



**Universidad Nacional  
de Tres de Febrero**

**TESIS**

Maestría de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales Internacionales

Autor: **Paola Andrea Heredia**

Director: *Ricardo D. Hierrezuelo*

T  
HER  
DL

**SITUACIÓN JURÍDICA DE LOS RESIDENTES MÉDICOS**

## INDICE

RESUMEN .....	3
INTRODUCCION .....	4
CAPITULO I. RELACION DE DEPENDENCIA	
Contrato de trabajo. Concepto .....	5
Caracteres del contrato de trabajo .....	5
Sujetos del contrato de trabajo .....	6
Relación de dependencia .....	6
Contrato de trabajo y locación de servicios .....	7
Prueba del contrato de trabajo .....	8
Parasubordinación .....	9
CAPITULO II. PROFESIONES LIBERALES. MEDICOS	
Profesiones liberales. Antecedentes .....	10
Aspectos generales .....	10
Jurisprudencia sobre profesiones liberales en general .....	12
Profesionales en medicina .....	13
Jurisprudencia sobre profesionales en medicina .....	13
CAPITULO III. RESIDENCIAS MÉDICAS	
Marco referencial histórico .....	18
Antecedentes legislativos .....	19
Ejercicio de la medicina .....	21
Carreras de especialización .....	22
Práctica profesional .....	23
CAPITULO IV. RELACION DE DEPENDENCIA DE LOS RESIDENTES MÉDICOS	
Cuestiones a tener en cuenta .....	24
Jurisprudencia sobre residentes médicos .....	24
CONCLUSIONES .....	33
ANEXO I. LEY 17.132 .....	34
ANEXO II. LEY 22.127 .....	53
ANEXO III. LEY 22.212 .....	56
ANEXO IV. Reglamento de Residencias – Resolución N° 389/89 Ministerio de Salud .....	63
ANEXO V. Programa de Residencia en Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires .....	66
BIBLIOGRAFIA .....	76

## RESUMEN

A través del presente trabajo, se trata de analizar la situación jurídica de los residentes médicos, ya que bajo la figura de las residencias médicas, se esconderían verdaderos contratos de trabajo.

En la práctica los médicos recién recibidos trabajan a la par y más que los médicos de planta, los residentes tienen idénticas responsabilidades, tienen mayor carga horaria, les abonan una retribución inferior a la de otros galenos, y por lo general carecen de los beneficios y derechos que gozan el resto de los médicos de las instituciones en las que trabajan.

Las residencias pretenden ser un sistema de aprendizaje, por lo tanto, los residentes serían estudiantes, que toman decisiones de alta complejidad y gran responsabilidad como si fueran especialistas sin contar, en la mayoría de los casos, con la supervisión correspondiente.

En la labor diaria de los residentes se puede observar ciertas notas de subordinación que caracterizan a una relación como dependiente, por lo que deberían contar con una adecuada protección legal.

## INTRODUCCION

Una situación de mi vida personal me llevó a pasar muchos años visitando con una frecuencia casi semanal la guardia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Allí pude observar gran cantidad de profesionales que atendían a los pacientes que ingresaban a la sala de emergencias con variadas afecciones y con distinta gravedad.

A simple vista no era sencillo distinguir las jerarquías entre los galenos ya que todos desempeñaban idénticas tareas, y todos trabajaban arduamente para sacar a los pacientes de los estados críticos en que ingresaban.

A medida que fue pasando el tiempo y en el contexto de diálogos mantenidos con los médicos en mi calidad de familiar del paciente ingresado, comencé a percibir las diferencias en cuanto a los conocimientos y las jerarquías, y me sorprendió presenciar que los pacientes que ingresaban en estado de extrema gravedad quedaban a cargo exclusivamente de residentes.

Estos médicos con escasa experiencia, que estaban cumpliendo su residencia médica, pasaban días sin dormir haciendo guardias de 48 horas o más y varias veces por semana, intentando salvar la vida de los pacientes, y cuando el tiempo se los permitía, estudiando para sus exámenes.

Entonces me pregunté cuál era la situación jurídica de los residentes médicos.

Así comencé a investigar el sistema de residencias médicas, y toda esta temática se aborda teniendo en cuenta no sólo la normativa sino también la realidad.

## CAPITULO I

### RELACION DE DEPENDENCIA

#### Contrato de trabajo. Concepto

El contrato de trabajo es aquél por el cual una persona física compromete su trabajo personal a favor de otra, física o jurídica, por cuenta y riesgo de esta última, que organiza y dirige la prestación y aprovecha sus beneficios mediante el pago de una retribución.

Dice Fernández Madrid<sup>1</sup>, que este concepto amplio abarca todo tipo de vinculación contractual laboral, incluso las que se dan en el marco doméstico, y cualquiera sea la modalidad de la prestación del trabajo. Pero como el contrato de trabajo se inserta habitualmente en el marco de una organización empresaria, las normas que lo rigen están fundamentalmente referidas a las tareas cumplidas dentro de una organización de tal tipo.

#### Caracteres del contrato de trabajo

El artículo 21 de la ley de contrato de trabajo establece que: *“Habrá contrato de trabajo, cualquiera sea su forma o denominación, siempre que una persona física se obligue a realizar actos, ejecutar obras o prestar servicios a favor de la otra y bajo la dependencia de ésta, durante un período determinado o indeterminado de tiempo, mediante el pago de una remuneración. Sus cláusulas, en cuanto a la forma y condiciones de la prestación, quedan sometidas a las disposiciones de orden público, los estatutos, las convenciones colectivas o los laudos con fuerza de tales y los usos y costumbres”*.

Dice Vázquez Vialard<sup>2</sup> que nuestra ley de contrato de trabajo concibe a este contrato como un acuerdo mediante el cual las partes (empleador y trabajador) se obligan a intercambiar trabajo por remuneración mientras subsista la relación jurídica que crean, de tal modo que, enmarcado ya en la teoría general del contrato, aquél aparece así como un negocio constitutivo de una relación obligacional (contrato obligatorio).

Esta relación se distingue de las otras relaciones de derecho privado, por la obligación personalísima que contrae el trabajador de trabajar bajo una situación de dependencia personal, es decir que éste no sólo debe prestar servicios, sino también lo hará sometido a una poder jurídico ajeno, comprometiéndolo su misma persona, inescindible de la actividad que despliega.

El contrato de trabajo no resta valor al intercambio de prestaciones, pero atribuye especial relevancia al elemento humano, contemplando concretamente la situación de dependencia personal en que se halla el trabajador.

Siguiendo a Vázquez Vialard, se puede decir que entre las notas que tipifican el contrato de trabajo se encuentran las generales y las específicas.

