

Confederación Médica Panamericana
Comité Ejecutivo Central
Esmeralda 678 - Casilla 639 - Santiago, Chile

XI CONGRESO MÉDICO SOCIAL PANAMERICANO
LA PAZ, BOLIVIA, OCTUBRE 20 - 22, 1970

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CARTA MÉDICA DE LA PAZ (1970)

El XI Congreso Médico Social Panamericano ha demostrado a través de sus plenarios y discusiones en grupo que los países latinoamericanos, con mayores o menores diferencias, sufren de hambre, miseria e ignorancia que deparan, indefectiblemente, enfermedades de diversos tipos que afectan densos sectores de población ciudadana y campesina, y son consecuencia directa del subdesarrollo en que vivimos.

Existen en el continente países injuriantemente(¿) atrasados y con sectores de población donde el promedio de vida no pasa de los treinta años. Lugares donde la tuberculosis y otras afecciones de causa social, relacionadas con un nivel subhumano de vida, constituyen un lacerante anacronismo y un contrasentido en relación al avance tecnológico y los formidables alcances de la medicina y la ciencia contemporáneas.

Inmersos en la discusión de problemas de hambre, salud y desarrollo, preocupados por el alcance y la extensión de los beneficios de una atención médica integral a los sectores más populares y mayoritarios de la población, inquietos por la formación de un médico integral, plenamente identificado con su pueblo; convencidos de que el médico no debe adoptar la postura de un árbitro en la administración de la justicia social, sino que debe actuar según una postura médica, que sin dejar de ser tal, tiene implicancias políticas, los médicos agremiados del continente – fraternalmente reunidos en la ciudad de La Paz– DECLARAN:

- I. Del análisis de todos los problemas considerados en el XI Congreso Médico Social Panamericano y de la I Conferencia Regional Latinoamericana de Educación Médica surge el establecimiento del papel causal prevalente de la estructura económico-social en la determinación del estado de salud y enfermedad, así como en la situación de hambre y desnutrición de los pueblos de América Latina.
- II. Las conclusiones a que han arribado los grupos de discusión y los plenarios concuerdan unánimemente en la necesidad urgente de cambios estructurales económicos, sociales y políticos para abrir cauce a un auténtico desarrollo, en cuyo marco tendrán solución los graves problemas de salud en nuestros pueblos.
- III. Para acelerar el logro de altos niveles de prestación médica integral que alcance a los más amplios sectores populares, es necesaria la superación de las formas liberales de prestación de asistencia para formas organizativas nacionales colectivas o socializadas de acuerdo con la conformación político-social de cada país.
- IV. Tales fines exigen correspondientemente proceder a cambios sustanciales en el proceso de formación médica de modo que se obtenga un médico comprometido con el proceso de cambio social y en condiciones de integrarse a las formas colectivas de prestación asistencial.
- V. El destino histórico del médico está ligado al de las mayorías populares trabajadoras de las que forma parte para conquistar el bienestar de la colectividad.
- VI. El médico no puede cumplir su misión de tal al margen de las luchas sociales. Siendo la

explotación y la dependencia tanto interna como externa incompatibles con la satisfacción de las necesidades de salud y de otros valores sociales ligados a ella, la profesión médica organizada, consciente de su alta responsabilidad histórica, debe participar al lado de las otras fuerzas sociales en la lucha por la liberación nacional.

Aprobada por la X Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana, en La Paz (Bolivia) el 27.10.1970.

