

IMPOSICIÓN DE TRABAJO OBLIGATORIO A PROFESIONALES DE LA SALUD Y LIBERTAD DE TRABAJO

Comentarios a un proyecto de ley

IMPOSITION OF MANDATORY WORK BY HEALTH PROFESSIONALS
AND THE FREEDOM TO CHOOSE ONE'S WORK
Comments on a Bill

IMPOSIÇÃO DE TRABALHO OBRIGATÓRIO A PROFISSIONAIS
DA SAÚDE E LIBERDADE DE TRABALHO
Comentários a um projeto de lei

MARIO GARMENDIA ARIGÓN (*)

RESUMEN. Se analiza el proyecto de ley titulado “Servicio de Atención Médica Especializada en los Prestadores Públicos de Salud”, actualmente a estudio de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. La iniciativa declara la finalidad de mejorar el acceso a la atención médica especializada en el interior del país y fortalecer la capacidad asistencial de los prestadores públicos de salud, pero lo hace mediante la imposición, a determinados profesionales de la salud, de un servicio preceptivo y transitorio. El análisis distingue entre la legitimidad del fin perseguido y las objeciones que suscita el mecanismo elegido, examinando el proyecto a la luz de la Constitución, del Derecho internacional de los derechos humanos, de los Convenios Internacionales del Trabajo y de los pronunciamientos de los órganos de control de la OIT. Finalmente, se formulan observaciones particulares sobre el articulado proyectado.

PALABRAS CLAVES. Salud pública. Derechos humanos. Libertad de trabajo. Trabajo forzoso. Trabajo médico. OIT.

ABSTRACT. This paper analyzes the bill entitled “Specialized Medical Care Service in Public Health Care Providers”, currently under consider-

(*) Profesor titular de Derecho del Trabajo UCLAEH. Profesor titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social UDELAR. ORCID: 0000-0003-3854-8621. mgarmendia@clae. edu.uy

ation by the Public Health and Social Assistance Committee of the House of Representatives. The initiative declares as its purpose to improve access to specialized medical care in the country's interior and strengthening the care capacity of public health care providers. However, it seeks to do so by imposing, on certain health professionals, a mandatory and temporary service obligation. The analysis distinguishes between the legitimacy of the aim pursued and the objections raised by the mechanism chosen, examining the bill in light of the Constitution, international human rights law, International Labour Conventions, and the pronouncements of the ILO supervisory bodies. Finally, specific observations are made regarding the proposed statutory provisions.

KEYWORDS. Public health. Human rights. Freedom to choose one's work. Forced labour. Medical work . ILO

RESUMO. Analisa-se o projeto de lei intitulado “Serviço de Atenção Médica Especializada nos Prestadores Públicos de Saúde”, atualmente em tramitação na Comissão de Saúde Pública e Assistência Social da Câmara dos Representantes. A iniciativa declara ter por finalidade melhorar o acesso à atenção médica especializada no interior do país e fortalecer a capacidade assistencial dos prestadores públicos de saúde, mas o faz mediante a imposição, a determinados profissionais da saúde, de um serviço obrigatório e transitório. A análise distingue entre a legitimidade do fim perseguido e as objeções suscitadas pelo mecanismo escolhido, examinando o projeto à luz da Constituição, do Direito Internacional dos Direitos Humanos, das Convenções Internacionais do Trabalho e dos pronunciamentos dos órgãos de controle da OIT. Por fim, formulam-se observações específicas sobre o articulado projetado.

PALAVRAS-CHAVE. Saúde pública. Direitos humanos. Liberdade de trabalho. Trabalho forçado. Trabalho médico. OIT.

I. Introducción

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, tiene a estudio un proyecto de ley titulado “Servicio de Atención Médica Especializada en los Prestadores Públicos de Salud” (carpeta Nº 2266 de 2026, Repartido Nº 587, disponible para consulta en https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/172132/ficha_completa), que plantea mejorar el acceso a la atención médica especializada en el interior del país y fortalecer la capacidad asistencial de los prestadores públicos, gravando a los profesionales de la salud con la imposición de una prestación preceptiva y transitoria de trabajo, una vez culminadas ciertas etapas de su formación.

La iniciativa encara el delicado problema de la desigual distribución territorial de médicos especialistas y otros profesionales de la salud, así como los efectos que esto proyecta sobre la posibilidad de que un sector importante de la población reciba prestaciones sanitarias en condiciones

de equidad. Se trata de un problema real, que inspira en el proyecto de ley la plausible finalidad de reforzar la atención en el subsistema público de salud y ampliar la disponibilidad de prestaciones especializadas.

Sin embargo, la solución propuesta conlleva importantes cuestionamientos jurídicos, porque para alcanzar ese encomiable objetivo, la solución que se plantea consiste en imponer una prestación personal de trabajo obligatorio a un determinado colectivo de profesionales de la salud.

El abordaje que sigue procura distinguir, precisamente, entre la legitimidad del fin perseguido y la valoración jurídica del mecanismo elegido a los efectos de pretender alcanzarlo.

Con ese propósito, el análisis se despliega en cuatro partes. La primera presenta el contenido del proyecto de ley, repasando su exposición de motivos y los principales puntos de su breve articulado.

La segunda desarrolla las consideraciones de fondo sobre la iniciativa, integrando el examen constitucional, el Derecho internacional de los derechos humanos y la perspectiva de la Organización Internacional del Trabajo. En esta parte se analizan, especialmente, la libertad de trabajo, la libertad de ejercicio profesional, la igualdad en la distribución de las cargas públicas, el derecho al trabajo libremente escogido o aceptado, la prohibición de trabajo forzoso u obligatorio, los Convenios Internacionales del Trabajo núm. 29 y 105, y los pronunciamientos de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones.

La tercera parte se dedica al examen particular del articulado proyectado, identificando diversos problemas de técnica legislativa; para, finalmente, en la cuarta parte, presentar algunas conclusiones.

II. El proyecto de ley

1. Exposición de motivos

La exposición de motivos del proyecto parte de la afirmación de que, en nuestro país, el acceso a la atención médica especializada depende en gran medida del lugar en que viven las personas. Se señala al respecto que en el área metropolitana existe una mayor disponibilidad, mientras que, en numerosas localidades del interior, el acceso a especialistas puede implicar esperas prolongadas, traslados de cientos de kilómetros o, directamente, ausencia de cobertura efectiva y oportuna.

A partir de esa premisa, se señala al fenómeno como una fuente de inequidad en el ejercicio efectivo del derecho a la salud, se enfatiza que esto afecta especialmente a quienes dependen del sistema público de atención y

se califica esa situación como inaceptable dentro de un sistema que se propone garantizar el derecho a la salud a toda la población.

El proyecto no presenta este problema como algo novedoso, sino que lo describe como conocido y persistente, destacando que lo verdaderamente importante es que sus consecuencias continúan afectando a miles de personas residentes fuera de Montevideo y, en particular, a quienes dependen del sector público. Reconoce que, aunque existen políticas orientadas a revertir la situación, se trata de estrategias de mediano y largo plazo, que no ofrecen la rapidez de respuesta que el problema requiere.

La fundamentación del proyecto incorpora, además, una segunda dimensión de desigualdad. No se refiere sólo a la inequidad territorial entre Montevideo e interior, sino también a la brecha entre el sector público y el privado, que impacta en quienes dependen de los prestadores públicos. El proyecto menciona a más de un millón y medio de uruguayos que se atienden en la Administración de los Servicios de Salud del Estado, a más de doscientos mil usuarios de Sanidad Policial y Militar, y a los beneficiarios del Hospital de Clínicas. De este modo, la iniciativa se presenta, además, como una herramienta destinada a mejorar la calidad de la atención de los usuarios del subsistema público.

La exposición de motivos invoca el artículo 44 de la Constitución y los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, consagrados en la Ley Nº 18.211. Sobre esa base, propone la creación de un servicio de atención médica especializada, integrado con médicos especialistas y otros profesionales de la salud, que culminen formación de grado, posgrado o especialización. Dicho servicio tendría por finalidad fortalecer la atención en el sector público del interior del país durante un período acotado, posterior a la finalización de la formación profesional. El rasgo principal del mecanismo proyectado es que no está concebido como una modalidad voluntaria, sino como una prestación obligatoria. El proyecto la define como un servicio preceptivo, remunerado conforme a los laudos vigentes y sujeto a una carga horaria que se presenta como compatible con el ejercicio profesional en otros ámbitos.

La exposición de motivos destaca que el servicio proyectado contribuiría a mejorar el acceso de la población a la atención especializada y a facilitar la inserción profesional de nuevos especialistas en el sistema público de salud. Sobre esa base, reitera que el acceso a médicos especialistas y otros profesionales de la salud no debería depender del lugar de residencia y presenta la iniciativa como una herramienta orientada a aproximar profesionales calificados a los territorios donde son necesarios y a avanzar hacia una mayor igualdad territorial en el acceso a la salud.

2. Presentación del articulado

El proyecto consta solamente de dos artículos.

El artículo 1º se titula “*Derecho y Equidad*”. Su primer inciso declara que la salud y el acceso a su atención son derechos humanos fundamentales y establece que el Estado debe garantizar a toda la población la atención sanitaria, de conformidad con las reglas y principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. A continuación, se recuerdan los pilares del sistema de salud, a saber, la equidad, la calidad de la atención y el acceso universal a los servicios sanitarios. De ese modo, el proyecto ubica su finalidad dentro de una concepción del sistema sanitario fundada en el acceso igualitario y en la obligación estatal de asegurar prestaciones de salud a toda la población.

El tercer inciso desarrolla esa noción, afirmando que es obligación del Estado garantizar que todas las personas, independientemente de su origen, puedan acceder a la atención de la salud. Luego define el objeto de la ley, expresando que “será” el de

asegurar la prestación de servicios de salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención, mediante la disponibilidad y adecuada distribución de médicos especialistas en todo el territorio nacional, con el fin de promover la equidad, la calidad asistencial y el acceso universal a la atención sanitaria.

Por lo tanto, este primer artículo enuncia, por un lado, el fundamento general de la iniciativa -en términos de derechos humanos, equidad y acceso universal- y, por otro, anticipa el mecanismo que será desarrollado en el artículo 2º, a saber, el establecimiento de un régimen que provocará la disponibilidad y adecuada distribución de médicos especialistas en todo el territorio nacional.

Precisamente, el *artículo 2º* se titula “*Servicio de atención médica de especialistas y de otros profesionales*” y es la norma verdaderamente dispositiva del proyecto.

En el primer inciso se define a los sujetos alcanzados y la obligación principal que sobre ellos se hace recaer. Dice así:

Los profesionales que culminen la formación de posgrado en especialidades médicas y otros profesionales de la salud que culminen formación de grado, posgrado o especialización, deberán prestar, con carácter preceptivo y transitorio, un servicio de atención médica dentro del Sistema Nacional integrado de Salud.

Como se puede apreciar, de esta formulación surgen dos grupos de sujetos comprendidos. Por una parte, los *profesionales que culminen formación*

de posgrado en especialidades médicas y, por otra parte, otros profesionales de la salud que culminen formación de grado, posgrado o especialización.

El servicio que se crea es definido como *preceptivo y transitorio* y se ubica dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El segundo inciso determina cuáles son los prestadores en los que deberá cumplirse el servicio, es decir: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); el servicio de Sanidad Militar; el servicio de Sanidad Policial y el Hospital de Clínicas. Allí también se aclara que los beneficiarios del servicio serán los usuarios de dichos prestadores de salud.

El tercer inciso define la carga horaria semanal (cuatro horas como mínimo y dieciséis como máximo) y el período total en que la prestación deberá ser cumplida (dos años). Además, se establece que la prestación se realizará en todo el territorio nacional, de acuerdo con las necesidades asistenciales determinadas por la autoridad sanitaria competente.

