duplique el SMB al alcanzar el último grado.

La calificación que habilita al paso de grado del escalafón aumentará el valor del SMB en la mitad de la diferencia establecida entre grado y grado. Este aumento se efectuará sobre el salario correspondiente al grado titular que tuviere el profesional médico actuante.

—Complemento por antigüedad. Se reglamentará de tal forma que mediante aumentos progresivos en el tiempo, se duplique el SMB al cabo de 25 años de ejercicio profesional.

—Hasta el 50 % de este complemento podrá ser otorgado a través de la disminución del horario de trabajo luego de 15 años de ejercicio profesional.

—Dedicación exclusiva. Tendrán un complemento del 40 % sobre el valor del SMB correspondiente al grado del P. Médico titular del cargo.

—Estos complementos remunerativos, salvo el que corresponde al grado del escalafón se administrará globalmente mediante una Caja de Compensación.

—Complemento por trabajo extraordinario y días feriados. Se refiere exclusivamente a los casos en los cuales el técnico actuante por razones de imperiosa necesidad debe actuar fuera de las funciones y/u horarios contratados. Se pagarán a un valor igual a su SMB correspondiente a su grado multiplicado por 2.

—Complemento por horario nocturno del 30 % calculado sobre el valor de la hora de trabajo.

—Radicación en áreas rurales. La institución empleadora deberá proveer al médico de vivienda, consultorio y medios para una correcta asistencia. Su salario regido por los mismos conceptos ya mencionados, tendrá un complemento mínimo del 20 % sobre la asignación computable a su antigüedad y grado, y que podrá llegar al 100 % según el lugar y la función.

—Complemento por especialización. La dedicación a las especialidades que indique periódicamente la Orden de los Médicos según las necesidades nacionales, será remunerada con un complemento del 5 % del salario mínimo basal por hora laboral y por grado.

—Complemento por locomoción.

—Acumulación de complementos. Todos los complementos mencionados serán acumulables entre sí.

6. CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO, BECAS Y CURSOS DE ESPECIALIZACION

—Se establecerán por los Organismos Docentes o las Organizaciones Científicas Nacionales, cursos de Perfeccionamiento de Post Grado adecuados a los distintos grados del Escalafón y para todas las disciplinas médicas.

Será obligatorio para todo Profesional Médico la asistencia a los cursos correspondientes a su grado y disciplina con la periodicidad que la reglamentación determinará.

—Las remuneraciones y otras obligaciones financieras que surjan de la realización por el médico de cursos de perfeccionamiento, de especialización o del usufructo de becas en el país o en el extranjero, serán administradas por la Caja de Compensaciones prevista en el capítulo de retribuciones.

7. SEGURIDAD SOCIAL DEL MEDICO

—Los médicos contarán con un Seguro de Salud que será extensivo a los familiares a su cargo en lo relativo a los servicios de atención médica. Asegurará la atención médica integral y las prestaciones financieras que surjan de la enfermedad, incapacidad parcial o total, paro forzoso y la muerte del médico.

—El médico acogido a los beneficios financieros del Seguro recibirá por lo menos el 80 % del promedio de sus entradas en los últimos 6 meses de actividad hasta el reintegro a su cargo o hasta su jubilación.

—Los médicos contarán con los seguros de riesgos que la reglamentación determine.

—El médico que utilice locomoción propia para el servicio de una o más Instituciones empleadoras deberá ser asegurado por ésta o éstas contra accidente de tránsito, robo, incendio y terceros. Este seguro será de cargo íntegro de las Instituciones empleadoras.

RETIRO MEDICO

Artículo Primero. Los afiliados activos de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, dependientes del Banco de Previsión Social, con excepción de la Caja de Profesionales Universitarios, que presten servicios como médicos, podrán acogerse al retiro, cuando cumplan sesenta años de edad y treinta años en el ejercicio de dicha profesión, pero deberán hacerlo en forma obligatoria, cuando cumplan setenta años de edad.

a) El sueldo mensual equivalente será del 80 % del total de las asignaciones computables que haya recibido promedialmente el año anterior referido a la fecha en que cumpla los extremos del numeral c).

b) Dicha pasividad no sufrirá descuento de clase alguna.