Dentro de las primeras tenemos que:

- a) es autónomo, ya que tiene individualidad propia;
- b) es un contrato típico y nominado;
- c) es un contrato bilateral, pues engendra obligaciones recíprocas para ambos contratantes;
- d) es un contrato consensual, ya que se perfecciona por el solo acuerdo de las partes;
- e) es un contrato conmutativo, dado que al contratar las partes asumen obligaciones ciertas y determinadas que no dependen de algún acontecimiento incierto;
- f) es un contrato oneroso, porque las prestaciones de una de las partes se da en razón de la contraprestación que promete o ejecuta la otra;
- g) es un contrato normalmente de ejecución continuada o tracto sucesivo, porque la relación jurídica que crea normalmente se prolonga en el tiempo.

En cuanto a las notas específicas, observamos que el trabajo objeto de contratación ha de ser prestado personalmente por el trabajador, debe consistir en una actividad personal e infungible; y por otro lado ese trabajo se debe prestar en una situación de dependencia personal, o sea que el trabajador debe desarrollar su actividad sometido a un poder jurídico ajeno.

<sup>1</sup> Fernández Madrid, *Tratado Práctico de Derecho del Trabajo*, pág. 581.

<sup>2</sup> Vázquez Vialard, *Tratado de Derecho del Trabajo*, pág. 325.

## Sujetos del contrato de trabajo

La ley de contrato de trabajo determina quienes son los sujetos del contrato de trabajo. El trabajador siempre es una persona física (art. 25 LCT) y el empleador puede ser tanto una persona física (o conjunto de ellas) como una persona jurídica (tenga o no personalidad jurídica).

Señala Rodríguez Mancini<sup>3</sup> que el trabajador es siempre un persona física o de existencia visible, única capaz de realizar el trabajo humano que constituye la realidad social de la cual parte nuestra disciplina, y aclara siguiendo a Krotoschin que una persona jurídica no puede *trabajar* en el significado propio del derecho del trabajo, sino sólo obligarse a prestar servicios o realizar obras mediante el trabajo de otros, es decir, personas físicas perfectamente individualizadas.

Asimismo, recuerda que el derecho laboral nació para proteger al hombre que trabaja, por lo cual todas sus normas e instituciones presuponen la presencia de la persona humana, al punto que principios tales como la limitación de la jornada, el descanso semanal o anual, el salario mínimo vital o la protección contra los riesgos del trabajo sólo se pueden concebir en función de la persona física, de lo cual se deriva la gran importancia que revisten los aspectos humanos de la relación laboral.

A diferencia del trabajador, el empleador puede ser una persona física o una persona de existencia ideal, sea de carácter privado (sociedades, asociaciones) o de carácter público.

El art. 26 de ley de contrato de trabajo también caracteriza al empleador como el otro sujeto de la relación, al definirlo como la persona “que requiera los servicios de un trabajador”.

## Relación de Dependencia

Dice Etala<sup>4</sup> que la dependencia constituye una nota distintiva fundamental para tipificar el contrato de trabajo y distinguirlo de otros contratos. Tal es así que contrato de trabajo y relación de dependencia son tomadas por muchos juristas como expresiones equivalentes.

La ley de contrato de trabajo no define la dependencia, por lo que ha quedado como tarea confiada a la doctrina y la jurisprudencia, y éstas han aportado importantes criterios orientadores para dar solución a los problemas que plantea la práctica concreta.

Siguiendo a Grisolia<sup>5</sup> debemos señalar que el trabajador protegido por la ley de contrato de trabajo y el derecho individual del trabajo es el que presta su actividad personal a cambio de una remuneración, en relación de dependencia o subordinación respecto de otro –empleador (persona física o jurídica)– que requiere de sus servicios. Es decir, que trabaja en una organización ajena, sometido a las directivas o instrucciones que se le imparten y bajo el riesgo de otro, que recibe la tarea y la dirige: no asume riesgos económicos.

El trabajo en relación de dependencia es un trabajo dirigido. El trabajador está bajo la dependencia o dirección del empleador: el trabajador pone a disposición del empleador su fuerza de trabajo y se somete a sus decisiones e instrucciones respecto del trabajo, y el empleador se compromete a pagarle una remuneración pactada y a otorgarle condiciones de trabajo dignas, seguras e higiénicas para su condición humana.

Por ello, Eduardo Perugini considera que *“existe relación de dependencia laboral simplemente cuando una persona que necesita utilizar su capacidad de trabajo para participar en el sistema productor de bienes y servicios, realiza esa participación a través de una organización empresaria total o preponderantemente ajena que, a la vez, realiza su finalidad empresaria sobre la base de la libre disposición del producto elaborado o del servicio mismo”*<sup>6</sup>.

La relación de dependencia se caracteriza por la subordinación que se manifiesta en un triple sentido:

- técnico;
- económico;
- jurídico.

La dependencia técnica consiste en la exigencia de que el trabajador se ajuste a los procedimientos y modalidades de ejecución de sus tareas indicadas por el empleador, para la producción de bienes o la prestación de servicios en que consiste la actividad de éste.

<sup>3</sup> Rodríguez Mancini, *Curso de derecho del trabajo y la seguridad social*, pág. 122.

<sup>4</sup> Etala, *Contrato de Trabajo*, pág. 85.

<sup>5</sup> Grisolia, *Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, pág. 189.

<sup>6</sup> Perugini, Eduardo, *Algunas consideraciones sobre la dependencia laboral*, DT, t.34, pág. 230 y *La dependencia laboral*, DT, t.32, pág. 87.

La dependencia económica se identifica con el trabajo por cuenta ajena, ya que el trabajador presta los servicios en beneficio o provecho de otro, quien asume los riesgos del negocio o de la empresa.

En otro sentido se destaca la supremacía económica que ostenta el empleador –poseedor de los medios de producción– frente al trabajador, quien regularmente no dispone de otro medio de vida que el poner su fuerza de trabajo a favor de aquél. De tal manera, el trabajador depende económicamente del empleador, en el sentido de que necesita su empleo para subsistir.

La dependencia jurídica se observa en la circunstancia de que el trabajador está sujeto al derecho de dirección del empleador en cualquier momento, debe cumplir las órdenes o instrucciones que se le impartan, y carece de autonomía al respecto. También se manifiesta en la facultad disciplinaria del empleador, y en la de sustituir cuando lo creyera conveniente su propia voluntad a la del trabajador.

El hecho de que una persona realice actos, ejecute obras o preste servicios en favor de otra mediante el pago de una suma de dinero, no implica necesariamente la existencia de un contrato de trabajo, se debe determinar si actúa bajo la dependencia de otra.

Dice Alejandro Perugini, que en la actualidad para determinar que el trabajo es dependiente no se exige necesidad económica preexistente, la dependencia técnica puede presentarse en mayor o menor grado, y la dependencia jurídica es el resultado del reconocimiento de una relación que supone, por un lado, un elemento objetivo, cual es la incorporación del trabajador en una estructura productiva ajena, y por el otro, un elemento de carácter subjetivo o intencional, por el cual el empleador aprovecha el esfuerzo personal ajeno a su propio beneficio a cambio de una remuneración, y el trabajador lo cede con la finalidad de percibir una contraprestación<sup>7</sup>.