El cuarto inciso vuelve a mencionar la carga horaria semanal, para decir que será establecida por la reglamentación tomando en consideración la distancia existente entre el lugar de prestación del servicio y la capital del país. El texto no determina directamente qué carga horaria corresponderá en cada caso, sino que al respecto se remite a la reglamentación. Lo que sí establece es el criterio que deberá ser considerado, es decir, la distancia entre el lugar donde se cumpla el servicio y la capital del país.

El quinto inciso atribuye al Ministerio de Salud Pública la determinación de las necesidades asistenciales de cada especialidad, que deberán ser fijadas en base a análisis técnicos.

El sexto inciso establece que los profesionales que cumplan el servicio percibirán una retribución que se fijará *“conforme a los laudos vigentes y será proporcional a la carga horaria desempeñada”*.

El séptimo inciso se refiere a la aplicación temporal del régimen, distinguiendo estas tres situaciones: *a)* no aplicará a quienes hayan finalizado su formación antes de la *promulgación* de la ley; *b)* será de adhesión voluntaria para quienes se encuentren cursando su formación al momento de la *promulgación* y; *c)* será obligatorio para quienes inicien su formación de posgrado con posterioridad a la *entrada en vigencia* de la ley. Como se puede apreciar, el proyecto toma como referencia a la fecha de la *promulgación* para referirse a las dos primeras situaciones, pero adopta la fecha de la *entrada en vigencia* de la ley para referirse a la tercera situación.

El octavo inciso establece que la consecuencia jurídica del incumplimiento de la prestación obligatoria de servicios que se impone, consistirá en

que el Ministerio de Salud Pública no registrará ni habilitará el título para el ejercicio profesional durante el tiempo que dure el incumplimiento.

El último inciso contiene una previsión vinculada a un descuento del aporte a la renta personal, asociado al tiempo durante el cual se realice el servicio, vinculando el porcentaje a determinar con la cantidad de horas semanales cumplidas. No se desarrollan otros elementos de ese mecanismo, limitándose a establecer una previsión general de descuento.

III. Consideraciones de fondo

1. Finalidad plausible, medio objetable

La dificultad que presenta la norma proyectada no consiste en el *fin plausible y legítimo* que persigue -a saber, mejorar la distribución territorial de especialistas y reforzar la atención en los prestadores públicos-, sino en el *medio* escogido para alcanzarlo, que consiste en *imponer un trabajo obligatorio a quienes culminan determinadas trayectorias formativas, como mecanismo para suplir carencias estructurales del sistema*. En ese punto la iniciativa se convierte en una forma de movilización coactiva de trabajo profesional.

El Estado tiene, sin duda, cometidos constitucionales en materia de salud pública. Sin embargo, de esto no se deriva que pueda satisfacerlos mediante la imposición de prestaciones personales obligatorias a determinado colectivo de profesionales.

Una cosa es planificar servicios, financiar y descentralizar los procesos de formación y especialización, crear incentivos, organizar redes asistenciales o ampliar cargos. Otra cosa, muy distinta, es convertir el acto de habilitación administrativa para el ejercicio de una especialidad, en un instrumento de coacción para obtener trabajo más allá de la voluntad de quien lo presta.

Que la prestación de trabajo sea llamada *servicio*, que se la presente como *transitoria* o que sea *remunerada*, no disminuye la gravedad de la objeción si, en la realidad, el proyecto la impone mediante la amenaza de una grave consecuencia desfavorable para quien no la cumpla.

2. Constitución, libertad de trabajo y límites del legislador

2.1. Libertad de trabajo

El primer reparo se vincula con la libertad de trabajo. La Constitución reconoce el derecho de todos los habitantes a ser protegidos en el goce de la *libertad* y del *trabajo* (artículo 7). También reconoce que toda persona pue-

de dedicarse al *trabajo, cultivo, industria, comercio, profesión o cualquier actividad lícita*, salvo las limitaciones que establezcan las leyes por razones de interés general (artículo 36).

Estas normas no impiden que el legislador pueda regular el ejercicio de las profesiones universitarias, pero sí le imponen el límite de *no apropiarse coactivamente de su trabajo para resolver un déficit estructural del aparato sanitario estatal*.

En este punto adquiere singular importancia el artículo 53 de la Constitución. Esa disposición establece que el trabajo está bajo la protección especial de la ley y que todo habitante, *“sin perjuicio de su libertad”*, tiene el deber de aplicar sus energías *en forma que redunde en beneficio de la colectividad*.

La referencia *“sin perjuicio de su libertad”* resulta fundamental, porque es la llave interpretativa del precepto. El constituyente reconoce una *dimensión social* del trabajo, pero, al mismo tiempo, preserva la *libertad* como límite infranqueable de esa proyección colectiva. En otras palabras: *el deber social del trabajo no habilita, per se, a convertir una profesión en un servicio personal compulsivo para el Estado*.

La doctrina ha destacado estos aspectos al explicar el concepto de trabajo que resulta de la Constitución. Héctor-Hugo Barbagelata enseñaba que, cuando la norma define al trabajo como un *acto humano*, está dando por entendido que se trata de un comportamiento que *incluye una manifestación de voluntad*. *“Quien lo realiza, -explicaba el Maestro- debe gozar de libertad para escoger y para hacer y la Constitución hace reserva expresa de ello”* (Barbagelata, 1995, p. 85 y ss.).

Resulta claro, entonces, que la Constitución no concibe el trabajo como objeto pasible de requisición civil, sino como una actividad humana jurídicamente protegida, ligada a la libertad y a la voluntad de la persona.

En la misma línea, aunque en otro sentido, el artículo 55 de la Constitución, establece que la ley reglamentará la distribución imparcial y equitativa del trabajo. Tampoco este precepto puede ser entendido como una habilitación para asignar coactivamente profesionales a puestos y destinos determinados. La norma prevé una potestad regulatoria legal, pero no autoriza a convertir esa regulación en una obligación personal de trabajo respaldado por la amenaza de la pérdida del acceso normal al ejercicio profesional. Una lectura contraria vaciaría de contenido a los artículos 7, 36 y 53, que deben ser interpretados armónicamente y no en recíproca anulación.

2.2. Salud pública y límites del legislador

Es cierto que el artículo 44 de la Constitución mandata al Estado a legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas. Pero ese imperativo no puede ser leído como si absorbiera o neutralizara a todo el resto del sistema de derechos y garantías consagradas en la Constitución.

La salud pública es, sin duda alguna, una finalidad constitucional muy relevante. Pero, la innegable relevancia que tiene el fin no torna aceptable cualquier medio para alcanzarlo. El artículo 44 habilita a organizar, regular y fortalecer el sistema de salud, pero no contiene una autorización para imponer a un grupo determinado de personas una prestación obligatoria de trabajo como condición para habilitarles el ejercicio de la profesión o de la especialidad para la que se ha formado.

En el mismo sentido, resulta relevante el artículo 35 de la Constitución, que prevé hipótesis excepcionales de auxilios obligatorios para los ejércitos, ordenados según la ley y con indemnización. El solo hecho de que la Constitución regule expresamente esas cargas personales en un ámbito claramente extraordinario, revela que *la imposición coactiva de servicios personales no es*, en nuestro texto constitucional, *una herramienta ordinaria de política pública, sino una materia excepcionalísima, de interpretación estricta y de fundamento expreso*. Trasladar esa lógica al campo civil y profesional universitario, no resulta aceptable.

2.3. Igualdad y distribución de las cargas públicas

El proyecto presenta, además, serios reparos desde el punto de vista de la *igualdad*. El artículo 8 de la Constitución dispone que todas las personas son iguales ante la ley y agrega que no se reconocerá *“otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes”*. El criterio más aceptado para determinar cuáles son los factores de desigualdad atendibles o legítimos, distinguiéndolos de los asumidos como inadmisibles o ilegítimos, es el de la *razonabilidad* (Jiménez de Aréchaga, pp. 367-368; Risso Ferrand, 1998, p. 82 y ss.).

El déficit territorial de especialistas, la insuficiencia de cobertura y las asimetrías entre Montevideo e interior o entre prestadores públicos y privados son, por su propia naturaleza, problemas sistémicos. Sin embargo, el proyecto traslada el costo de esa insuficiencia a un universo limitado de personas, integrado por quienes culminan ciertas etapas formativas y pasan a ser, por esa sola circunstancia, sujetos de una prestación obligatoria de servicios.

De este modo, el sistema procura corregirse imponiendo una carga singular de trabajo obligatorio a quienes finalizan determinadas trayectorias universitarias y no mediante un esfuerzo general del aparato público.

La objeción se hace más intensa si se atiende al *carácter personalísimo* de la carga que se pretende imponer. No se trata de una imposición tributaria, ni de una reglamentación uniforme del mercado profesional, ni de una obligación correlativa a un contrato libremente aceptado desde el inicio. Se trata de imponer la prestación de un trabajo personal, que debe ser desarrollado en un determinado lugar, para un cierto empleador y durante un tiempo definidos por la autoridad sanitaria sobre la base de una necesidad estructural del sistema.

Cuando lo que se impone es la prestación de un *servicio* o un *trabajo*, se está disponiendo de una porción del *tiempo de vida* de un *grupo específico de personas* y, por esta precisa razón, el escrutinio constitucional debe ser todavía más riguroso.

2.4. Derechos inherentes a la personalidad humana y que se derivan de la forma republicana de gobierno

Finalmente, también corresponde mencionar el artículo 72 de la Constitución, que reconoce que la enumeración de derechos, deberes y garantías en ella contenidos, no excluye otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno. Esta importante norma reafirma la idea de realizar una lectura constitucional favorable a la autonomía personal, a la libre determinación del propio itinerario profesional y a oponer reparos a los mecanismos de compulsión estatal sobre el trabajo.

No se trata de negar la dimensión social de las profesiones sanitarias, sino de asumir que eso no puede traducirse en la posibilidad de imponer un trabajo preceptivo para un determinado empleador y en una cierta localidad territorial.

3. Derecho internacional de los derechos humanos

3.1. El control de convencionalidad

Uruguay es parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y ha reconocido la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (artículos 15 y 16 de la Ley Nº 15.737, de 8 de marzo de 1985).

Al respecto, la doctrina ha destacado que

En relación a las disposiciones a adoptar para armonizar las normas del derecho internacional y el derecho interno, el artículo 2 [de la CADH] prevé que dichas disposiciones deban ser no solamente legislativas

sino también ‘de otro carácter’ lo que implica una amplia gama de posibilidades o requerimientos de adecuación de los órdenes, interno e internacional, incluyendo disposiciones administrativas o de otro rango (Blengio Valdes, 2024, p. 477)

y, además, según los pronunciamientos de la propia Corte IDH, todas las autoridades internas deben ejercer de oficio un control de convencionalidad, velando porque los efectos de la Convención no resulten menoscabados por normas o interpretaciones incompatibles con su objeto y fin (Corte IDH, Gelman vs. Uruguay, 2011, p. 57, § 193).

De allí que el examen de validez de un proyecto como el que aquí se analiza no debe hacerse sólo a la luz de la Constitución, sino también del *corpus iuris* internacional aplicable.

3.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos

La Convención Americana sobre Derechos Humanos prohíbe que una persona sea constreñida a ejecutar un trabajo forzoso u obligatorio (artículo 6, num. 2) y enumera ciertos supuestos que no quedan comprendidos en esa prohibición (artículo 6, num. 3), a saber: *a)* los trabajos o servicios exigidos normalmente a una persona recluida en cumplimiento de sentencia o resolución formal dictada por autoridad judicial competente; *b)* el servicio militar y, en los países en que se admite la exención por razones de conciencia, el servicio nacional establecido por la ley en sustitución de aquél; *c)* el servicio impuesto en casos de peligro o calamidad que amenace la existencia o el bienestar de la comunidad; y *d)* el trabajo o servicio que forme parte de las obligaciones cívicas normales.