Tema I: HAMBRE, SALUD Y DESARROLLO

Conclusiones y Recomendaciones

Del profundo análisis de los indicadores de salud, recursos para la salud, económicos y sociales que nos demuestran un estado general de desnutrición del grueso de la población de América Latina, una elevada tasa de mortalidad infantil y de mortalidad general, una pobre expectativa de vida al nacer, mínimos y mal administrados recursos para la salud, poblaciones sin médicos y médicos sin pacientes (por efecto de contradicciones en el sistema), renta nacional per cápita cada vez más alejada de las correspondientes a los países altamente desarrollados, distribución de la renta nacional a favor de sectores minoritarios, falta de desarrollo de industrias básicas, concentración de la tierra en poder de irritantes minorías, estructura productiva orientada a satisfacer los requerimientos de materias primas por las grandes metrópolis; fuerte deterioro en los términos del intercambio, por ausencia de políticas que afirmen las soberanías nacionales; bajos salarios con tendencia decreciente en cuanto a su poder adquisitivo; elevadas tasas de analfabetismo neto y grandes contingentes de analfabetos relativos por deserción escolar y, finalmente, compromisos adquiridos por nuestros gobiernos con las grandes potencias, nos hacen concluir en que:

1. El hambre y la falta de salud que existen en nuestro continente son la consecuencia directa de políticas de tipo colonial y de estructuras feudales y de dependencia de las grandes metrópolis las que han impedido un desarrollo socioeconómico al servicio de la población en su conjunto.

POR TANTO,

1. El hambre es una realidad incontrovertible en los países latinoamericanos como lo es el bajo nivel de salud.
2. Las estructuras económicas vigentes actualmente en los países latinoamericanos condicionantes de los bajos niveles de salud requieren soluciones que escapen al control estrictamente médico por sus implicaciones políticas, económicas y sociales.
3. Los problemas de hambre, salud y subdesarrollo no pueden resolverse con medidas como la pretendida doctrina MacNamara cuando los países latinoamericanos están capacitados para alcanzar densidades de población muy superiores a las actuales, en consecuencia, y por el carácter dependiente y semi colonial de los países latinoamericanos, postergados en su desarrollo por los intereses del imperialismo, debe establecerse de una vez, que solamente un proceso conjunto de liberación de los pueblos hermanos de América Latina puede otorgar a sus vastos sectores ciudadanos niveles de vida que condigan con el progreso de la ciencia y los altísimos niveles de protección que ha alcanzado la medicina en sus facetas de prevención y asistencia.

Tema II: CÓDIGO DE TRABAJO DEL MÉDICO AMERICANO

Conclusiones y Recomendaciones

(Pautas para redactar el Código de Trabajo del Médico Americano)

- I. **Rol social del médico.** Una sociedad en desarrollo necesita de un cuerpo médico comprometido con los movimientos sociales que todo desarrollo impone y le obliga a

entregar a su trabajo con auténtico sentido social.

El médico tiene la responsabilidad de estar permanentemente consciente de ello y actuar como tal, siendo un activo agente de cambio.

II. **Definición del Código.** El Código del Trabajo del Médico constituye un conjunto de normas comunes que regula sus deberes, derechos y relaciones dentro de las organizaciones sociales.

III. **Del Título del Médico.** Las Facultades o Escuelas de Medicina determinarán el nivel satisfactorio de la enseñanza médica y certificarán el título profesional de los médicos que deseen trabajar en el país.

IV. **De lo Gremial.**

4.1 Todos los médicos residentes en el país y que desempeñen trabajo, tanto funcionario como privado, están obligados a afiliarse al Capítulo Gremial Local, dependiente del Organismo Gremial Central Máximo. No excluye, en líneas generales, esta obligación a los médicos de las fuerzas armadas.

4.2 Este Organismo Gremial Central Máximo tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones y atribuciones:

4.2.1 Velar por el progreso, prestigio y prerrogativas de la profesión y por su regular y correcto ejercicio; mantener la disciplina profesional e imponer los preceptos de la ética profesional.

4.2.2 Considerar las condiciones de trabajo y económicas de los servicios médicos de las instituciones públicas o privadas, de acuerdo con las modalidades y necesidades de cada región, como de los médicos que prestan funciones en ellas, y proponer a las autoridades correspondientes las medidas tendientes a que esas condiciones sean adecuadas, equitativas y justas.

4.2.3 Mantener un registro actualizado permanentemente de todos los afiliados, con los datos de identificación y curricular.

4.2.4 Dictar el arancel de honorarios profesionales, el cual deberá ser aprobado por la autoridad administrativa máxima del país.