La jurisprudencia tiene dicho que en la relación de dependencia se destacan como elementos centrales la presencia de subordinación jurídica, económica y técnica y aunque en determinadas ocasiones algunos de estos rasgos se encuentren presentes, el problema se plantea en torno a la intensidad con que se manifiesta esa subordinación puesto que, según el caso, algunos aspectos de la misma se manifiestan levemente o resultan casi desapercibidos, mientras que en otros emergen con claridad, lo que equivale a decir que necesariamente no se puede optar por un único patrón para decidir el conflicto, sino que deberá estarse a los elementos que en cada situación particular, arrimen las partes al juez en apoyo de sus respectivas posturas (CNAT, Sala I, del 4/10/02, in re: "Lypka, Juan E. c/ Mediconex S.A.," DT 2003-A-544; Sala I, del 20/4/01, in re: "Castaldi, Jorge S. c/ Usub S.A.").

## Contrato de trabajo y locación de servicios

El artículo 1623 del Código Civil define a la locación de servicios como un contrato consensual y tiene lugar cuando una de las partes se obligare a prestar un servicio y la otra a pagarle por ese servicio un precio en dinero.

Dicen Garrido-Zago que *"no puede equipararse el contrato de trabajo con la locación de servicios por corresponder uno a una rama del derecho donde predomina la intervención del Estado y el orden público y la otra por ser una institución netamente de derecho civil, donde las partes, en pie de igualdad, celebran la relación contractual, sin subordinación plena ni con fines de continuar en el tiempo, más allá del necesario para la prestación del servicio"*<sup>8</sup>.

Sin perjuicio del carácter autónomo de la prestación y de que su objeto consiste en el resultado, el locador acepta ejecutar el servicio que le contratan bajo las instrucciones del locatario.

El trabajador autónomo organiza su trabajo, establece las condiciones y el tiempo de trabajo y asume los riesgos de la actividad. Es titular de una Clave Única de Identificación Tributaria (CUIT) y debe cumplir con obligaciones tributarias y previsionales, emite facturas por el servicio prestado y percibe una retribución por precio u honorarios.

El concepto de contrato de trabajo se deslinda frente al contrato de la locación de servicio, de obra, de mandato, y, en general, a las relaciones jurídicas que establezca el llamado trabajador autónomo. Lo que caracteriza al contrato de trabajo es la subordinación o dependencia del trabajador con respecto al patrono, y el derecho de éste de dirigir las tareas de aquél y de vigilar su ejecución.

Así, la jurisprudencia sostiene que, en el caso de un trabajador que prestó servicios como repartidor de correspondencia, que para ello se trasladaba en una motocicleta de su propiedad, que asumía el costo del combustible y de eventuales peajes así como los gastos de reparación y mantenimiento de su vehículo, que cumplía un horario, que la asignación de viajes era efectuada según el orden de llegada de los repartidores, que los demandados diagramaban los viajes y le daban las órdenes de trabajo y que el accionante tenía una vestimenta que contaba con un logotipo,

<sup>7</sup> Perugini Alejandro, *Relación de Dependencia*, pág. 64.

<sup>8</sup> Garrido – Zago, *Contratos Civiles y Comerciales*, pág. 322.

que resulta evidente la existencia de relación de dependencia y no una locación de servicios como pretenden los demandados. En efecto, se trata de servicios prestados de modo habitual y sujetos a la organización y a las modalidades impuestas por el accionado por parte de quien no cuenta con una estructura empresarial propia. La circunstancia de que el demandante fuese propietario de la motocicleta que utilizaba para hacer las entregas, si se tiene en cuenta el reducido valor de dicho vehículo, no implica la existencia de una organización empresarial propia (CNAT, Sala III, 30/9/05, in re: "Michellon, Mariano Alejandro c/ Alfonso, Carlos Dante y otros s/ despido").

## Prueba del Contrato de Trabajo

La ley de contrato de trabajo establece en su art. 50 que el contrato de trabajo se prueba por los modos autorizados por las leyes procesales y lo previsto en el art. 23 del mismo cuerpo normativo.

No existen limitaciones ni restricciones específicas respecto a la prueba, y se agrega la presunción contemplada en el art. 23 LCT por la mera prestación de servicios.

Por ello, cuando un trabajador alega la existencia de un contrato de trabajo, si la demandada lo niega, corresponde al actor acreditar los hechos invocados. Pero la prestación de servicios hace presumir el contrato de trabajo –art.23 LCT–, invirtiendo así la carga de la prueba.

El art. 23 LCT establece que *"el hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia del contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario. La presunción operará igualmente aun cuando se utilicen figuras no laborales para caracterizar el contrato, y en tanto que por las circunstancias no sea dado calificar de empresario a quien presta el servicio"*.

El legislador establece en esta norma que cuando se prueba la prestación de servicios, puede presumirse un contrato de trabajo. Sin embargo, esta presunción no es absoluta, ya que reconoce excepciones cuando por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario, y en tanto que por las circunstancias no sea dado calificar de empresario a quien presta el servicio. Esta presunción es *iuris tantum*, es decir que admite prueba en contrario.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia se encuentran divididas en cuanto al alcance de esta presunción. Los defensores de la postura restrictiva sostienen que para que se torne operativa es menester probar no sólo la prestación de servicios, sino su carácter dependiente en los términos de los arts. 21 y 22 LCT; mientras que los que propician una postura amplia, que comparto, entienden que la sola acreditación de la existencia de prestación a favor de un tercero es suficiente para que opere la presunción.

Esta última postura es la aceptada en forma mayoritaria por la jurisprudencia, y así lo sostuvo la Sala III de la CNAT señalando que la interpretación del art. 23 LCT en sentido de que restringe la operatividad de la presunción al caso en que se hayan acreditado servicios prestados en relación de dependencia, esterilizaría el propósito de la norma. La relación de dependencia es, precisamente, la piedra de toque de ese concepto, por momentos inasible, que es el contrato de trabajo. Si existe relación de dependencia existe seguramente contrato laboral, hasta tal punto que ambas expresiones suelen usarse como sinónimas en el ámbito de las relaciones jurídicas; y en estas condiciones, afirmar que la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo tan sólo cuando estamos seguros de que tal prestación se ha cumplido en relación de dependencia, equivaldría, en la práctica, a sostener que la presunción del contrato de trabajo requiere la previa prueba del mismo contrato (CNAT, Sala III, "Ríos Silva, Andrea c/ Partido Justicialista Orden Nacional s/ despido" SD del 5/9/95; y "Noceti c/ By Step SRL" SD del 12/2/02).

La Sala IV estableció en los autos "Hug, Eduardo c/ Intesta S.A. s/ despido" (SD del 30/8/91) que la relación de dependencia no es susceptible de ser probada porque no es un hecho, sino que depende de su interpretación pero es diferente a aquél porque es una operación que debe realizar el intérprete. Más aún, esta interpretación está enmarcada en el orden público laboral y, en consecuencia, cuando se da el corpus, o sea el conjunto de hechos que prevé el art. 22 LCT, el intérprete no tiene otra posibilidad que aplicar las normas laborales.