Ninguna de esas excepciones contempla la hipótesis que se propone en el proyecto analizado. No se trata, en primer lugar, de trabajo penitenciario o de una prestación exigida a una persona recluida en cumplimiento de una sentencia judicial. Tampoco se trata de servicio militar ni de un servicio nacional sustitutivo de aquél, pues la prestación proyectada tiene contenido sanitario-asistencial y recae sobre profesionales civiles por razón de su formación. La tercera excepción tampoco resulta aplicable, porque el proyecto no se funda en una situación súbita de peligro o calamidad que amenace la existencia o el bienestar de la comunidad, sino en una carencia estructural y conocida del sistema de salud. Finalmente, tampoco parece tratarse de una obligación cívica normal, en tanto no es una carga general, breve y común de ciudadanía, sino una prestación profesional especializada, que se impone a un grupo determinado de personas y vinculada al ejercicio de una profesión.

3.3. Protocolo de San Salvador

El Protocolo de San Salvador (aprobado por Ley N° 16.519, de 22 de julio de 1994) reconoce que toda persona tiene derecho al trabajo, entendido como la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna mediante una actividad lícita “*libremente escogida o aceptada*” (artículo 6, num. 1). El artículo 5 del mismo Protocolo agrega que las restricciones y limitaciones sólo pueden establecerse por ley para preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática y únicamente en la medida en que no contradigan el propósito y razón de los derechos protegidos.

Estas fórmulas, leídas en conjunto, no proscriben cualquier tipo de reglamentación del trabajo profesional, pero sí impiden que la regulación anule la sustancia de libertad que el derecho mismo presupone.

3.4. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y Observación general N° 18

A nivel universal, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado por Ley N° 13.751, de 11 de julio de 1969) prohíbe que una persona sea constreñida a realizar trabajo forzoso u obligatorio (artículo 8, num. 3, lit. *a*). La disposición también contempla algunas excepciones, a saber: *a*) el trabajo o servicio normalmente exigido a una persona detenida en virtud de orden legal de un tribunal, o durante su libertad condicional; *b*) el servicio de carácter militar y, cuando se reconoce la objeción de conciencia, el servicio nacional exigido por la ley a los objetores; *c*) el servicio exigido en casos de emergencia o calamidad que amenacen la vida o el bienestar de la comunidad; y *d*) el trabajo o servicio que forme parte de las obligaciones civiles normales.

El mismo artículo aclara, además, que en los países donde pueda imponerse pena de prisión con trabajos forzados, esa modalidad no queda comprendida en la prohibición si deriva de una sentencia dictada por tribunal competente.

A partir de esa enumeración, puede afirmarse que el supuesto contemplado en el proyecto de ley tampoco encaja en las excepciones del PIDCP. En efecto, no se trata de una prestación exigida a una persona privada de libertad ni de una consecuencia de una condena judicial. Tampoco es servicio militar o un servicio nacional sustitutivo por objeción de conciencia. La prestación que se proyecta imponer tiene naturaleza sanitaria y profesional, no militar. La excepción relativa a emergencias o calamidades tampoco resulta aplicable, porque el proyecto no responde a un acontecimiento súbito, extraordinario o transitorio, que amenace la vida o el bienestar de la comu-

nidad, sino que está referido a una insuficiencia estructural y persistente en la distribución territorial de especialistas. Finalmente, tampoco parece posible ubicarla en la categoría de “*obligaciones civiles normales*”, porque no se trata de una carga general de ciudadanía, sino de un servicio profesional especializado impuesto a un grupo determinado, como consecuencia de la formación universitaria que han desarrollado.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado por Ley Nº 13.751, de 11 de julio de 1969) reconoce el *derecho a trabajar*, que comprende el derecho persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo *libremente escogido o aceptado* y dispone que los Estados *tomarán medidas para garantizar este derecho* (artículo 6, num. 1).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general nº 18 (ONU: CDESC, 2006), ha subrayado que esa fórmula no es meramente declarativa y que el derecho al trabajo se vincula con la dignidad humana, con la posibilidad de vivir dignamente y con la realización personal y social de quien trabaja. En particular, el Comité destaca que el respeto a la persona y a su dignidad se expresa a través de la libertad individual para elegir un trabajo. En esa línea, el derecho al trabajo no puede ser entendido solamente como un derecho de acceso al empleo o a una ocupación, sino también como un derecho a que esa actividad sea libremente elegida o aceptada.

El proyecto de ley condiciona la habilitación profesional al cumplimiento de una prestación personal de trabajo, lo que incide sobre la posibilidad de la persona de poner en práctica la calificación adquirida y de ganarse la vida mediante una actividad profesional que, según el PIDESC, debe ser libremente escogida o aceptada. La interferencia se vuelve más grave porque la consecuencia de no cumplir con el servicio no consiste en la pérdida de un beneficio de segundo orden, sino en la imposibilidad de ejercer la especialidad para la cual la persona se formó.

Por eso, el estándar del artículo 6 del PIDESC no se alcanza mediante el reconocimiento de una remuneración a cambio de la prestación impuesta y tampoco invocando la existencia de una finalidad sanitaria plausible. La cuestión concreta consiste en determinar si el profesional conserva o no la libertad para aceptar o rechazar esa prestación sin que resulte comprometido su ejercicio profesional. Cuando el Estado utiliza la habilitación del título como instrumento para obtener coactivamente un servicio personal, la medida se coloca en una zona que no parece respetar el derecho a trabajar en una actividad libremente escogida o aceptada y con el deber estatal de abstenerse de interferir directa o indirectamente en el goce de ese derecho.

4. Perspectiva de la OIT

4.1. Proscripción del trabajo forzoso

La eliminación de todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio integra el núcleo de la *Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*, adoptada en 1998 y ampliada en 2022 (Organización Internacional del Trabajo, 2022).

Esta Declaración es de singular importancia porque identifica un conjunto de principios y derechos fundamentales en el trabajo (libertad sindical y negociación colectiva, eliminación del trabajo forzoso u obligatorio, abolición efectiva del trabajo infantil, eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación y, desde 2022, el derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable) cuya observancia *no depende de un acto concreto de ratificación de los convenios que los recogen*, sino que los Estados deben respetarlos, promoverlos y hacerlos realidad de buena fe *por el solo hecho de ser miembros de la OIT*.

Por lo tanto, la proscripción del trabajo forzoso u obligatorio no es sólo una *obligación convencional* para los Estados que han ratificado los Convenios que refieren al tema, sino que es, además, uno de los principios y derechos fundamentales que integran el piso común de pertenencia a la OIT.

De este modo, la prestación personal de trabajo obligatorio que se plantea en el proyecto, no remite a una cuestión secundaria o lateral del Derecho internacional del trabajo, sino a uno de sus aspectos fundamentales.

Además, nuestro país ha ratificado el Convenio Internacional de Trabajo núm. 29, *sobre trabajo forzoso* (Ley Nº 16.643, de 8 de diciembre de 1994) y también el Convenio núm. 105, *sobre abolición del trabajo forzoso* (Ley Nº 13.657, de 16 de mayo de 1968). El primero define el trabajo forzoso u obligatorio como todo trabajo o servicio exigido bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual la persona no se haya ofrecido voluntariamente. El segundo reafirma esa prohibición y obliga a suprimir, entre otros supuestos, el uso del trabajo forzoso como método de movilización y utilización de mano de obra con fines de desarrollo económico.

La Observación general de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, adoptada en 2023 y publicada por la OIT en 2024 (OIT, CEACR, 2024; OIT, s.f.), recuerda que el Convenio núm. 105 complementa al núm. 29 y exige suprimir la imposición de cualquier forma de trabajo forzoso u obligatorio en las hipótesis enumeradas en su artículo 1, entre ellas su utilización como método de movilización y uso de mano de obra con fines de desarrollo económico.

Es importante precisar que, para la OIT, la categoría “*trabajo forzoso*” no se agota en las hipótesis extremas de esclavitud, servidumbre por deudas o violencia privada clandestina y que distingue expresamente las formas de trabajo forzoso “*impuestas por autoridades estatales*” de las formas privadas de explotación. Por eso, no sería correcto interpretar que en el proyecto no habría “*trabajo forzoso*” porque no hay cautiverio o provecho ilícito para un sujeto particular, porque el correcto examen del asunto pasa, en realidad, por tener en cuenta si el Estado exige o impone un trabajo o servicio; si lo hace bajo amenaza de una pena y si la persona se ha ofrecido o no voluntariamente a tales efectos.

La OIT también es clara en cuanto a que el concepto de “*pena*” no se reduce a la *sanción penal*, sino que también comprende formas directas o indirectas de coerción y, en particular, *la pérdida de derechos o privilegios*, incluso cuando esa pérdida incide sobre las posibilidades de promoción, traslado o acceso a un nuevo empleo (Vega Ruiz y Martínez, 2002).

La onerosidad o el carácter parcial del servicio impuesto tampoco tienen aptitud para legitimar el régimen previsto en la norma proyectada. El eje del análisis de la OIT no pasa por la gratuidad u onerosidad del régimen, sino por la combinación de compulsión y ausencia de voluntariedad. La voluntariedad supone consentimiento libre e informado y libertad real para aceptar o no el trabajo y para abandonarlo sin represalias. Si la persona sólo puede ejercer su profesión a condición de someterse a la prestación del servicio, la presencia real del consentimiento queda severamente afectada, aunque exista remuneración y aunque el servicio se cumpla durante algunas horas por semana.

El Convenio Internacional de Trabajo núm. 29 contempla algunas excepciones, que no son consideradas *trabajo forzoso*.

La primera se refiere al trabajo exigido en virtud de leyes de *servicio militar obligatorio para tareas de carácter puramente militar*. La excepción no resulta aplicable al proyecto en estudio, que no establece un servicio militar ni una prestación vinculada a la defensa nacional, sino un trabajo profesional sanitario en instituciones asistenciales. Aun en los supuestos en que el servicio se prestara en Sanidad Militar o Policial, la obligación tendría objeto asistencial, no militar.

La segunda excepción es la de las “*obligaciones cívicas normales*” de los ciudadanos de un país plenamente autónomo. También aquí la interpretación es restrictiva. En su Estudio general de 2007, la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones indicó como ejemplos de esta excepción al *servicio obligatorio de jurado* y *el deber de asistir a una persona en peligro*, y advirtió que esta excepción debe leerse a la luz del res-

to del Convenio 29 y no puede ser invocada para justificar servicios compulsivos contrarios a sus otras disposiciones, como los trabajos públicos de interés general o los servicios nacionales obligatorios de desarrollo (OIT, CEACR, 2007).

De este modo, un servicio profesional obligatorio de hasta dos años, dirigido a un grupo específico de graduados y concebido para corregir una insuficiencia territorial y estructural de especialistas, difícilmente pueda ser incluido en la noción de obligación cívica “*normal*”.

Por lo demás, las características de la obligación que se apunta a imponer mediante el proyecto, parece confirmar esa conclusión, porque las obligaciones cívicas normales recaen habitualmente sobre la ciudadanía en general y, aquí, en cambio, la carga se impone a un grupo profesional específico y limitado y consiste en la prestación coercitiva de un trabajo altamente calificado. No se trata, por lo tanto, de una carga cívica *común*, sino de una verdadera requisa del trabajo de ciertos profesionales para atender una necesidad pública.

La tercera excepción es la de la *emergencia o calamidad*. Tampoco parece encajar en el supuesto que aquí se analiza. La Comisión de Expertos ha señalado que el concepto de emergencia del artículo 2.2.d) del Convenio núm. 29 supone un acontecimiento súbito e imprevisto que exige contramedidas inmediatas. La facultad de imponer trabajo obligatorio debe limitarse a verdaderas situaciones de emergencia y su duración y extensión no pueden exceder lo estrictamente requerido por las exigencias de la situación (OIT, CEACR, 2023). Nada de eso se verifica en el problema que el proyecto apunta a atender. La propia exposición de motivos lo presenta como una desigualdad persistente y conocida, vinculada a la distribución territorial de especialistas y a carencias estructurales del sistema. Un déficit crónico de organización sanitaria no equivale, para la OIT, a una calamidad súbita que habilite la convocatoria compulsiva de trabajo.