4.2.5 Participar, en representación de los médicos, en los conflictos de éstos con las instituciones en que presten servicios, y resolver, a petición de alguna de las partes, los conflictos que se susciten entre médicos y entre éstos y sus enfermos.

4.2.6 Asesorar a la justicia ordinaria en la represión del ejercicio ilegal de la profesión.

4.2.7 Analizar las quejas de las personas que se creyeran perjudicadas con los procedimientos profesionales de un médico. Problema que debe ser llevado siempre en primera instancia a ese Organismo.

4.2.8 Aplicar sanciones al médico que incurra en cualquier acto desdorado para la profesión, abusivo de su ejercicio o incompatible con la dignidad y cultura profesional, sanciones que pueden llegar a la supresión temporal del ejercicio profesional e incluso a la cancelación del título; esta última medida puede ser elevada a la Corte Suprema de Justicia, para su consideración y resolución definitiva.

4.2.9 Estar representado con derecho a voz y voto en el Comité Central de Planificación de la Salud del país con el fin de asesorar la promoción, programación, coordinación, control e integración de las acciones de salud a nivel nacional. Estimar las demandas de servicios de salud, determinar los recursos para atender dicha demanda, evaluar el rendimiento de las acciones de salud y el aprovechamiento de los recursos y colaborar en la formulación del plan de salud nacional.

Estas atribuciones puede el organismo superior delegarlas total o parcialmente en los organismos locales o regionales de la orden.

4.3 Todo médico está en la obligación ineludible de respetar y prestar adhesión a las determinaciones que sus organismos gremiales adopten en procura de mejoras y/o defensa de

la profesión.

4.4 Se acepta la huelga como herramienta de presión gremial, de extrema medida, obligándose los asociados a cumplir lo dispuesto por su organismo gremial máximo so pena de sanciones.

V. Del Trabajo Institucional

5.1 De la provisión de los cargos.

5.1.1 Todo cargo médico de la administración civil del país en caso de vacancia o creación, cualquiera que sea su jerarquía exceptuándose aquéllos de estricta función política, deberá necesariamente ser cubierto en propiedad por el sistema de concurso de méritos y/o oposición.

5.1.2 Ningún cargo que quede vacante o por creación puede ser servido interinamente o por simple contrato por un plazo mayor de 6 meses, al cabo de los cuales debe ser provisto en propiedad mediante concurso.

5.1.3 El sistema de concurso en ningún caso podrá ser interferido por consideraciones políticas, raciales o religiosas o ninguna otra que no sean los méritos profesionales del o los postulantes.

5.1.4 Los concursos serán amplios y abiertos a todos los profesionales del país, salvo los cargos vacantes que constituyan promoción.

5.1.5 Los cargos de promoción serán cubiertos necesariamente por concursos circunscrito al ámbito de los profesionales que trabajan en la misma institución en la que se hubiese producido la vacante o se hubiera creado el cargo objeto del concurso.

5.1.6 El organismo gremial máximo necesariamente intervendrá en la confección de las normas o reglamento que regulen los concursos, en cuya calificación actuará en calidad de delegado con voz y voto de uno de sus miembros.

5.2 Calificación de desempeño.

5.2.1 La calificación constituye una apreciación de la calidad del trabajo desempeñado por el médico en un periodo determinado, generalmente un año.

5.2.2 Debe ser realizada por el superior inmediato y solamente médico.

5.2.3 El Organismo Gremial Máximo debe participar en las Comisiones de Apelación de dichas calificaciones.

5.2.4 Los rubros de calificación y el procedimiento será materia de un Reglamento en cuya confección debe estar representado el Organismo Gremial Máximo.

5.3 Derecho a la Función.

5.3.1 Todo médico goza del derecho de inamovilidad funcionaria del empleo ganado por concurso y sólo puede ser separado de éste mediante un proceso o sumario, de cuyo dictamen el afectado puede solicitar la intervención del Organismo Gremial Máximo, quien en conciencia tomará su defensa o no.

5.3.2 No pueden ser modificadas negativamente las condiciones de trabajo del médico que desempeña una determinada función que hubiera sido obtenida a través de concurso.