Para desvirtuar la presunción de la existencia de un contrato de trabajo el empleador deberá acreditar que el hecho de la prestación de servicios está motivado en otras circunstancias desvinculadas de un contrato laboral.

Los principales medios de prueba para acreditar la existencia del contrato de trabajo son: la prueba confesional, la prueba documental, la prueba pericial, la prueba informativa y la prueba testimonial.

También existen indicios o presunciones para determinar la existencia de trabajo en relación de dependencia y del contrato de trabajo, por ejemplo cuando se prestan servicios personales no sustituibles, o se incorpora una persona en una empresa, aunque sea en actividades que si bien hace a su giro, no son esenciales; cuando la prestación



de las tareas se efectúa en el establecimiento del empleador; cuando una personal debe acatar órdenes y cumplir horarios.

A fin de establecer la existencia o no del contrato de trabajo, debemos basarnos en el principio de primacía de la realidad, que da prioridad a ésta respecto de lo que está documentado o manifiestan las partes de su relación, es decir que deben primar los datos objetivos que surgen del contenido de la relación.

Ciertas circunstancias excluyen la existencia de un contrato de trabajo, por ejemplo: la organización del trabajo por el propio trabajador, la inexistencia de órdenes o del cumplimiento de horarios, las prestaciones no personales efectuadas por terceros, los servicios prestados de empresa a empresa.

## Parasubordinación

Es a fines de los años 70 cuando en Europa se produce un cambio de rumbo en el ordenamiento laboral como resultado de la recesión económica de la primera mitad de esa década y de los efectos producidos en los niveles de empleo, se marca el comienzo de la crisis del contrato de trabajo por tiempo indeterminado y el surgimiento de nuevas figuras atípicas o parasubordinadas.

A pesar de haber sido ideado como fruto de la emergencia, estas nuevas opciones de política normativa carecieron, por diversos motivos, de vocación de reversibilidad, y durante la década siguiente, el debate europeo se centró en las "nuevas formas de empleo", destipificantes del contrato de trabajo originario.

Señala Candal<sup>9</sup> que el caso italiano desarrolló la noción de "parasubordinación" como lugar intermedio de nivel de protección entre el trabajador autónomo y el dependiente. Este fenómeno también se produjo en Francia, e incluso en Alemania, en donde la figura de los "casi asalariados" ha sido expresamente legislada. Estos cuasi asalariados no dejan de ser trabajadores independientes, pero al ser económicamente dependientes, no obstante estar excluidos del derecho al despido, se benefician en cambio con ciertas disposiciones del Derecho del Trabajo relativas a los conflictos laborales, el descanso y las condiciones de trabajo, e incluso, tendrían derecho a negociar las condiciones de trabajo colectivamente.

Se modifica el modo de organizar el proceso de prestación de servicios y de elaboración de bienes, recurriendo a la contratación de proveedores y suministradores externos para la ejecución de ciertas fases del proceso o las actividades, que se caracteriza fundamentalmente por la fragmentación y segmentación del ciclo productivo y la externalización o exteriorización de ciertas fases, funciones o actividades de dicho ciclo.

Esta situación lleva a la creación de nuevas relaciones interempresariales, sustentadas en vínculos de cooperación y coordinación, pero también de dependencia, recurriendo a figuras contractuales típicas como el contrato de ejecución de obra o contrato de empresa, los contratos de arrendamiento de servicios, de depósito, de transporte o los contratos de comisión y de agencias, o bien, a la creación de nuevas figuras contractuales como los contratos de franquicia, de *factoring*, de *merchandising*, de *facilities management*, de logística, de mantenimiento o suministro de informática.

---

<sup>9</sup> Candal, Pablo, *El concepto de relación de dependencia y la protección del trabajo en la era posindustrial*, Derecho Laboral en la Integración Regional. Ediciones Depalma, Octubre 2000.

## CAPITULO II

### PROFESIONES LIBERALES - MEDICOS

#### Profesiones Liberales. Antecedentes

Históricamente la figura del trabajador dependiente fue concebida para amparar a los trabajadores manuales, que sólo tenían su fuerza de trabajo para sobrevivir y carecían de tutela. Estos trabajadores cedían su esfuerzo personal en beneficio de los capitalistas, ya que se encontraban en condiciones de inferioridad.

Dice Perugini<sup>10</sup> que el Derecho del Trabajo fue concebido inicialmente como un medio de protección de una clase socialmente desfavorable, por lo que resultaba natural que sus previsiones fueran consideradas aplicables sólo donde tal situación pudiera constatarse, lo cual explica que se haya considerado ajena a esa tipificación propia del contrato de trabajo la condición de quienes aun cuando ganaran su sustento con su labor personal, como los que ejercen profesiones liberales, gozaban de distinta consideración social, porque tenían una formación cultural e intelectual superior, y porque vendían un servicio más escaso que, además, no era entendido como un producto que pudiera ser ofrecido en el mercado a través de una empresa que impusiera una sujeción personal a quienes no estaban en condiciones de inferioridad económica ni técnica ni, por lo tanto, necesitaran incorporarse a una estructura productiva organizada a cambio de una remuneración.

El derecho del trabajo fue ampliando su aplicación a otros trabajadores dependientes en la medida en que se comprendió que la empresa no eran sólo las organizaciones industriales, sino toda organización de medios personales, materiales e inmateriales destinada a un fin productivo. Sin embargo, siguió siendo dificultoso aceptar que las profesiones liberales puedan ser prestadas en condiciones de subordinación.

#### Aspectos generales

En nuestra realidad es cada vez menos frecuente que el abogado, el contador, el médico o el ingeniero se dediquen sólo al ejercicio autónomo de su profesión y otros profesionales realizan su actividad por cuenta total o parcialmente ajena.

Las profesiones liberales son actividades que pueden ser ejercidas tanto en forma autónoma como en relación de dependencia.

Siguiendo a Grisolia se puede establecer como principio general que habrá contrato de trabajo si se presta servicios bajo la dependencia de un empresario y dentro de una organización ajena. Por otra parte, habrá locación de servicios si lo hace por su cuenta, tiene su clientela y su organización propia.

La medicina se ha "socializado" y se presta fundamentalmente a través de organizaciones empresarias, públicas o privadas. Los abogados encuentran en el asesoramiento permanente a sindicatos, instituciones o empresas formas de ejercicio regular de su actividad con dedicación parcial o exclusiva. Lo mismo sucede con los contadores, y los ingenieros se incorporan a las empresas en distintas funciones de acuerdo a su especialidad, y los dentistas, los psicólogos y psicoterapeutas se vinculan con obras sociales y otras instituciones prestadoras de servicios integrales de salud<sup>11</sup>.