Incluso, nuestro Derecho positivo ofrece un antecedente que permite apreciar la diferencia entre una situación de emergencia y un problema de carácter estructural o crónico. En efecto, la Ley Nº 18.711, de 22 de diciembre de 2010, declaró en estado de emergencia sanitaria la asistencia anestésico-quirúrgica de la población usuaria de los servicios de salud del sector público, en todo el territorio nacional y facultó al Ministerio de Salud Pública a convocar al personal integrante del cuerpo médico y auxiliares de la medicina que considerara necesario para atender esa emergencia, disponiendo que deberían cumplir funciones en establecimientos públicos de asistencia por hasta un 20% de las horas que realizaran en las instituciones de asistencia médica colectiva, con pago de las horas efectivamente trabajadas en idénticas condiciones que el personal del escalafón y grado corres-

pondiente. Sin embargo, el punto fundamental a nuestros efectos, es que la norma determinó que su vigencia temporal sería breve, de 120 días a partir de la promulgación.

A diferencia de aquella ley, el proyecto que aquí se analiza no se apoya en un acontecimiento súbito ni en una situación transitoria de emergencia, sino en una carencia estructural y persistente del sistema. Tampoco establece un plazo breve de vigencia del régimen que apunta a instaurar. Por lo tanto, la Ley N° 18.711 confirma que cuando se acude a una medida excepcional de convocatoria obligatoria de personal sanitario, la emergencia debe estar claramente declarada, temporalmente acotada y rodeada de límites y garantías que el proyecto examinado no contiene.

Por la misma razón, tampoco es posible sostener que bastaría invocar la relevancia del derecho a la salud para subsumir el caso en la excepción de emergencia. La Comisión de Expertos ha advertido, al interpretar el artículo 1(b) del Convenio núm. 105, que el trabajo forzoso u obligatorio no puede ser utilizado como método de movilización y utilización de mano de obra con fines de desarrollo económico (OIT, CEACR, 2007). Esa prohibición rige incluso cuando el recurso a la mano de obra compulsiva se presente como temporal o excepcional. Trasladado al caso que aquí se analiza, esto impide justificar una prestación profesional obligatoria como instrumento ordinario o normal de organización, desarrollo o fortalecimiento del sistema público de salud. Esto significa que la emergencia permite reaccionar frente a una amenaza inminente, pero no autoriza a resolver estructuralmente, mediante compulsión personal, un problema de distribución de recursos humanos.

Menos aún puede hablarse aquí de “*servicios comunales menores*”. La Comisión de Expertos ha precisado tres criterios acumulativos para que se configure esta excepción, a saber, que se trate de servicios menores, primordialmente de mantenimiento; que sean servicios prestados en interés directo de la comunidad que los realiza y no de un grupo más amplio y que los miembros de la comunidad o sus representantes directos tengan derecho a ser consultados sobre la necesidad del servicio (OIT, CEACR, 2007). Un servicio profesional médico especializado, de hasta dos años de duración, cumplido según necesidades definidas por la autoridad sanitaria, en beneficio del sistema público, no satisface ninguno de esos requisitos. No es un servicio “*menor*”; no se limita a mantenimiento; no se define desde la comunidad obligada; y no se restringe al interés directo de la pequeña comunidad que lo presta.

Finalmente, es evidente que la excepción relativa al trabajo exigido como consecuencia de una *condena judicial* no guarda relación alguna con la situación aquí analizada.

4.2. Pronunciamientos de los órganos de control de la OIT

Los Estados miembros de la OIT deben presentar memorias periódicas sobre las medidas adoptadas para dar cumplimiento a los convenios internacionales de trabajo que han ratificado. Esas memorias son examinadas por la ya mencionada Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR), órgano independiente que evalúa la conformidad de la legislación y la práctica nacionales con las obligaciones asumidas. Cuando la CEACR advierte dificultades de cumplimiento, realiza observaciones o solicitudes directas al Estado de que se trate. Si bien esas observaciones no constituyen sentencias en sentido jurisdiccional, son asumidas como la interpretación más autorizada del sistema de control de la OIT y resultan especialmente relevantes para apreciar el alcance de los convenios ratificados (Bronstein, 2013, p. 88 y ss.).

La Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones se ha pronunciado con carácter general sobre la cuestión de las obligaciones de servicio impuestas a personas que han recibido determinada formación profesional.

En su *Estudio general* de 2007 (OIT, CEACR, 2007, § 95), la Comisión examinó situaciones en las que el Estado impone ese tipo de obligaciones a ciertos profesionales, como condición para el ejercicio o como consecuencia de su formación.

En ese documento, la CEACR retomó lo señalado en el Estudio general de 1979 sobre la abolición del trabajo forzoso, relativo a la aplicación del Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29), y del Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105). Allí se advirtió que en algunos países se imponen obligaciones de servicio a personas que han completado determinados estudios y que tales obligaciones recaen sobre un grupo limitado de profesiones. A modo de ejemplo, se mencionó la situación de “jóvenes médicos, dentistas y farmacéuticos”, a quienes se exige ejercer durante cierto período en un puesto asignado por las autoridades (Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, 1979, §§ 55-62).

La CEACR advierte que cuando esas obligaciones se hacen cumplir bajo amenaza de una pena, comprometen la correcta observancia de los Convenios sobre trabajo forzoso (OIT, CEACR, 2007).

La Comisión presta especial atención a las obligaciones de servicio que se imponen a raíz de la formación recibida, con el tramo final de esa formación o con el momento inmediatamente posterior a su culminación. En ese tipo de situaciones se puede presentar la imposición de la obligación *como una consecuencia aparentemente natural del proceso formativo*, porque el

Estado invoca la inversión realizada, la necesidad de distribuir profesionales, la existencia de sectores prioritarios o la conveniencia de asegurar servicios en determinadas zonas. Sin embargo, la CEACR considera que eso *no basta para legitimar una prestación personal impuesta a título obligatorio*.

Pueden existir políticas públicas orientadas a *promover* la prestación de servicios profesionales en ciertas áreas prioritarias (becas, programas de inserción, cargos públicos, estímulos económicos, incentivos de radicación territorial, etc.). El problema se presenta cuando la prestación deja de ser una opción y pasa a ser exigida bajo amenaza de una pena o de una consecuencia desfavorable relevante. En ese caso, la obligación posterior a la formación ingresa en una zona de conflicto con los Convenios sobre trabajo forzoso.

En ese Estudio general de 2007, la Comisión también menciona la *Recomendación sobre los programas especiales para los jóvenes, 1970 (núm. 136)* OIT, CEACR, 2007, nota al pie 245, p. 58). En este sentido, es importante tener en cuenta que la OIT no desconoce los programas de formación que incluyen actividades complementarias de carácter obligatorio. La *Recomendación* admite que la legislación puede prever la participación obligatoria en programas para jóvenes *que hayan aceptado participar en ellos por un período determinado como condición previa para adquirir instrucción o calificaciones técnicas de especial valor para el desarrollo de la comunidad*. En esos casos, la *Recomendación* plantea que se debe permitir a los participantes elegir libremente entre distintas formas de actividad y diferentes regiones del país; que se tengan debidamente en cuenta sus calificaciones y aptitudes al determinar su destino; que sus servicios no sean utilizados en provecho de personas o empresas privadas; y que la duración del servicio no exceda normalmente de dos años. Como se puede apreciar, se trata de modalidades formativas como las contempladas en el Sistema Nacional de Residencias Médicas, de la Ley Nº 19.301, de 26 de diciembre de 2014. En ese tipo de sistemas, las funciones asistenciales no son una carga posterior a una formación ya culminada, sino parte del propio proceso de formación en la especialización. La actividad asistencial está incorporada al diseño formativo que el médico acepta cuando ingresa a la residencia. Distinto es el supuesto de una obligación legal que se activa una vez finalizada la especialización y que condiciona el registro o la habilitación profesional al cumplimiento de un servicio personal asignado por la autoridad. Allí la formación ya no es el ámbito dentro del cual se presta la actividad asistencial supervisada, sino el presupuesto utilizado para imponer una disponibilidad obligatoria del trabajo profesional.

El proyecto de ley que aquí se analiza no plantea un programa aceptado previamente por la persona como condición para recibir instrucción o ad-

quirir una calificación técnica. Plantea una obligación que se activa luego de culminada la formación y cuyo cumplimiento condiciona el acceso efectivo al ejercicio profesional.

Las diferencias son importantes, porque -reitero- una cosa es que una persona acepte ingresar a un programa especial de formación siendo consciente de que el proceso incluye la realización de trabajos o servicios complementarios y otra cosa, muy distinta, es que una vez culminada una trayectoria formativa y adquirida una especialidad, la ley condicione el registro o la habilitación para el ejercicio al cumplimiento de un servicio personal asignado por la autoridad. En el primer caso, la obligación se integra al diseño de un programa formativo. En el segundo, en cambio, la formación ya obtenida se transforma en fundamento de una disponibilidad obligatoria del trabajo profesional.

4.3. El caso argelino

Un antecedente bastante próximo al que aquí se analiza es el de Argelia. En diversas observaciones relativas al Convenio núm. 29, la CEACR examinó la legislación argelina sobre servicio cívico y señaló su incompatibilidad con las obligaciones derivadas de dicho instrumento internacional.

El régimen estaba previsto en una Ley de 1984 (Nº 84-10, de 11 de febrero de 1984), relativa al servicio cívico, que fue modificada en 1986 y 2006. La Comisión señaló reiteradamente la incompatibilidad con el Convenio núm. 29 de varias disposiciones de esa ley. La norma disponía que personas que hubieran completado estudios superiores o una formación en ramas o especialidades consideradas prioritarias para el desarrollo económico y social del país (en concreto, médicos especialistas en salud pública), debían cumplir un servicio cívico durante un período de uno a cuatro años antes de poder ejercer una ocupación u obtener empleo (OIT, CEACR, 2022).

La objeción de la Comisión se basó, en primer lugar, en la imposición de una *prestación personal obligatoria*. No se trataba de un programa voluntario de inserción profesional, ni de un régimen de incentivos para la radicación territorial, ni de una obligación surgida de un contrato libremente aceptado. La ley permitía exigir el cumplimiento del servicio a quienes habían completado ciertos estudios superiores o formaciones especializadas, antes de que pudieran ejercer una ocupación u obtener empleo. Según la CEACR, esto coloca el supuesto dentro de la definición del Convenio núm. 29, es decir, *un trabajo o servicio exigido a una persona*.

En segundo lugar, la Comisión señaló la *ausencia de voluntariedad real*. La prestación no era una opción profesional libremente asumida, sino una condición previa para el acceso normal al trabajo. La persona afectada no

estaba simplemente ante una oportunidad laboral que podía aceptar o rechazar, sino ante un régimen en el que la *negativa comprometía la posibilidad misma de ejercer una ocupación o conseguir empleo* (OIT, CEACR, 2019).

En tercer lugar, se destacó por la CEACR la *amenaza de pena o consecuencia desfavorable*. La Comisión apreció que la negativa a realizar el servicio cívico y la renuncia sin motivo válido podían determinar la prohibición de ejercer una actividad por cuenta propia, además de sanciones penales o pecuniarias (OIT, CEACR, 2012). La CERCR no entendió la “*amenaza de pena*” en un sentido puramente penal, sino también como la pérdida de posibilidades reales de trabajo. La imposibilidad de ejercer colocaba a la persona ante una alternativa sustancialmente forzada, consistente en cumplir el servicio cívico o quedar excluida del ejercicio de su actividad profesional (OIT, CEACR, 2012).