c) El monto fijado por el numeral a) será ajustado anualmente al 1.º de julio de cada año en el 80 % de las asignaciones vigentes a esa fecha.

d) En caso de no cumplirse con el extremo establecido en el numeral c), la o las antiguas entidades empleadoras complementarán la diferencia entre el monto de las asignaciones efectivamente cobradas por el médico afiliado pasivo y la cantidad resultante de la duplicación de ese numeral c). Estas cifras serán deducibles mensualmente de las cantidades globales que la o las instituciones empleadoras deban verter a la Caja correspondiente.

e) El afiliado podrá optar en caso de tener derecho a pasividad en más de una Caja, a percibir todas las jubilaciones a que tenga derecho, o a solicitar que la Caja con mayor monto le liquide una sola pasividad, incluyendo la suma de todas. En tal caso, las restantes Cajas deberán verter los recursos necesarios para cubrir dicha erogación.

f) La pasividad liquidada al amparo de la presente ley es incompatible con

toda actividad profesional médica remunerada, salvo las derivadas de la actividad Profesional Liberal.

g) El derecho pensionario será el que corresponda a la Caja que sirva la pasividad.

Artículo Segundo. Los empleadores de los beneficiarios de la presente ley, en oportunidad que un médico cumpla con los extremos del inciso primero del artículo precedente, darán de baja al afiliado el día 1 del mes siguiente, pero deberán continuar pagándole una prestación igual al 80 % de las asignaciones computables. Una vez decretada la pasividad, la Caja que deba servir la misma, solicitará a la entidad empleadora el detalle de las sumas abonadas por este concepto, a los fines de su descuento y posterior reintegro al acreedor.

Artículo Tercero. Si el afiliado debe acogerse al retiro en forma voluntaria por razones de incapacidad física y/o mental, se aplicarán las normas determinadas en el Art. 1, incisos a) al g).

8. DESCANSO OBLIGATORIO

Será de 30 días anuales en períodos de 20 y 10 días. Dicho descanso tendrá un aumento de 1 día por año de antigüedad como médico.

—Para los médicos que trabajan la jornada completa o en régimen de dedicación exclusiva se reglamentará un sistema periódico en lapsos no mayores de 3 años que aparte de los descansos establecidos en el parágrafo 11 establezcan el derecho del profesional a tener entre 60 ó 90 días para dedicar a la publicación de trabajos científicos o realizar viajes de perfeccionamiento.

—En los casos de médico único de localidades pequeñas la institución empleadora proveerá los mecanismos de descanso periódico que aseguren la efectividad de lo dispuesto acerca de jornada laboral, en lo referente al descanso.

9. SUELDO VACACIONAL

Los médicos percibirán de la o las instituciones empleadoras un salario vacacional que será igual a la asignación computable mensual promedio del año en curso y que será pagada por la Institución en 2 veces durante la semana previa al descanso obligatorio, y proporcional al número de días de éste.

10. XIII SUELDO

Asignación Familiar, Hogar Constituido, compensación por casamiento, como por nacimiento, etc.

11. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

JORNADA LABORAL

Jornada laboral mínima. A partir de la promulgación de la presente Ley se admitirá como jornada laboral mínima para los cargos llenados a la fecha en titularidad en los organismos empleadores, la de 12 horas semanales.

A partir de la vigencia del presente estatuto todo cargo vacante deberá cumplir con lo establecido en el capítulo de condiciones laborales.

La acumulación de cargos se permitirá durante la vigencia de las disposiciones transitorias hasta un tope máximo de 48 horas semanales, en todos los casos deberá asegurarse que la adecuación a estas normas no signifique un perjuicio económico para el médico.

Si bien los montos remunerativos de acuerdo a lo establecido en el capítulo respectivo, no podrá modificarse el sistema remunerativo vigente sin el consentimiento del titular del cargo.

Se entiende compatible con lo establecido en el capítulo de remuneraciones los siguientes sistemas remunerativos.

—Sistema remunerativo urgente.

—Salario fijo complementado por pago de acto médico.

—Pago por registro de población asignada.

El Estado deberá arbitrar los medios para que todo médico disponga de una unidad automotriz adecuada estableciendo las condiciones para que el médico pueda adquirirla periódicamente sin el carácter de artículo suentario, mientras las condiciones laborales y económicas del médico no sean correctas.