El hecho de que existan asociaciones, colegios o consejos de cada profesión en particular, con derechos y obligaciones específicos para los profesionales matriculados, no significa que no puedan trabajar en forma subordinada o que el profesional libre carezca de tutela, ya que se encuentran regidos por leyes referidas a honorarios y pueden ser objetos de determinados servicios sociales.

Así, la existencia del contrato de trabajo estará determinada por la prestación de servicios por cuenta y a riesgo ajeno en una organización empresaria extraña, que es la que aprovecha el resultado de sus prestaciones, abona el salario y determina la forma en que dichas prestaciones deben cumplirse.

Dice Fernández Madrid<sup>12</sup> que en principio la intensidad de las relaciones entre la empresa y el profesional no ha de determinar la naturaleza de la relación, aunque puede constituir un elemento presuntivo de la existencia de un contrato de trabajo.

<sup>10</sup> Perugini Alejandro, *Relación de Dependencia*, pág. 177.

<sup>11</sup> Fernández Madrid, *Tratado práctico de derecho del trabajo*, pág. 700.

<sup>12</sup> Fernández Madrid, *Tratado práctico de derecho del trabajo*, pág. 701.

El ejercicio concreto del poder de dirección a través de órdenes, o de un control estricto, más acorde con el trato que reciben otros empleados, puede no estar presente en la relación con el profesional por la ausencia de dependencia técnica, pero lo que interesa es que el profesional que trabaja una relación laboral tenga una ubicación funcional dentro de la empresa de otro y que trabaje por cuenta y a riesgo de su empresario.

Cuando los gastos están a cargo del profesional, esa circunstancia podría autorizar la presunción de que prevalece la autonomía, puesto que los gastos pueden superar los ingresos y existe por lo tanto un elemento de riesgo, mientras es típico de las profesiones liberales al contrario resulta completamente extraño a la relación de trabajo subordinado.

La periodicidad en los pagos, por ejemplo el pago mensual sin relación con actividades concretas y monto regular, da idea de un vínculo continuativo y de prestaciones del profesional que no tiene en consideración la medida o calidad de su labor, por lo que puede presumirse que el vínculo es contractual laboral. Lo que traduce una retribución de esa índole es que el profesional está a disposición del empresario, haya o no asuntos para atender (caso de los abogados) o pacientes para tratar (caso de los médicos). Pero este criterio es discutido en distintas jurisdicciones.

En cuanto al lugar de trabajo del profesional, podemos decir que el cumplimiento de tareas en un establecimiento ajeno, con elementos provistos por el empresario (consultorio, máquinas y útiles de oficina, etc.) es una circunstancia que califica a la relación como laboral, ya que se produce la inserción del profesional en la empresa y sometimiento a la organización del empresario.

Tenemos como ejemplo el caso de un médico que recibe órdenes del jefe del servicio médico de una empresa en la que trabaja sin gobernar su propio tiempo, o el arquitecto que se desempeña en forma normal y habitual en una empresa que actúa en el ámbito de la construcción, o los contadores internos.

Si tomamos el ejemplo de un abogado que brinda sus servicios de asesoramiento legal a una empresa y cobra un abono mensual, en principio no puede hablarse de dependencia ya que para cumplir con el fin pactado el profesional determina la forma, el lugar y el tiempo de prestación de la tarea. Por el contrario, un abogado interno de una empresa, que debe respetar las directivas impuestas por sus superiores, sin perjuicio de no existir dependencia técnica, puede ser sancionado en caso de incumplimiento, y se encontraría en relación de dependencia con la empresa.

En ambos casos los profesionales realizan tareas a favor de otro a cambio de una contraprestación dineraria durante un cierto tiempo, pero uno se encuentra en relación de dependencia y el otro no. En consecuencia, la nota excluyente es la existencia de subordinación efectiva de una parte respecto de la otra.

La realidad muestra que son cada vez más los abogados, contadores, médicos, ingenieros, etcétera, que no se dedican al ejercicio liberal o autónomo de su especialización, y abundan las empresas que requieren en forma permanente de los servicios profesionales de estos especialistas y que se dedican a prestar ellas mismas el servicio profesional a través de empleados que poseen la calificación profesional o título habilitante.

Como señala Fernández Madrid<sup>13</sup>, el quehacer del profesional no está reñido con la configuración de contratos de trabajo que tengan por objeto la prestación de servicios inherentes a sus respectivas profesiones. La existencia de dicho contrato estará determinada por la prestación de servicios por cuenta y a riesgo ajeno en una organización empresaria extraña, que es la que aprovecha el resultado de sus prestaciones, se hace cargo del salario y determina la forma en que dichas prestaciones han de cumplirse.

En la actualidad, es cada vez más frecuente que el profesional actúe como dependiente, y el sólo hecho de serlo no excluye que pueda desempeñarse como tal bajo subordinación de una empresa ajena.

El ejercicio de una profesión liberal llegará a constituir un contrato de trabajo cuando se desarrolle como función de colaboración permanente, acatando y cumpliendo órdenes, con vínculo continuado y jerarquización, aunque no se observe dependencia técnica.

Con respecto a la aplicación de la presunción consagrada en el art. 23 de la LCT a los profesionales, la jurisprudencia se encuentra dividida.

Comparto el criterio que entiende que el hecho de que el trabajador sea un profesional universitario no sólo no empece a la posibilidad de establecer una relación laboral de tipo dependiente, sino tampoco es óbice para que rijan la presunción del art. 23 de la LCT, ya que aun las profesiones tradicionalmente consideradas liberales fueron sufriendo modificaciones en su inserción en el campo social, pasando a ser un fenómeno común el desempeño como dependientes de personas con capacitación.

También podemos encontrar jurisprudencia que se resiste a considerar a los profesionales como trabajadores, alterando el régimen de la prueba ya que parten de la presunción del carácter autónomo de los servicios, y dan relevancia

<sup>13</sup> Fernández Madrid, *Tratado práctico de derecho del trabajo*, pág. 700.

a elementos que comúnmente no la tendrían en la configuración de una relación dependiente, tales como el lugar de prestación de los servicios, la emisión de facturas, la fijación de horarios, la posibilidad de hacerse reemplazar por otro trabajador a efectos de la prestación comprometida, y la propia autonomía de la voluntad, a la que se habría reconocido entidad para fijar el tipo contractual contra toda la tradición laboralista.

Por su parte, Aquino<sup>14</sup> considera que la misión paradigmática y altamente delicada del Juzgador implica desentrañar ante cada caso concreto las fronteras esquivas y oscuras entre el trabajo dependiente y el autónomo. La resolución final que pretenda despejar con claridad, fundamentación y eficacia los aspectos de esta problemática no puede dejar de lado el antecedente fáctico.

Cuando el juez ingresa al conocimiento de esta clase de supuesto en el cual lo que en definitiva se debate es acerca de la naturaleza jurídica, alcances y efectos de la vinculación habida entre las partes, debe investigar pacientemente los hechos acaecidos y especialmente, mensurar en cantidad, coherencia y calidad las probanzas efectivamente logradas por las partes en litigio.