También es importante mencionar que la Comisión *no consideró decisivo que las personas sometidas al servicio cívico gozaran de ciertas condiciones laborales semejantes a las de los trabajadores regulares del sector público, tales como remuneración, antigüedad, promoción o derechos jubilatorios*. Esto confirma lo señalado *supra* en cuanto a que el trabajo forzoso u obligatorio *no se define por la ausencia de remuneración, ni por la inexistencia de beneficios laborales, sino por la exigencia de un trabajo o servicio bajo amenaza de una pena y la falta de ofrecimiento voluntario*. La prestación de trabajo puede ser remunerada y, aun así, conservar el carácter obligatorio si la persona no dispone de libertad real para aceptarla o rechazarla sin sufrir consecuencias relevantes sobre su acceso al trabajo (OIT, CEACR, 2012).

Entonces, recapitulando, los incumplimientos identificados por la CEACR en el caso argelino pueden sintetizarse así:

- a) imposición legal de un servicio personal;
- b) ausencia de voluntariedad, porque el servicio era condición previa para ejercer una ocupación u obtener empleo;
- c) amenaza de consecuencias desfavorables ante la negativa o renuncia, incluyendo prohibición de actividad por cuenta propia y sanciones penales o pecuniarias;
- d) utilización de personas formadas en sectores prioritarios como mano de obra dirigida a fines públicos de desarrollo económico y social; y
- e) ausencia de encuadre en las excepciones del Convenio núm. 29.

Además, la Comisión consideró que, por consistir el servicio en una contribución de las personas afectadas al desarrollo económico del país, la

medida comprometería también el artículo 1(b) del Convenio núm. 105, que prohíbe utilizar el trabajo forzoso u obligatorio como método de movilización y utilización de mano de obra con fines de desarrollo económico (OIT, CEACR, 2019).

4.4. Otros antecedentes: Japón y Cuba

Existen otros pronunciamientos de la CEACR cuya mención puede resultar ilustrativa a nuestros efectos, a pesar de que no presentan la misma proximidad con el proyecto que aquí se analiza.

Uno de esos antecedentes es el de los egresados de la Escuela Médica de las Fuerzas de Autodefensa (*Self-Defence Medical School*), de Japón. Los graduados de esa institución estaban obligados a servir durante nueve años en las Fuerzas de Autodefensa, salvo que devolvieran los gastos de su educación (OIT, CEACR, 1991).

En este caso, la Comisión no emitió un pronunciamiento explícitamente negativo, sino que tomó nota del régimen legal, del sistema de reembolso y de las explicaciones del gobierno y dejó planteada la necesidad de considerar la razonabilidad del mecanismo. En particular, analizó si la posibilidad de devolver los costos de formación representaba una alternativa real y proporcionada para quien no quisiera cumplir la totalidad del servicio, o si, de hecho, era una barrera que tornaba ilusoria la posibilidad de desprenderse de la obligación de prestación personal del servicio.

Pero, en todo caso, la situación era bastante distinta de la que aquí se está analizando. Se trataba de una escuela médica de las Fuerzas de Autodefensa, a la que la persona ingresaba voluntariamente sabiendo que se formaría dentro de ese sistema y que esa formación estaba orientada, precisamente, a su posterior desempeño en esa misma institución, que la formaba para trabajar allí. A ello se sumaba una opción de reembolso decreciente según el tiempo efectivamente servido.

En el proyecto de ley que aquí se comenta no se trata de una escuela militar, tampoco está referido a instituciones que formen profesionales para su propio servicio, ni a una obligación asumida por la persona desde el ingreso al sistema formativo. Tampoco prevé una alternativa de reembolso de costos reales y proporcionales. Se trata, en cambio, de una carga general, posterior a la formación y que condiciona el registro o habilitación del título para el ejercicio profesional.

Otro antecedente que se puede mencionar es el de Cuba. La Comisión se refirió durante varios años a la Ley núm. 1254 sobre servicio social, de 2 de agosto de 1973, y a su reglamentación por el Decreto núm. 3771, de 5 de junio de 1974. Según esas normas, los ciudadanos cubanos graduados

en educación superior, los técnicos medios y quienes egresaban de cursos regulares de maestros primarios, estaban obligados a cumplir un servicio social durante tres años (OIT, CEACR, 2025).

La CEACR observó que la negativa injustificada a cumplir con el servicio impuesto podía acarrear la inhabilitación temporal o definitiva para el ejercicio profesional, confirmando que la coacción no necesariamente se presenta como violencia física, encierro o sanción penal, sino que también puede tomar la forma de un condicionamiento del acceso al ejercicio profesional. En el caso también se aprecia cómo una prestación presentada como servicio social para atender prioridades de desarrollo definidas por el Estado, puede generar reparos cuando su incumplimiento afecta la trayectoria laboral y profesional del graduado.

IV. Comentarios sobre el articulado

En una materia que incide directamente sobre el trabajo y la libertad, la precisión legislativa adquiere una importancia fundamental. Cuanto más intensa es la restricción proyectada, mayor debe ser la claridad de la ley. Y, como se verá, ese fundamental atributo no está presente en el proyecto.

1. Técnica legislativa deficitaria

La estructura del proyecto deja en evidencia una técnica legislativa deficitaria. Inicia con un artículo de tono declarativo y concentra luego toda la regulación operativa en una única disposición, en la que aparecen reunidos, sin suficiente desarrollo, prácticamente todos los aspectos esenciales del régimen.

El artículo 1º proclama que la salud y el acceso a la atención son derechos humanos fundamentales; menciona la equidad, la calidad y el acceso universal; y afirma que el objeto de la ley será asegurar la prestación de servicios de salud en los distintos niveles de atención mediante la disponibilidad y adecuada distribución de médicos especialistas. Esa formulación puede cumplir una función de encuadre o justificación de la iniciativa e incluso orientar la posterior actividad interpretativa. Pero, el riesgo de esta técnica es que la retórica principista termine ocupando el lugar de una regulación precisa. La equidad territorial, el acceso universal y la calidad asistencial son finalidades relevantes; pero la invocación de esos principios no resuelve los problemas jurídicos que plantea el mecanismo elegido. Una ley que impone obligaciones de tal magnitud a las personas debe definir con exactitud el alcance de esas obligaciones.

Ese déficit se advierte especialmente en el artículo 2º, donde se concentra la verdadera regulación del régimen proyectado. Allí se determinan los

sujetos alcanzados, la obligación de prestar servicios, los prestadores involucrados, la duración, la carga horaria, la identificación de necesidades asistenciales, la retribución, el régimen temporal de aplicación, la consecuencia del incumplimiento y un eventual beneficio tributario. Sin embargo, como se verá, la mayoría de esos aspectos están regulados de manera defectuosa o insuficiente.

El cuestionamiento no apunta, por supuesto, contra la brevedad del texto. Una ley puede ser breve y técnicamente impecable. El problema es que aquí se pretende resolver, mediante dos artículos, una materia que involucra libertad de trabajo, habilitación profesional, distribución territorial de recursos humanos, vínculos con prestadores públicos, remuneración, carga horaria, procedimientos administrativos, consecuencias sancionatorias, beneficios tributarios, reconocimiento de títulos y coordinación con el régimen de formación de especialistas. Esa complejidad exige una regulación bastante más completa y densa, que definiera con claridad, al menos, quiénes quedan alcanzados, cuándo nace la obligación, qué autoridad determina las necesidades asistenciales, con qué criterios se asignan destinos y cargas horarias, cuál es la naturaleza jurídica del vínculo con el prestador, qué remuneración corresponde, cómo se contemplan traslados, viáticos y condiciones materiales de prestación, qué excepciones o causales de suspensión pueden invocarse, qué procedimiento se sigue ante el incumplimiento, qué recursos tiene el profesional, cómo se coordina el régimen con el registro y habilitación del título, cuál es el alcance real del beneficio tributario, etc.

En una materia que afecta la libertad de trabajo, la ley debería ofrecer certeza, límites y garantías. El proyecto, en cambio, deja demasiados aspectos abiertos a la reglamentación o a decisiones administrativas posteriores, precisamente en aquellos puntos que deberían estar definidos por con mayor claridad y precisión. En definitiva, la brevedad no aparece aquí como una virtud de síntesis legislativa, sino como un síntoma de insuficiencia. La técnica legislativa empleada no acompaña la gravedad institucional de la solución que se pretende introducir.

2. Sujetos alcanzados

La norma proyectada refiere, por un lado, a *“los profesionales que culminen la formación de posgrado en especialidades médicas”* y, por otro, a *“otros profesionales de la salud que culminen formación de grado, posgrado o especialización”*.

La primera categoría (*“profesionales que culminen la formación de posgrado en especialidades médicas”*) parece, en principio, amplia, en tanto no

limita su alcance a quienes se forman en la Universidad de la República ni a quienes han pasado por el Sistema Nacional de Residencias Médicas.

Por lo tanto, parece comprender, no sólo a quienes se forman en la Universidad de la República, sino también a quienes culminen programas de especialización en universidades privadas.

Sin embargo, el proyecto no explicita cómo se articula esa obligación con las distintas vías actualmente existentes para la formación, obtención, reconocimiento, reválida, registro y habilitación de títulos de especialista.

La omisión es relevante porque el sistema de especializaciones médicas tiene una gran variedad y muy diversos espacios de desarrollo. Existen especialidades cursadas en la Universidad de la República, programas de especialización reconocidos en universidades privadas, especializaciones estructuradas en modalidad de residencia o *residentado*, especializaciones no residenciales, formación obtenida en el extranjero y títulos extranjeros sometidos a procedimientos de reválida o reconocimiento antes de su registro y habilitación profesional.

La ley proyectada debería precisar cuál o cuáles de esos supuestos quedan alcanzados, cuál es el momento relevante para considerar “*culminada*” la formación y cómo se coordina la obligación con el registro del título ante el Ministerio de Salud Pública.

Pero, la cuestión adquiere especial relevancia respecto de quienes se forman en universidades privadas. Si -como parece- el proyecto los incluye, se puede cuestionar por qué se les impone una carga de trabajo personal obligatorio a pesar de que su formación no fue desarrollada en una entidad estatal. En esos casos, el profesional asume privadamente los costos de su especialización mediante el pago de matrículas o aranceles y la posterior imposición de un servicio obligatorio como condición para el registro o habilitación del título no aparece, entonces, vinculada a una contraprestación por una formación pública recibida, sino a la sola circunstancia de haber adquirido una calificación profesional que el sistema de salud considera necesaria reclutar a título de imposición obligatoria.

En cambio, si el proyecto no los incluye (lo que no parece resultar del texto), se genera una dificultad en el sentido contrario. Quedarían obligados algunos especialistas y excluidos otros que poseen la misma calificación profesional, ejercen la misma especialidad y pueden insertarse en el mismo mercado de trabajo, con la única diferencia del ámbito institucional en que realizaron su formación. Esa solución abriría un problema evidente desde la perspectiva de la igualdad, porque el déficit territorial de especialistas no depende del origen universitario del título, sino de la disponibilidad efectiva de profesionales en determinadas áreas y localidades.

Algo similar puede decirse acerca de los especialistas formados en el exterior. Si se los incluye, debe precisarse si la obligación nace al culminar la formación extranjera (lo que no parece posible), al obtener la reválida o reconocimiento nacional, al registrar el título ante el Ministerio de Salud Pública o al solicitar la habilitación profesional. No son momentos equivalentes. La culminación de una especialización en el extranjero no produce, por sí sola, habilitación para ejercer en Uruguay, porque eso depende de actos posteriores de reconocimiento, reválida y registro. Por tanto, una ley que condicione la habilitación al cumplimiento de un servicio obligatorio debería definir con exactitud cuál es el acto que activa la obligación. Si se los excluye, también aparece un problema de igualdad y de coherencia con el fin perseguido. Dos profesionales con idéntica especialidad y similar aptitud para atender una necesidad asistencial podrían recibir tratamientos distintos según el lugar donde se formaron. El especialista formado en Uruguay quedaría sujeto al servicio obligatorio, mientras que el formado en el extranjero, una vez reconocido o revalidado su título, podría acceder al ejercicio profesional sin esa carga.