5.4 Del horario e incompatibilidades.

5.4.1 El horario de trabajo del médico funcionario se computará en razón del tiempo que requiere para realizar una determinada función.

5.4.2 En caso de atención domiciliaria se computará como parte del horario contratado el tiempo empleado en el desplazamiento del médico desde su lugar de trabajo al o los domicilios.

5.4.3 En razón del tiempo contratado el médico realizará sus labores en los siguientes tipos de horario:

5.4.3.1 Horario parcial - cuando las labores profesionales se realizan en el lapso de 2, 3 o 4 horas continuas de trabajo.

5.4.3.2 Horario a tiempo completo - cuando el trabajo se realiza en 6 horas; las cuales deberán cumplirse con un periodo de descanso de por lo menos 2 horas entre dos medio tiempos.

5.4.3.3 Dedicación exclusiva - se cumple en 6 u 8 horas de labor, incompatibles con el desempeño de otra función.

5.4.4 Las labores administrativas de jerarquía son necesariamente de dedicación exclusiva.

5.4.5 Cuando un médico tiene contratados sus servicios con dos o más empleadores, su jornada de trabajo se amplía en el tiempo necesario para desplazarse de un empleo a otro.

5.4.6 Autorízase con la aprobación del Organismo Gremial Máximo a los médicos funcionarios no universitarios a contratar hasta un máximo de 12 horas semanales para ejercer docencia.

5.5 De las remuneraciones.

5.5.1 El médico, como cualquier otro profesional o trabajador, tiene derecho a percibir en retribución de su trabajo un salario justo que esté de acuerdo con el costo de la vida, las condiciones económicas y el medio donde se realiza el trabajo; y le permitan, además, subvenir sus gastos de perfeccionamiento y actualización profesionales.

5.5.2 En la relación individual con los pacientes sus honorarios profesionales se regularán por el arancel profesional médico.

5.5.3 Ningún médico podrá cobrar sumas inferiores a las determinadas en el arancel profesional médico.

5.5.4 El salario del médico funcionario será determinado a través de convenios o contratos en los que necesariamente deberán especificarse:

5.5.4.1 El monto del salario de acuerdo con el tipo de horario contratado y que debe encuadrarse en una pauta establecida por el Organismo Gremial Médico Máximo.

5.5.4.2 El incremento por años de servicio (trienios, quinquenios).

5.5.4.3 Las bonificaciones por categoría jerárquica (asignación de responsabilidad).

5.5.4.4 Las remuneraciones por trabajo extraordinario (realizado fuera de las horas contratadas, nocturno, domingo y festivos).

5.5.4.5 Asignación por dedicación exclusiva.

5.5.4.6 Otras asignaciones a la función: especialidad peligrosa, pluralidad o sitio alejado, especialidad en falencia.

5.5.4.7 Los médicos que realizan estudios de postgrado y cumplen funciones de guardia médica serán remunerados con un salario mensual que será independiente de los costos de alimentación, vestuario y habitación que les conceda la institución donde trabajan.

5.6 De los empleadores, estímulos y carrera funcionaria.

5.6.1 Se reconoce como empleadores de los profesionales médicos:

5.6.1.1 El Estado.

5.6.1.2 La Instituciones Privadas.

5.6.1.3 Los pacientes que libremente eligen al médico.

5.6.2 Las relaciones del funcionario médico con el Estado deberán ser reguladas de acuerdo con un Estatuto del Médico funcionario el que incluye algunas áreas aplicables a las relaciones contractuales del médico con la empresa privada.

5.6.3 Las relaciones del médico con el paciente serán regidas por el Código de Ética del Organismo Gremial Máximo.

5.6.4 Por un principio de solidaridad profesional, las Instituciones Privadas dirigidas o integradas por médicos deberán propender a que las condiciones de trabajo de sus colegas en dichas Instituciones alcancen los más altos niveles y se constituyan en ejemplos de relación empleado-trabajador.

5.6.5 Las Instituciones empleadoras deben estimular el perfeccionamiento profesional a través de un sistema de cursos y becas nacionales e internacionales.