Ello desde que, no se trata de extender a ultranza los ecos jurídicos del elemento presuncional radicado en la norma del art. 23 LCT pese a casos oportunamente acreditados en virtud de los cuales “las circunstancias, las relaciones o las causas que los motiven” demostraren lo contrario, esto es, una vinculación no laboral y/o la calificación de verdadero “empresario” idóneamente adjudicable al prestador del servicio, excepto supuesto probado de simulación o fraude (conf. arts. 14 y 23 LCT).

## Jurisprudencia sobre profesiones liberales en general

La Sala VIII de la CNAT se expidió en los autos “Perochena, Edit M. c/ Visual Health Institute” (SD del 6/6/01), señalando que en los casos de contratos celebrados con empresas por profesionales universitarios no es de aplicación la presunción del art. 23 LCT, ya que no se presenta la nota de tipicidad que la justifica en los de contratación de trabajadores de la industria y el comercio.

Las profesiones liberales –su propia denominación lo indica– son ejercidas, típicamente, en forma independiente. Ello no excluye que puedan celebrar contratos de trabajo, o que, bajo denominaciones equívocas, ejecuten relaciones calificables como de trabajo.

Cuando no obstante el *nomen iuris* escogido, e independientemente de toda calificación peyorativa de las intenciones de los contratantes, las partes se han comportado, en la ejecución de la relación, como trabajador y empleador, es función del juez aplicar a la relación la normativa que corresponde a su propia naturaleza, conforme a la regla *iura novit curia*

Por su parte, la Sala X de la CNAT sostuvo, en un caso se aristas análogas al anterior, que la circunstancia de que el accionante fuese un profesional universitario no empuja, de modo alguno, la posibilidad de establecer una relación laboral de tipo dependiente, ya que aun las profesiones tradicionalmente consideradas como liberales han sufrido sensibles modificaciones en su desenvolvimiento e inversión en el campo social, pudiendo afirmarse que la excepcionalidad que antes se asignaba al desempeño como dependiente de personas con esa capacitación o habilitación, hoy ya es un fenómeno común.

La mera circunstancia de que el actor sea un profesional del arte de curar no permite inferir, por esa sola condición, que no haya podido estar a órdenes de la demandada, ni que no sea aplicable la presunción establecida en el art. 23 LCT.

Carece de relevancia para determinar la relación de dependencia, el que las partes hayan denominado “honorarios” a los pagos efectuados por la demandada como así tampoco que aquéllos no fueran una suma fija, toda vez que la modalidad retributiva por los servicios prestados, efectivizada por la demandada, es compatible con las pautas del art. 104 LCT, en cuanto protege la posibilidad de que el salario se pacte por rendimiento de trabajo o unidad de obra (CNAT, Sala X, 10/6/97, in re: “Sánchez de Bustamante, María M. c/ Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires Hospital Italiano”; CNAT, Sala X, 17/7/02, in re: “Nocoli, Carlos A. c/ Dodecaedro S.A.”).

En igual sentido, la Sala VI de la CNAT se expidió señalando que el mero hecho de las labores causa la presunción de la relación laboral, debiendo el probable empleador demostrar que la vinculación tuvo su origen en otra causa. Dado que el texto legal no distingue, afirmar que la presunción mencionada no se aplica a los profesionales universitarios carece de asidero normativo, por lo que la tesis debe ser rechazada pese a ser sostenida por varios autores (CNAT, Sala VI, 23/8/96, in re: “Frack, Sonia c/ Sanatorio Güemes SA”).

<sup>14</sup> Aquino, Claudio. “Médicos: trabajo subordinado o autónomo”. La Ley T 2004-D

Asimismo, la pretensión de excluir a los profesionales universitarios de la normativa del art. 23 LCT, no reconoce base jurídica en el marco de dicho ordenamiento y, por el contrario, se muestra vulnerado el principio protectorio que informe el ordenamiento laboral y desconociendo –en la práctica– la directiva del art. 14 bis CN, según sostuvo la Sala II de la CNAT en autos “Chamorro Argüello, Celso A. c/ Emergencias SA” (SD del 6/11/97).

También la Sala I de la CNAT se expidió en un caso análogo (SD del 30/11/07, in re: “Schivo, Oscar Alberto c/ Clínica Bazterrica S.A.”), señalando que el hecho que el actor haya prestado servicios a favor de la clínica demandada hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, siendo a cargo de quien invoca lo contrario demostrar que esos servicios no tuvieron como causa dicha figura (art. 23 y cc. LCT), pues exigir que el prestador de los servicios deba, además, acreditar que los mismos fueron realizados en relación de dependencia, implicaría desnaturalizar la presunción, dado que implicaría la necesidad de probar la existencia misma del contrato de trabajo. Asimismo, el hecho que el profesional hubiera formado parte del plantel médico de otros establecimientos sanitarios, resulta irrelevante a tal fin toda vez que la relación laboral mantenida con la demandada, en modo alguno, exigía exclusividad en su prestación.

Es jurisprudencia de esa Sala I que es trabajador subordinado quien pone su energía de trabajo a disposición de otra persona o empresa, resultando indiferente para su determinación que los interesados le hayan denominado de otra forma, de manera que se pretenda excluir la tutela de normas de orden público como lo son las que rigen el contrato de trabajo (conforme voto Dr. Pirroni en “Roger, Juan Carlos c/ Simonetti, Alberto Horacio s/ despido” SD N° 80.605 del 24/4/03, entre otros).

En tal sentido, indica que al desempeñarse el actor en tareas que hacen a la actividad específica de la accionada, máxime si se cumplen en el establecimiento de ésta (cfr. entre otros, “Mariani, Angel a. c/ Biaggi, José M.”, SD N° 53.073 del 30/6/86) y recibir pagos periódicos por su labor, conducen a presumir la existencia de un contrato de trabajo –arg. arts. 4, 6, 21, 23, 25 y cc. LCT–.

## Profesionales en medicina

Las prestaciones de servicios por parte de los profesionales del arte de curar han experimentado, en cuanto a sus modalidades, las mismas modificaciones que la mayor parte de las profesiones liberales.

El ejercicio libre tradicional del médico, odontólogo o farmacéutico, se le sumó la actividad profesional dentro de un marco de subordinación laboral en el ámbito público y privado.

Ello es consecuencia de la creciente complejidad de la medicina, la elevación de los costos de prestación que ha inducido a los profesionales a agruparse o incluirse en esquemas hospitalarios o sanatoriales, y que gran parte de la población cuenta con una cobertura médica a través de la obra social o prepaga.

Existen numerosos factores que fueron modificando el campo de desarrollo de la medicina, como ser el envejecimiento de las poblaciones y los aspectos relativos al deterioro ambiental con sus amenazas, a los que se suman la organización, políticas, estrategias, conducción, financiación, provisión, y la gestión de los sistemas de atención de la salud, que constituyen aspectos de interés público y por lo tanto son desafíos para la salud pública ya que la sociedad exige construir sistemas socialmente eficaces y que generen satisfacción social.