En definitiva, el proyecto utiliza una categoría aparentemente amplia, pero no desarrolla las reglas necesarias para aplicarla de manera certera y coherente.

Pero, a las dificultades que se vienen de mencionar, se agrega otra, derivada del alcance de la expresión “*especialidades médicas*”. Esta fórmula podría ser entendida en un sentido amplio, comprensivo de todas las especialidades reconocidas dentro del campo médico. Sin embargo, también podría ser interpretada en un sentido estricto, como referida únicamente a especialidades *clínicas* o *médicas en sentido propio*, dejando afuera a especialidades *quirúrgicas*. El proyecto no aclara cuál de esas acepciones utiliza. La duda no es menor, porque la obligación que se impone y la consecuencia asociada a su incumplimiento dependen, precisamente, de la especialidad alcanzada.

La segunda categoría que se alude en el proyecto es todavía más amplia. La expresión “*otros profesionales de la salud*” no identifica con precisión a quiénes comprende. Podría alcanzar a licenciados, técnicos, auxiliares, profesionales universitarios no médicos, profesionales con títulos de grado, diplomaturas o certificaciones de especialización. Tampoco se aclara qué debe entenderse por “*formación de grado, posgrado o especialización*” en ese contexto. La amplitud de la fórmula genera un grave problema de certeza, porque no permite saber con claridad quién queda obligado y quién queda fuera del régimen.

Esta indeterminación se acentúa todavía más por el tipo de consecuencia prevista para el incumplimiento. Si la ley va a condicionar el registro o

habilitación de un título, la categoría de sujetos alcanzados debe ser muy precisa. No alcanza una fórmula aproximada. Debe indicarse si la obligación recae sobre médicos especialistas, sobre determinados posgrados de salud, sobre profesionales universitarios de la salud, sobre técnicos, sobre títulos nacionales, sobre títulos extranjeros revalidados, o sobre todas esas hipótesis. La actual redacción deja abiertos demasiados espacios de incertidumbre.

3. Aplicación temporal del régimen

Como se dijo más arriba, el proyecto contempla tres situaciones. En primer lugar, *excluye* de la obligación a quienes hayan finalizado su formación antes de la *promulgación* de la ley. En segundo lugar, prevé un régimen de *adhesión voluntaria* para quienes se encuentren cursando su formación al momento de la *promulgación*. En tercer lugar, establece que el servicio será *obligatorio* para quienes inicien su formación de posgrado con posterioridad a la *entrada en vigencia* de la ley.

La redacción presenta una inconsistencia, porque utiliza dos momentos distintos para ordenar el mismo régimen de transición.

Para las dos primeras hipótesis toma como referencia la *promulgación*. Para la tercera, en cambio, adopta la *entrada en vigencia*. La diferencia no es meramente teórica.

Como el proyecto no contiene una disposición particular sobre la oportunidad en que, de ser aprobado, comenzaría a regir, debe aplicarse la regla general de que entrará en vigencia una vez transcurridos diez días desde la publicación por el Poder Ejecutivo en el Diario Oficial (artículo 1° del Código Civil). Por lo tanto, en el caso, la *promulgación* y la *entrada en vigencia* no van a coincidir.

De este modo, queda claro que queda excluido quien ya hubiera finalizado su formación antes de la promulgación. También queda claro que puede adherir voluntariamente quien estuviera cursando al momento de la promulgación. Y también queda claro que queda obligado quien inicia su formación después de la entrada en vigencia de la ley. Pero, ¿en qué situación queda quien inicie su formación después de la promulgación y antes de la entrada en vigencia?

Pero, por otra parte, con relación a la distinta forma en que la norma impactaría en los diversos grupos de profesionales, se plantea otra interrogante de política legislativa: ¿por qué el proyecto deja completamente excluidos del régimen a quienes ya finalizaron la especialización antes de la promulgación?, ¿por qué ni siquiera se les habilita la posibilidad de una adhesión voluntaria?

Si la finalidad declarada del proyecto consiste en fortalecer en el corto plazo la presencia de especialistas en prestadores públicos y en localidades del interior que presentan una insuficiente cobertura, no se advierte cuál es la razón por la que se excluye de plano a quienes ya cuentan con la formación culminada y, precisamente por ello, podrían incorporarse de manera inmediata o más rápida al servicio proyectado. Esa exclusión parece difícil de conciliar con la urgencia asistencial que la exposición de motivos invoca como fundamento de la iniciativa.

La observación que aquí se formula no supone, desde luego, sugerir que esos profesionales deberían quedar obligados a cumplir con el régimen que el proyecto impone. Por el contrario, la inclusión compulsiva de ese colectivo agravaría todavía más los reparos de fondo que ya fueron señalados. Lo que se advierte es la inconsistencia de que, por un lado, el proyecto considera útil la adhesión voluntaria para quienes están cursando la formación al momento de la promulgación y, por otro, no se explica por qué no contempla una posibilidad semejante respecto de quienes ya culminaron su especialización.

Hay más reparos para señalar.

Como ya se señaló, el inciso inicial del artículo 2° comprende, por un lado, a quienes culminen formación de posgrado en especialidades médicas y, por otro, a “*otros profesionales de la salud*” que culminen formación de grado, posgrado o especialización. Sin embargo, al regular la obligatoriedad futura, el proyecto refiere únicamente a quienes inicien “*su formación de posgrado*” con posterioridad a la entrada en vigencia. Si el régimen también pretende alcanzar a otros profesionales de la salud que culminen formación de grado o especialización, no se entiende por qué la obligatoriedad futura queda formulada sólo respecto de quienes inicien formación *de posgrado*.

La aplicación temporal de una obligación de esta naturaleza debe estar definida mucho mejor.

4. Registro, habilitación y consecuencias del incumplimiento

El proyecto prevé que el Ministerio de Salud Pública no registrará ni habilitará el título mientras dure el incumplimiento. El texto no establece qué ocurre mientras el profesional está dando cumplimiento al servicio que se le impone obligatoriamente.

Si lo que se espera es que preste servicios como especialista, parece necesario que el título se encuentre registrado y habilitado, porque, de lo contrario, el propio proyecto quedaría privado de su finalidad práctica, en tanto no estaría incorporando un especialista habilitado, sino un profesional que

habría culminado una formación, pero cuyo título no se encontraría todavía registrado o habilitado para el ejercicio de la especialidad.

Este señalamiento no es sólo formal, porque si el profesional no está habilitado como especialista durante el cumplimiento del servicio obligatorio, cabría preguntarse en qué calidad actuaría ante los pacientes, qué actos médicos podría realizar, bajo qué responsabilidad profesional lo haría y cómo se aseguraría la calidad asistencial que el proyecto dice procurar. Si, por el contrario, se lo habilita durante el cumplimiento, debería precisarse si esa habilitación es plena y general, o si se trata de una habilitación limitada al prestador público asignado, al destino territorial fijado por la autoridad y al período de cumplimiento del servicio obligatorio.

En suma, el proyecto parece necesitar que el profesional sea especialista para cumplir la finalidad sanitaria que invoca, pero al mismo tiempo utiliza el registro y la habilitación de esa especialidad como herramienta de presión para asegurar el cumplimiento del servicio. Esa contradicción debería ser resuelta expresamente por la ley y no quedar librada a la reglamentación.

También debería definirse el régimen de responsabilidad por la actuación profesional cumplida durante ese lapso. Debe estar claro quién responde por los actos médicos realizados durante el cumplimiento de esa prestación que se le impone. Esto será especialmente necesario si la habilitación fuera limitada, provisoria o condicionada, porque en tal caso el paciente, el prestador y el propio profesional deberían conocer con exactitud cuál es el estatuto jurídico en el que se desarrolla la asistencia.

Pero hay otras objeciones. En primer lugar, el proyecto utiliza una potestad administrativa de registro y habilitación profesional como mecanismo de coacción para obtener una prestación laboral. El registro de un título sanitario cumple una finalidad propia, que consiste en verificar condiciones formales y profesionales para el ejercicio, en protección de la salud pública. El proyecto transforma esa potestad en un instrumento sancionatorio o compulsivo.

En segundo lugar, la consecuencia no aparece suficientemente graduada. No se distingue entre incumplimiento total, parcial, justificado, transitorio, involuntario o atribuible a la propia Administración. Tampoco se prevén causales de exoneración, suspensión, prórroga, imposibilidad material, enfermedad, gravedad, maternidad o paternidad, cuidados, discapacidad, residencia en el exterior, fuerza mayor, incompatibilidades laborales o razones personales o familiares de otra índole.

En tercer lugar, no se regula procedimiento alguno. No se establece quién declara el incumplimiento, cómo se notifica, qué plazo tiene el profesional para cumplir o justificar, qué prueba puede presentar, qué recursos

proceden, si la decisión tiene efecto suspensivo, ni cómo cesa la situación de incumplimiento.

En cuarto lugar, la expresión “*mientras dure dicho incumplimiento*” es imprecisa. Si el profesional no acepta el destino asignado, si no puede trasladarse, si no se le ofrecen horas, si el prestador no organiza el servicio, si la autoridad demora la asignación, si existe conflicto sobre la carga horaria o si el profesional cumple parcialmente, no queda claro cuándo empieza y cuándo termina el incumplimiento.

5. Naturaleza del vínculo e imposición de un empleador

El proyecto establece que los profesionales deberán prestar un servicio en determinados prestadores públicos de salud. Sin embargo, no define con precisión la naturaleza jurídica del vínculo que se generará.

Esta omisión no es menor porque, en los hechos, el proyecto impone un empleador o ámbito de prestación al profesional. La persona no elige libremente contratar con un prestador determinado, sino que queda asignada a cumplir un servicio en función de necesidades definidas por la autoridad. Esa imposición exige una regulación clara sobre derechos, deberes, responsabilidad profesional, cobertura de seguros, régimen disciplinario, incompatibilidades, licencias, suplencias, traslados, viáticos y mecanismos de impugnación.

6. La referencia a los “laudos vigentes”

El artículo 2° dispone que los profesionales percibirán una retribución “*conforme a los laudos vigentes*” y proporcional a la carga horaria desempeñada.

La expresión “*laudos*” se emplea, en general, al lenguaje de los Consejos de Salarios. No es la terminología más adecuada para regular remuneraciones en el sector público, donde las retribuciones suelen surgir de otras fuentes. Si el servicio va a ser prestado en ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial o el Hospital de Clínicas, la referencia genérica a “*laudos vigentes*” resulta imprecisa y, probablemente, incorrecta.

Y digo *probablemente* incorrecta, porque también podría interpretarse (y quizás sea ésta la interpretación más adecuada) que el proyecto apunta a hacer aplicables los “*laudos*” de los Consejos de Salarios a este particular régimen de trabajo obligatorio, *incluso a pesar de que los empleadores sean públicos*.

La remuneración es un elemento esencial de la obligación. Si el proyecto pretende imponer un servicio personal, debe determinar con claridad cómo se retribuye. Una remisión genérica a “*laudos vigentes*” no parece su-

ficiente para una prestación que se cumplirá en prestadores públicos y que podría afectar a profesionales sometidos a regímenes estatutarios o laborales diferentes.

7. Carga horaria, traslado y proporcionalidad de la prestación

El proyecto establece una carga semanal mínima de cuatro horas y máxima de dieciséis horas, durante dos años. En la exposición de motivos se declara que esto tiene la finalidad de que régimen pueda ser compatible con otros desempeños profesionales en otros ámbitos.