5.6.6 Los organismos empleadores deben tender a ofrecer una **carrera funcionaria**, que incluya un sistema de estímulo técnico, social y económico, lo que permite fomentar la idoneidad, el mérito y rendimientos adecuados en calidad y cantidad.

5.7 De los beneficios sociales.

5.7.1 Todo médico funcionario deberá estar cubierto por los sistemas de seguridad social existentes en el país en el que trabaja, debiendo siempre estar cubiertos los riesgos de enfermedad, incapacidad parcial o definitiva y fallecimiento.

5.7.2 Los beneficios sociales que reconozcan las instituciones empleadoras a sus trabajadores serán extensibles a los médicos funcionarios que trabajen en ellas.

5.7.3 Los Organismos Gremiales Máximos deben estudiar e implementar sistemas de seguros de desempleo para los profesionales médicos afiliados a las mismas, cuando el régimen previsional a que estén sometidos no lo contemplen.

5.8 De los riesgos profesionales y accidentes del trabajo.

5.8.1 Las especialidades que se enumeran: Radiología, Radioterapia, Tisiología, Leprología, Enfermedades transmisibles, Psiquiatría, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, implican un permanente riesgo para quienes las practican, por lo tanto deben merecer un trato de acuerdo con estos riesgos, el cual consistirá en la asignación de peligrosidad en dinero y un sistema excepcional de vacaciones que le permita alejarse periódicamente del mismo.

5.8.2 Después de diez años de trabajo en una especialidad peligrosa por la frecuente exposición al agente causante de ese riesgo, el médico que trabaja en esa especialidad deberá tener la oportunidad de abandonarla, alejándose de la fuente de riesgo. Las Instituciones empleadoras deberán tomar las providencias necesarias para capacitar a esos profesionales en las nuevas funciones que se les encomiendan.

5.8.3 Tanto en riesgos profesionales como en accidentes de trabajo, el médico funcionario deberá estar protegido por la Institución empleadora de acuerdo con normas de seguridad social o cubierto por una póliza de seguros que le garantice la continuidad de sus ingresos. Esta póliza de seguro debe ser con cargo exclusivo a la Institución empleadora.

Tema III: CRITERIO LATINOAMERICANO DE SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

Conclusiones y Recomendaciones

1. El tema “Criterio Latinoamericano de la Socialización de la Medicina” se refiere fundamentalmente a una forma de organización de la medicina en América Latina. Con respecto a toda forma de organización médica consideramos que siempre están presentes tres aspectos (como los lados de un triángulo) SOCIEDAD, MÉDICOS EN EQUIPOS DE SALUD Y MEDICINA. Todo enfoque parcial que considere o ignore un aspecto de estos parámetros distorsiona siempre el resultado final que se busca.
2. Los pueblos latinoamericanos viven, especialmente en la época actual, un momento en que impetuosamente y partiendo de distintos niveles buscan nuevas y más justas formas de organización socioeconómica.
En lo externo, toma este movimiento los caracteres de una nueva era de independencia económica, similar en importancia a la vivida a comienzos del siglo XIX en momento de la independencia política de las distintas naciones americanas.
En lo interno, está definida por la lucha contra la opresión de sectores minoritarios, que detentan el poder económico dentro de los límites de sus respectivos países, y en dependencia de centros de poder extranacional. Esta lucha se ha hecho, y se hace, tratando de obtener una más justa distribución de la riqueza y reclamando los mínimos derechos que las cartas internacionales proclaman. Esto sucede en un mundo en subdesarrollo, mientras en el resto se plantea el tránsito de la revolución industrial a la revolución termonuclear en

la producción. En nuestros países dentro de los derechos que se reclaman y en especial al que se refiere a la salud de los pueblos, no se puede separar de otros logros o conquistas a que aspiran las sociedades latinoamericanas.

La organización institucional o colectivización de la medicina es también un hecho definido desde fines del siglo pasado y en el curso de este siglo, tanto en países desarrollados como en los en desarrollo, no importa el modelo que hayan adoptado en su organización político-social. Está inscrito o relacionado, a su vez, con el surgimiento del gran movimiento de la Seguridad Social.