En materia legislativa, el año 1945 se sancionó el decreto ley 22.412/45 (B.O. 13/10/1945), ratificado por ley 19.921, que estableció las condiciones de trabajo de los profesionales del arte de curar, médicos, odontólogos, farmacéuticos, en situación de dependencia, que prestan servicios en hospitales, colonias, hogares, asilos, sanatorios, clínicas y otros establecimientos de carácter privado, que instauró un sistema de disposiciones especiales de conservación del contrato de trabajo y que, con las modificaciones introducidas por las leyes 14.459 (B.O. 21/8/1958) y 14.778 (B.O. 21/12/1958), está vigente.

Dicho estatuto se refiere a los profesionales del arte de curar en relación de dependencia (art. 1, párr. 1), pero establece una diferencia entre los establecimientos oficiales o subvencionados por el Estado y los de carácter privado, sometiendo a los primeros a una serie de requisitos (condiciones para el ingreso del personal, categorías de establecimientos a los efectos remuneratorios), que no existen para los privados.

## Jurisprudencia sobre profesionales médicos

A fin de determinar la naturaleza jurídica existente entre los profesionales médicos y el establecimiento asistencial en que prestan servicios, resulta necesario remitirse a las circunstancias particulares fácticas de cada caso.

Así, la Sala VII de la CNAT se expidió en los autos: "Harrington, Ricardo y otros v. PAMI Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados" (SD del 7/5/04), señalando que al estar fuera de duda que los trabajadores realizaban guardias en el establecimiento del instituto, tales guardias integraban el diagrama de trabajo de un establecimiento ajeno, por lo que cobra operatividad la presunción prevista en el art. 23 LCT, dado que la prestación de servicios personales hace presumir *iusuris tantum* que la obligación de prestarlos reconoce su fuente en un contrato de trabajo, aún cuando se hayan utilizado figuras no laborales para caracterizar la relación.

Por su parte, en los autos "Calvo, María Beatriz c/ AMID S.A. s/ despido" (SD 1751 del 6/6/97), la Sala X de la CNAT refirió que, admitirse que la profesional médica efectuaba tareas para una empresa dedicada a la prestación de servicios médicos de emergencia a cambio de una retribución, se torna de aplicación la presunción contenida en el art. 23 LCT, esto es que cabe presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que se demostrare lo contrario.

Para hacer jugar la presunción contenida en dicho dispositivo no resulta menester probar, además, la existencia de dependencia, sino que corresponde a la empresa demostrar que los servicios prestados lo eran en calidad de autónomo.

Ese tribunal concluyó, ante la orfandad probatoria de la demandada, que la médica era una trabajadora en los términos del art. 25 LCT, AMID una empleadora que utilizaba sus servicios (art. 26 LCT) y la vinculación habida entre ellos una relación de trabajo subordinado conforme las disposiciones de los arts. 21, 22 y 23 LCT.

Es que si la actividad de la emplazada consiste en prestar asistencia médica de emergencia, la médica ligada a ella, que cumplía sus tareas en forma habitual y a cambio de una remuneración, estaba integrada, junto con otros medios personales y materiales, a la empresa para el logro de los fines de la misma. De otro modo no se comprendería de que forma la entidad desarrollaría el cumplimiento de su finalidad esencial, que es prestar servicios médicos de emergencia, mediante empresarios autónomos que, en función de esa pretendida "independencia", podría concurrir o no a sus tareas, y atender o no a pacientes.

Desde otro ángulo, si la misma empresa considera dependientes suyos a algunos galenos, en cada caso debe invocar y acreditar cual es la razón para no otorgarle el mismo trato a quien resulte demandante y si los médicos que se desempeñan en esa actividad están comprendidos en una convención colectiva en el marco de la ley 14.250, le corresponde a la dadora de trabajo explicar con claridad cual era la razón por la cual otros trabajadores están fuera de ese marco convencional colectivo.

A fin de configurar la relación de dependencia, lo esencial es que los riesgos de la actividad los asuma la patronal, que las tareas se realicen en orden al cumplimiento de los fines de la empresa y que el trabajador no tenga otra expectativa económica que el cobro de la remuneración.

La misma Sala X de la CNAT, in re: "Capdevilla, Alejandro c/ C.E.M.I.T. s/ despido" (SD 1396 del 29/4/97), sostuvo que las mentadas y tradicionales profesiones liberales han sufrido sensibles modificaciones en su desenvolvimiento e inversión en el campo social, pudiendo afirmarse que la excepcionalidad que antes se asignaba al desempeño como dependiente de personas con esa capacitación o habilitación hoy ya es un fenómeno común por lo que la sola circunstancia de que la actora sea una profesional del arte de curar no permite inferir, por esa sola condición, que no haya podido estar a órdenes de la demandada. Si la empresa reconoce la prestación de servicios, debe presumirse, de conformidad con lo dispuesto por el art. 23 de la LCT, la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario.

Sostiene también que si bien es cierto que, según sus estatutos, el objeto de la accionada es promover, fomentar y desarrollar la educación y capacitación técnica del estudiante y post-graduado médico y la investigación clínica en todas sus ramas, en general, estimular, alentar y propulsar el mayor desenvolvimiento de la ciencia médica y como consecuencia el mejoramiento de la asistencia al enfermo, pero, más allá de su carácter filantrópico, si el establecimiento de ésta, por sus características, posee un sistema asistencial, la incorporación de profesionales del arte de curar se involucre con el desenvolvimiento propio de su giro empresarial.

En consecuencia, el trabajo prestado en tal marco debe considerarse, en principio, incorporado al desarrollo de la actividad normal y habitual, y el profesional que lo cumple, está integrado como trabajador, salvo que se pruebe otro tipo de vínculo jurídico que desplace esta calificación que surge de proyectar el art. 23 de la LCT.

En otro fallo de aristas similares, la Sala X de la CNAT, in re: "Sosa González, Dora Nidia c/ P.A.M.I. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/ despido" (SD N° 4203 del 30/6/98), señaló que en el caso quedó establecido que la profesional se desempeñaba para el Instituto a cambio de un pago mensual, brindando sus servicios personales como profesional de la odontología, para lo cual la accionada les entregaba materiales (recetarios, formularios, etc.) e instructivos, que se determinaban por adelantado horarios de atención, a lo que se agrega que la actora podía verse sometida a controles y auditorías, debiendo solicitar autorización y efectuar trámites a fin de obtener permisos para ausentarse temporalmente de sus consultorios.

Todo ello demuestra la inserción de la reclamante en una organización preponderantemente ajena a fin de cumplir con tareas tendientes a que ésta logre sus objetivos, aspecto definitorio a la hora de establecer la existencia de contrato de trabajo.