Sin embargo, esa presentación no elimina los problemas que puede generar un trabajo con tales características. Una carga baja no siempre significa una carga liviana. Si el profesional debe trasladarse una distancia considerable para cumplir cuatro, seis u ocho horas semanales, la exigencia real puede resultar mucho más gravosa que la carga horaria formal. El tiempo de viaje, la reorganización de agendas, los costos de traslado, la afectación de otros trabajos y las exigencias familiares o personales pueden convertir una prestación aparentemente reducida en una obligación desproporcionada.

Además, una carga horaria baja puede no generar un ingreso razonable. El especialista podría verse forzado a cumplir pocas horas, con una remuneración proporcional limitada, pero con una carga logística elevada. En ese caso, la prestación puede resultar económicamente poco significativa y, al mismo tiempo, personalmente muy gravosa. El proyecto no contempla mecanismos de compensación por distancia, viáticos, alojamiento, traslado, acumulación de horas, cumplimiento concentrado, modalidades remotas cuando sean posibles, ni criterios de razonabilidad en función del lugar de residencia del profesional.

Este punto es muy importante, porque la carga horaria no puede evaluarse en abstracto, sino que debe medirse según la prestación real que es exigida. Cuatro horas semanales en la misma ciudad no equivalen a cuatro horas semanales que obligan a recorrer cientos de kilómetros. El proyecto parece advertir la cuestión al vincular la carga con la distancia respecto de la capital, pero lo hace de modo insuficiente y con un criterio discutible. Esta observación incide directamente sobre la pretendida compatibilidad del régimen con otros desempeños profesionales, aspecto que corresponde examinar a continuación.

8. ¿Compatibilidad con otros trabajos?

El proyecto parece partir de la idea de que la carga horaria limitada permite compatibilizar el servicio con otros desempeños profesionales y pre-

senta esto como algo virtuoso. Sin embargo, más arriba ya se mencionó el problema de determinar si ese desempeño profesional podría ser o no en la especialidad adquirida, en la medida que no se establece en qué situación quedaría la habilitación del título obtenido.

Pero, además, la compatibilidad formal no asegura compatibilidad real. Un profesional puede tener disponibilidad horaria en abstracto, pero no poder reorganizar sus actividades si el destino asignado exige traslados prolongados o cumplimiento de horarios incompatibles con otros trabajos que ya tiene.

Incluso, el problema no se limita al ejercicio simultáneo de la especialidad. También puede afectar el desempeño laboral que el profesional ya tenga anteriormente, sea como médico general o en cualquier otro sector de actividad. Quien culmina una especialidad médica no necesariamente es un profesional joven, sin inserción previa en el mercado de trabajo o sin obligaciones laborales ya asumidas. Puede tratarse de una persona con una trayectoria profesional ya desarrollada, con cargos dependientes, compromisos laborales anteriores, vínculos con instituciones de salud o una organización vital y laboral construida durante años. También puede tratarse de alguien que, en lugar o además del ejercicio médico, desempeñe otras actividades laborales, vinculadas o no al sector salud, que resulten relevantes para su sustento, su desarrollo profesional o su organización personal o familiar. En ese contexto, la prestación obligatoria no se superpone necesariamente sobre una etapa inicial de inserción profesional, sino que puede impactar sobre una trayectoria laboral y vital ya estructurada y consolidada.

Si el servicio obligatorio se le impone en una localidad del interior, con traslados o con horarios incompatibles con ese empleo preexistente, la carga impuesta puede terminar restringiendo también el ejercicio profesional no especializado o, incluso, la posibilidad de mantener cualquier otro trabajo que viniera desempeñando con anterioridad. En ese caso, el proyecto no sólo condicionaría el acceso al ejercicio de la especialidad, sino que podría interferir en una previa relación laboral cualquiera o en una actividad médica que la persona viniera desarrollando legítimamente con anterioridad.

La supuesta compatibilidad con otros trabajos podría resultar ilusoria si el profesional no puede ejercer simultáneamente la especialidad para la cual se formó o si, para cumplir el servicio impuesto, debe afectar un desempeño profesional previo como médico general o se ve forzado a dejar cualquier otro trabajo anterior que viniera desempeñando.

9. La distancia de la capital como criterio para fijar la carga horaria

El cuarto inciso del artículo 2° dispone que la carga horaria semanal será establecida por la reglamentación tomando en consideración la distancia entre el lugar de prestación del servicio y la capital del país.

La opción resulta llamativa. Si la finalidad declarada es corregir inequidades territoriales y evitar una lógica excesivamente concentrada en Montevideo, no parece claro por qué el criterio de asignación de carga debe construirse tomando como referencia la distancia respecto de la capital. Esa fórmula puede reproducir, precisamente, la centralidad que el proyecto declara querer corregir.

Además, la distancia geográfica no es necesariamente el mejor indicador de la carga efectiva. Podrían importar más la conectividad, la disponibilidad de transporte, las rutas, el tiempo real de traslado, el lugar de residencia del profesional, la posibilidad de acumulación horaria, la existencia de servicios de apoyo, la frecuencia requerida, la complejidad asistencial y la organización del prestador. Un destino relativamente cercano puede ser de difícil acceso, y un destino más lejano puede estar mejor conectado. La distancia respecto de Montevideo, por sí sola, no permite medir adecuadamente la carga impuesta.

Si un profesional reside en el interior, la referencia a Montevideo puede resultar completamente ajena a su situación. El criterio puede terminar diseñado desde una perspectiva centralista, como si todos los profesionales partieran desde la capital o como si la capital fuera el eje natural para medir el sacrificio de los traslados.

10. Profesionales con más de una especialidad

El proyecto tampoco contempla la situación de los médicos que desarrollan más de una especialidad. Esta hipótesis no es excepcional. Un médico puede desarrollar su trayectoria en etapas sucesivas, realizar una primera especialidad, ejercerla durante años y luego completar otra formación especializada.

La norma proyectada no aclara si la nueva especialización activa nuevamente la obligación de prestar el servicio. ¿La obligación nace por cada especialidad culminada o sólo por la primera? Quien ya cumplió el servicio obligatorio al obtener una especialidad, ¿queda nuevamente obligado si culmina otra? ¿El profesional que ya se encuentra registrado, habilitado y ejerciendo una especialidad anterior puede ver afectado ese ejercicio por la obligación derivada de una nueva formación?

Estas preguntas son importantes porque el proyecto vincula la obligación con la culminación de la formación, pero no define si el deber se gene-

ra por persona, por título, por especialidad o por cada nueva habilitación profesional. Esa omisión puede producir consecuencias especialmente graves. Si la obligación se entendiera renovada por cada especialización, un mismo profesional podría quedar sometido sucesivamente a varios períodos de servicio obligatorio. Si, en cambio, se entendiera que la obligación sólo se genera una vez, la ley debería decirlo expresamente y precisar cuál es el criterio de agotamiento del deber.

La falta de previsión también puede afectar situaciones profesionales ya consolidadas. Un médico que ejerce una especialidad previamente habilitada puede culminar una segunda especialidad sin haber abandonado su práctica anterior. En ese supuesto, la asignación obligatoria de un servicio en otra localidad, durante dos años, podría interferir con el ejercicio de la especialidad ya adquirida, con vínculos laborales anteriores, con responsabilidades asistenciales previamente asumidas o con actividades profesionales legítimamente desarrolladas.

Por eso, la cuestión no puede quedar librada a la interpretación administrativa. En un régimen que condiciona el registro o habilitación profesional, la ley debería precisar si la obligación se vincula a la primera especialización, a cada especialidad culminada o a cada solicitud de registro ante el Ministerio de Salud Pública.

11. Riesgo de norma en blanco

El proyecto remite aspectos centrales a la reglamentación. La carga horaria será fijada reglamentariamente. Las necesidades asistenciales serán determinadas por el Ministerio de Salud Pública *“en base a los análisis técnicos correspondientes y de acuerdo con lo que establezca la reglamentación”*. La asignación territorial dependerá de necesidades definidas por la autoridad sanitaria competente.

Esta técnica plantea un problema serio. No se trata de detalles secundarios o meramente instrumentales. La carga horaria, el destino, la especialidad requerida, la autoridad que decide, los criterios de asignación y las condiciones de cumplimiento integran los aspectos nucleares de la obligación.

La remisión amplia a la reglamentación puede convertir el artículo legal en una norma excesivamente abierta. El legislador establecería la obligación y la sanción, pero dejaría en manos de la Administración la determinación concreta de sus aspectos más sensibles. Esto abre reparos de legitimidad, seguridad jurídica y reserva de ley, especialmente porque la prestación afecta derechos fundamentales vinculados con la libertad de trabajo y el ejercicio profesional.

Por otra parte, la fórmula “*análisis técnicos correspondientes*” tampoco aporta precisión. No se indica quién los elaborará, con qué periodicidad, con qué publicidad, con qué indicadores, con qué participación de los prestadores o de las organizaciones profesionales, ni si podrán ser impugnados. Una determinación técnica puede ser necesaria, pero debe estar sometida a reglas claras. De lo contrario, la autoridad administrativa queda habilitada a definir con gran discrecionalidad quién debe prestar servicios, dónde, cuántas horas y en qué condiciones.

12. “Autoridad sanitaria competente”

El proyecto utiliza la expresión “*autoridad sanitaria competente*” para referirse a la determinación de las necesidades asistenciales y a la asignación de la prestación. Luego menciona expresamente al Ministerio de Salud Pública en otro inciso. Esa oscilación terminológica genera dudas.

Si la autoridad competente es el Ministerio de Salud Pública, debería indicarse directamente. Si se pretende incluir también a ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas u otros órganos, debería precisarse el alcance de esa competencia. La expresión genérica puede generar conflictos de atribuciones entre organismos, especialmente cuando los prestadores involucrados pertenecen a estructuras institucionales distintas.

La falta de precisión es más problemática porque la autoridad sanitaria no sólo tendría un papel técnico. Podría determinar necesidades, incidir en destinos, fijar condiciones de cumplimiento y, eventualmente, activar consecuencias vinculadas a la habilitación profesional. En un régimen de esta intensidad, la ley debería identificar con exactitud al órgano competente, sus potestades, los procedimientos aplicables, los criterios decisorios y los medios de impugnación disponibles para el profesional afectado.

13. El beneficio tributario

El último inciso del artículo 2° establece que “*se descontará del aporte a la renta personal de un porcentaje a determinar según la cantidad de horas semanales, durante el tiempo que se realice el servicio de atención médica transitorio*”. La redacción es particularmente deficiente.

No queda claro a qué tributo refiere. La expresión “*aporte a la renta personal*” no identifica con precisión una figura tributaria. Podría aludir al Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, pero el texto no lo dice.

Tampoco se determina el porcentaje, la base de cálculo, el mecanismo de imputación, ni si se trata de exoneración, deducción, crédito, bonificación o devolución.

Una remisión genérica a un porcentaje a determinar según horas semanales deja sin definir elementos esenciales del beneficio.

14. Ausencia de dispositivos de radicación territorial

El proyecto busca mejorar la presencia de especialistas en el interior, pero no contiene ningún dispositivo de radicación.

La prestación se concibe como un servicio transitorio, de baja o mediana carga horaria, durante dos años. No se prevén incentivos de permanencia, carrera profesional territorial, estabilidad, compensaciones por radicación, apoyo habitacional, desarrollo académico, equipamiento, integración a equipos locales, formación continua, ni mecanismos de arraigo institucional.

Si el problema es estructural y territorial, una prestación obligatoria de pocas horas semanales puede no ser el instrumento más adecuado para generar presencia estable de especialistas. Puede aumentar parcialmente la disponibilidad de consultas o servicios, pero no necesariamente crea equipos, redes, continuidad asistencial ni radicación profesional.

Además, el proyecto no aborda las condiciones materiales del trabajo especializado. La presencia de un especialista no siempre es suficiente. Muchas especialidades requieren equipamiento, equipos multidisciplinarios, protocolos, infraestructura, soporte diagnóstico, block quirúrgico, camas, insumos o redes de derivación. Sin esos elementos, la prestación obligatoria puede convertirse en una respuesta formal que no resuelve el déficit asistencial real.