3. La salud está en estricta interdependencia del nivel socioeconómico de los pueblos. En Latinoamérica el subdesarrollo determina un bajo nivel de salud cuya atención puede encararse y se encara actualmente por diferentes sistemas.
4. La colectivización o institucionalización de la medicina, es un hecho que registra la historia de las sociedades del mundo. Está definido por la existencia de una organización que suplanta al beneficiario individual en salud por múltiples beneficiarios reunidos. Dicha colectivización se ha realizado en distintas maneras.
 - a) Bajo forma de medicina privada: son ejemplos los casos de seguro mercantil que con ciertos costos garantizan determinados riesgos.
 - b) Bajo formas de seguros con aportes individuales, pero en organizaciones también de gobierno colectivizado: es el caso de las mutualistas o mutualidades, así como las organizaciones gremiales médicas que organizan servicios de salud. (Son ejemplos de este último tipo en América Latina, Uruguay y Argentina.)
 - c) Bajo forma de seguros obligatorios colectivos, pero parciales, con participación mixta (obrero, patronal y/o estatal).
 - d) Cuando la organización que sirve de soporte a esa medicina colectivizada depende del acervo general de la nación y no de un sector privado, se debe hablar de nacionalización de la medicina. Dicha nacionalización puede abarcar en sus servicios sectores menores o mayores de la población, según la forma en que se realice. (En Latinoamérica tenemos el ejemplo del Servicio Nacional de Salud, de Chile.)
5. La nacionalización de la medicina en su grado máximo de desarrollo puede llegar a tener las siguientes características:
 - a) Abarcar en sus servicios la totalidad de la población de una nación.
 - b) Tener un financiamiento efectivo que surja de todo el conjunto social.
 - c) Su gobierno puede ser central con o sin participación de todos los sectores aunque se reconoce como la mejor forma de gobierno el de la responsabilidad compartida.
6. El término socialización de la medicina corresponde estrictamente a la organización de la medicina en un país que previamente se ha organizado bajo un régimen que establezca la socialización de los medios de producción y de consumo. La medicina socializada aspira a la atención de salud de la más alta calidad posible, a la totalidad de la población a través de una organización unitaria nacional en forma constante e integral, que sólo se puede lograr totalmente en países que adopten un régimen socialista.

De acuerdo con los anteriores enunciados,

Se recomienda:

1. El Cuerpo Médico, consciente de su responsabilidad en la evolución social, debe constituirse en agente de cambio, que establezca el diálogo entre las organizaciones médicas y las de los demás trabajadores para un intercambio recíproco, dirigido a promover la modificación de estructuras que permita la aplicación de los mejores sistemas de atención integral.

2. Cualquier sistema que se adopte, ya sea con carácter transitorio o definitivo, deberá propender a que la medicina que se ofrezca sea de la más alta calidad científica y adecuada a las modalidades técnicas modernas.
3. Las organizaciones médicas deben hacer conciencia de que no pueden existir logros integrales en salud, sin satisfacción de otras necesidades primarias del hombre (alimentación, vivienda, educación, recreación, etc.).
4. Dentro de las formas de colectivización o institucionalización de la medicina, se recomienda para los países latinoamericanos los sistemas de medicina nacionalizada de acuerdo con las características y fisonomía particulares de cada país, la forma de nacionalización con un régimen de gobierno estatizado no se considera apropiada para América Latina por la mala experiencia que de ella se tiene (politización, falta de recursos económicos, bajo rendimiento y desconsideración profesional, etc.).
5. La socialización de la medicina está ampliamente justificada en aquellos países que se organicen bajo un régimen socialista y que por la voluntad soberana de sus pueblos socialicen todos los sectores de la estructura socioeconómica.
6. Para los países latinoamericanos que no tienen un régimen socialista se considera recomendable la implantación, en los que no lo tienen y el perfeccionamiento de los que lo tienen, de un Seguro Nacional de Salud dentro del sistema de la Seguridad Social.