15. Falta de articulación con el régimen de la telemedicina

Llama la atención que el texto no contenga ninguna mención a la telemedicina. La Ley N° 19.869, de 2 de abril de 2020 (reglamentada mediante el decreto N° 127/024, de 2 de mayo de 2024) establece como objeto *“la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud”*, con la finalidad de *“mejorar su eficiencia, calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación”*. Define a la telemedicina como la provisión de servicios de atención sanitaria cuando *“la distancia es un factor crítico”*, mediante el uso de tecnologías de información y comunicación para el intercambio de información válida para diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación, evaluación y educación continua de los proveedores de atención sanitaria.

La propia ley identifica principios directamente conectados con la finalidad que invoca el proyecto. En particular, dispone que la telemedicina contribuye a la *universalidad*, porque garantiza un mejor acceso de toda la

población a los servicios de salud; a la *equidad*, porque “*permite derribar barreras geográficas, acercando los servicios a la población en lugares remotos y con escasez de recursos*”; a la *eficiencia*, porque permite optimizar recursos asistenciales y disminuir desplazamientos; y a la *descentralización*, porque constituye “*una estrategia de utilización de recursos sanitarios que optimiza la atención en los servicios de salud fortaleciendo el proceso de descentralización del Sistema Nacional Integrado de Salud*”.

Si el problema que se pretende atender es la distancia, la falta de especialistas en determinadas localidades y la necesidad de evitar traslados de usuarios, el proyecto debería explicar por qué acude directamente a un servicio personal obligatorio, sin integrar en el diseño de la política pública una herramienta ya regulada por el ordenamiento para enfrentar precisamente ese tipo de barreras. La telemedicina no sustituye toda prestación presencial, porque el propio régimen vigente la concibe como complementaria de la asistencia brindada por el médico tratante. Pero esa complementariedad no la vuelve irrelevante. Al contrario, permite pensar soluciones combinadas, graduales y menos restrictivas de la libertad profesional.

Un proyecto que apunta a imponer trabajo profesional obligatorio debería demostrar que no existen alternativas menos restrictivas, o que éstas resultan insuficientes para alcanzar el fin perseguido. Esa explicación no aparece. El proyecto no distingue especialidades que requieren presencia física de aquellas que podrían admitir atención, interconsulta, seguimiento o apoyo diagnóstico por telemedicina; no prevé mecanismos de integración entre especialistas ubicados en centros de referencia y equipos locales; no regula modalidades híbridas; no contempla protocolos de derivación; y no aprovecha la posibilidad de organizar redes asistenciales apoyadas en tecnologías ya reconocidas por la legislación vigente.

Esto se vincula con la proporcionalidad del medio elegido. Si el ordenamiento vigente ya reconoce una estrategia destinada a mejorar cobertura, eficiencia, equidad y descentralización mediante tecnologías de información y comunicación, el recurso a una obligación personal de servicio exige una fundamentación reforzada. No basta afirmar que existen carencias territoriales, sino que debe explicarse por qué esas carencias no pueden ser atendidas, al menos parcialmente, mediante una combinación de cargos voluntarios, incentivos de radicación, fortalecimiento de equipos locales, telemedicina, interconsultas, protocolos clínicos y redes de referencia.

VII. Conclusiones

El proyecto parte de la preocupación legítima que resulta de la constatación de la existencia de una desigual distribución territorial de especialistas médicos, dificultades de acceso en el interior del país y diferencias entre

usuarios del sector público y del sector privado. El derecho a la salud, la equidad territorial y el fortalecimiento de los prestadores públicos son objetivos constitucionalmente valiosos, que el Estado debe priorizar y a cuya consecución debe encaminar la implementación de políticas adecuadas.

Pero el problema que presenta la norma proyectada no estriba en la finalidad a la que apunta, sino en el medio que elige para intentar alcanzarla. La iniciativa procura responder a carencias estructurales del sistema de salud mediante la imposición de una prestación obligatoria de trabajo a quienes culminan determinadas trayectorias formativas, desplazando hacia un grupo específico de profesionales una carga que, por su naturaleza, corresponde al diseño, financiamiento, organización y fortalecimiento general del sistema sanitario.

La Constitución reconoce la libertad de trabajo, el libre ejercicio profesional y que el trabajo está bajo la protección especial de la ley. La Constitución también destaca que el trabajo tiene una dimensión social, al establecer que debe redundar en beneficio de la colectividad. Sin embargo, esa dimensión social del trabajo no autoriza al legislador a constreñir que su prestación sea desplegada en un determinado territorio y en beneficio del Estado, ni a utilizar la habilitación administrativa del título como un instrumento de compulsión a tales efectos. También se plantean dificultades desde la perspectiva de la igualdad, porque el proyecto concentra una carga desmesurada en un universo limitado de profesionales, afectando su tiempo de vida laboral y personal.

El análisis convencional y el Derecho internacional del trabajo refuerzan esas objeciones. La Convención Americana, el Protocolo de San Salvador, el PIDCP y el PIDESC protegen la libertad de trabajo y proscriben el trabajo forzoso u obligatorio. A su vez, los Convenios Internacionales de Trabajo núm. 29 y 105, junto con la doctrina de la CEACR, evidencian que una prestación de trabajo exigida por autoridad, bajo amenaza de una consecuencia desfavorable y sin libertad real para aceptarla o rechazarla, puede ingresar en el ámbito de preocupación de la prohibición del trabajo forzoso. La remuneración del servicio o su carga horaria limitada no eliminan por sí solas ese problema.

El articulado, además, presenta deficiencias propias, que van más allá de las objeciones de fondo. El proyecto no define con precisión a todos los sujetos alcanzados, no articula adecuadamente las distintas vías de formación y reconocimiento de especialidades, no regula la situación de quienes se forman en universidades privadas o en el exterior, no determina con claridad el momento de nacimiento de la obligación y contiene inconsistencias entre promulgación y entrada en vigencia. Tampoco precisa la naturaleza jurídica del vínculo, el prestador-empleador, el régimen remuneratorio, las

condiciones reales de cumplimiento, los traslados, las compensaciones, los procedimientos, las causales de justificación ni los recursos frente al incumplimiento.

A lo anterior se agrega que la consecuencia prevista ante el incumplimiento (la falta de registro o habilitación del título) resulta especialmente intensa y aparece insuficientemente regulada. La potestad administrativa de registro sanitario, concebida para verificar condiciones de ejercicio profesional en protección de la salud pública, pasa a ser un mecanismo de presión para obtener una prestación laboral obligatoria.

Finalmente, el proyecto tampoco se articula con herramientas normativas ya existentes, como el régimen de telemedicina, ni contiene verdaderos dispositivos de radicación territorial, carrera, incentivos, fortalecimiento de equipos locales o redes asistenciales. Por esa razón, incluso desde el punto de vista de la política legislativa, la solución propuesta parece insuficientemente elaborada para el objetivo que declara perseguir.

En definitiva, la iniciativa se apoya en una finalidad loable, pero utiliza una técnica jurídicamente objetable y legislativamente defectuosa. El Estado dispone de instrumentos más adecuados para mejorar la distribución territorial de especialistas: planificación, cargos, incentivos, financiamiento, radicación, fortalecimiento institucional, redes asistenciales, descentralización formativa y telemedicina. Lo que no resulta aceptable es que se planteen sustituir ese tipo de herramientas por la imposición de una obligación de prestación de trabajo que condiciona el ejercicio profesional a la satisfacción previa de una necesidad pública definida por la autoridad.

Referencias bibliográficas

- Barbagelata, H.-H. (1995). *Derecho del trabajo* (Tomo I, Vol. 1). Fundación de Cultura Universitaria.
- Blengio Valdés, M. (2024). *Manual de derechos humanos* (5.ª ed.). Fundación de Cultura Universitaria.
- Bronstein, A. (2013). *Derecho internacional del trabajo*. Astrea.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2006, 6 de febrero). *Observación general n.º 18: El derecho al trabajo (artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/GC/18). Naciones Unidas. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2006/32433>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2011, 24 de febrero). *Caso Gelman vs. Uruguay. Fondo y reparaciones*. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de <https://share.google/S9DmWWvubGKy2foY1>

Jiménez de Aréchaga, J. (s. f.). *La Constitución Nacional* (Tomo I). Cámara de Senadores.

Organización Internacional del Trabajo. (s. f.). *What is forced labour?* Recuperado el 5 de mayo de 2026, de https://www.ilo.org/topics/forced-labour-modern-slavery-and-trafficking-persons/what-forced-labour?utm_source

Organización Internacional del Trabajo. (1979). Estudio general de las memorias relativas al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29) y al Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105): Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (artículos 19, 22 y 35 de la Constitución), Informe III (Parte 4B). Conferencia Internacional del Trabajo, 65ª reunión. Recuperado 6 mayo de 2026 de [https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09663/09663\(1979-4B\).pdf](https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09663/09663(1979-4B).pdf)

Organización Internacional del Trabajo. (1998/2022). *Declaración de 1998 de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento*. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de <https://www.ilo.org/es/resource/otro/declaracion-de-1998-de-la-oit-relativa-los-principios-y-derechos>

Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2003). *Informe III (Parte 1A): Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones* (Conferencia Internacional del Trabajo, 91ª reunión). Recuperado el 6 de mayo de 2026, de <https://www.ilo.org/es/resource/conference-paper/ilc/101/informe-iii-1a-informe-de-la-comision-de-expertos-en-aplicacion-de>

Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2007). *Erradicar el trabajo forzoso: Estudio general relativo al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29), y al Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105)*. Recuperado el 5 de mayo de 2026, de <https://www.ilo.org/es/resource/prueba-de-conferencia/erradicar-el-trabajo-forzoso-estudio-general-relativo-al-convenio-sobre-el>

Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2012). *Observación relativa al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29): Argelia* (adoptada en 2011, publicada en la 101ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo). NORMLEX. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:13100:0::NO::P13100_COMMENT_ID,P13100_LANG_CODE:2698147,es:NO

- Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2019). *Observación relativa al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29): Argelia* (adoptada en 2018, publicada en la 108.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo). NORMLEX. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:13100:0::NO::P13100_COMMENT_ID,P13100_LANG_CODE:3780414,es:NO
- Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2022). *Observación relativa al Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29): Argelia* (adoptada en 2021, publicada en la 110.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo). NORMLEX. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:13100:0::NO::P13100_COMMENT_ID,P13100_LANG_CODE:4116138,es:NO
- Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2024). *Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105): Observación general*. Recuperado el 5 de mayo de 2026, de <https://www.ilo.org/es/publications/convenio-sobre-la-abolicion-del-trabajo-forzoso-1957-num-105-observacion>
- Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (2025). *Solicitud directa relativa al Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105): Cuba* (adoptada en 2024, publicada en la 113.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo). NORMLEX. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000:13101:0::NO:13101:P13101_COMMENT_ID:4288434
- Organización Internacional del Trabajo, Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones. (1991). *Direct request concerning the Forced Labour Convention, 1930 (No. 29): Japan* (adopted 1991, published 78th ILC session). NORMLEX. Recuperado el 7 de mayo de 2026, de https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:13100:0::NO::P13100_COMMENT_ID,P13100_LANG_CODE:2093751,en:NO
- Risso Ferrand, M. (1998). *Derecho constitucional* (Tomo III, Estado social y democrático de derecho: Derechos, deberes y garantías). Ingranusi.
- Vega Ruiz, M. L., & Martínez, D. (2002). *Los principios y derechos fundamentales en el trabajo: Su valor, su viabilidad, su incidencia y su importancia como elementos de progreso económico y de justicia social* (Documento de trabajo WP n.º 9). Organización Internacional del Trabajo, InFocus Programme on Promoting the Declaration on Fundamental Prin-

ciples and Rights at Work. <https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/encyclopediaEntry/Los-principios-y-derechos-fundamentales-en/995328519502676>