Y si bien es cierto que en el caso de los profesionales suele faltarle fuerza a la nota de dependencia técnica, ello no implica, en modo alguno, que deba descartarse la existencia de una relación laboral, porque justamente esa capacidad de desenvolverse con independencia dentro del marco del área específica determinada por su especialidad o sus conocimientos, es uno de los extremos tenidos en cuenta por un empleador a la hora de incorporar a su plantel a este tipo de profesionales.

En igual sentido se resolvió otro expediente que tramitó ante la Sala X contra el mismo Instituto (SD 1120 del 10/3/97, in re: "Borghello, Roberto c/ PAMI Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s/ despido") en el que se determinó la existencia de contrato de trabajo entre un "médico de cabecera" y la institución, destacándose que la figura de la locación de servicios ha sido sustituida en nuestros días por el contrato de trabajo, por cuanto, siguiendo la tradición romanística nuestro código (civil) llama a este contrato de aquella forma (art. 1493), pero hoy es una terminología anacrónica basada en circunstancias históricas desaparecidas, cuya supervivencia en el derecho moderno no puede ser admitida.

La más calificada doctrina tiene dicho que el vocablo "locación", para referirse al trabajo humano, resulta más propia del derecho de la época de los romanos, cuando era posible decir que tanto se arrendaba una cosa como el servicio ajeno. Hoy resulta una injuria mencionar al trabajo humano como si se tratara de una cosa, lo que conduce a concluir que lo que antes se calificaba de arrendamiento de servicios ha conquistado su autonomía y se convirtió en el contrato de trabajo.

Por su parte, la Cámara Nacional en lo Comercial, Sala E, en los autos "Nowak, Graciela c/ Asociación Israelita s/ Concurso Preventivo s/ Incidente de revisión" (Sent. del 9/6/2006), sin desconocer la existencia de casos fronterizos en los que se vuelve dudosa la efectiva concurrencia de las notas que tipifican una relación laboral, considera que existen elementos de juicio bastantes como para tornar operativa la presunción contenida en el art. 23 LCT.

Señala que no constituye óbice la circunstancia de que, según informara la experta contable, la Dra. Nowak no figurase registrada como personal en relación de dependencia, pues de los testimonios brindados y demás elementos de juicio puede extraerse la solución contraria y, en definitiva, prevalece por sobre la formalidad registral habida cuenta de la trascendencia que cobra en esta materia el denominado *principio de primacía de la realidad*. En efecto, la prueba testimonial revela que la incidentista se desempeñaba en consultorio respetando un horario así como que también prestaba guardias de veinticuatro horas los días viernes, y que debía registrar su ingreso y egreso de la Asociación Israelita al comenzar y al terminar la guardia.

Hay, entonces, una integración a la estructura de la empresa demandada mediante la puesta a disposición de medios materiales y personales, a la vez que con sujeción a las directivas de los superiores.

Por otro lado, se destaca que el carácter profesional de la reclamante no puede erigirse en causal denegatoria del privilegio, pues las profesiones liberales han sufrido sensibles modificaciones en su desenvolvimiento e inversión en el campo social, pudiendo afirmarse que la excepcionalidad que antes se asignaba al desempeño como dependiente de personas con esa capacitación o habilitación, hoy ya es un fenómeno común, de donde se colige que la circunstancia de que la actora sea una profesional del arte de curar no permite inferir que no haya podido estar bajo las órdenes de la demandada.

Asimismo, se ha sostenido que el hecho de que el profesional médico, no se encuentre sometido técnicamente a aquellos para quienes presta servicios no implica, en modo alguno, que deba descartarse la existencia de una relación laboral si se dan los demás elementos que la configuren.

En el caso del profesional médico, lo que importa considerar es si la trabajadora estaba integrada –junto con otros personales y materiales– a la institución para el logro de los fines de ésta.

Y para resolver la situación jurídica del profesional médico que presta servicios en un establecimiento asistencial, es necesario verificar las circunstancias fácticas que en cada caso concurren, en orden a la determinación de la eventual existencia de subordinación jurídica, económica y técnica que, aún atenuada en ciertos aspectos, caracteriza la relación de dependencia laboral y la decisión es privativa de los tribunales del trabajo, salvo absurdo.

Por su parte, la Sala X de la CNAT sostuvo también, en los autos "Roble, Graciela E. c/ Sistemas Médicos Integrados y otro" (SD del 28/11/2003), que si se admite que el profesional médico efectuaba tareas a favor de la demandada a cambio de una remuneración, se torna aplicable la presunción contenida en el art. 23 LCT, esto es, que cabe presumir la existencia de un contrato de trabajo salvo que se demuestre lo contrario.

La doctrina ha manifestado, con un criterio que comparto, que en la medida en que la labor profesional comprometida se desarrolle dentro del establecimiento empresario y/o con sujeción a un determinado horario, debe

estarse a la presunción de que existe relación de trabajo dependiente, dado que la calidad de profesional no obsta a la aplicación de la presunción legal.

Y si la actividad principal de la demandada consiste, obviamente, en prestar asistencia médica, la médica vinculaba a ella, que cumplía sus tareas en forma habitual en la sede de la misma, se encontraba ligada por un vínculo de subordinación en los términos de los arts. 21, 22 y 23 LCT, dado que estaba integrada, junto con otros medios personales y materiales, a la empresa para el logro de los fines de la misma.

Para desvirtuar la presunción operante, la demandada debe acreditar que la relación que la une al accionante se encuentra fuera del ámbito del derecho del trabajo y que los servicios prestados son los propios de un trabajador autónomo y/o empresario.

Por su parte, en autos “Bértola, Rodolfo P. c/ Hospital Británico de Buenos Aires”, el Procurador General de la Nación, en su dictamen del 29/8/02, refiere que contra la decisión de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, Sala II, que confirmó la sentencia del estrado inferior que admite la demanda laboral, la accionada interpuso el recurso extraordinario que, al ser denegado, motiva la queja.

Se trata de un médico que promovió demanda laboral por despido contra el Hospital Británico de Buenos Aires. El juez de primera instancia hizo lugar parcialmente a la pretensión, con fundamento en que las partes estuvieron vinculadas por un contrato laboral, conforme a lo dispuesto por el art. 21 LCT. La Cámara, por su parte, confirmó la decisión, con similares argumentos.

Sostiene el Procurador que del expediente surge que el médico Rodolfo P. Bertola se desempeñó como Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Británico desde el 1° de enero de 1981 hasta el 8 de febrero de 1995. Según el actor, trabajó en relación de dependencia. Conforme a los dichos de la demandada, lo hizo en calidad de médico honorario y la clínica se limitaba a intermediar como gestor de la percepción de los honorarios del galeno. La litis quedó trabada de tal forma que es indudable que el pretensor efectivamente ejerció como Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Británico, y el punto litigioso se circunscribe a la índole de la vinculación que uniera a las partes.

En este contexto, la sentencia del juzgador de primera instancia –confirmada por su superior– entendió que era de aplicación al sub examine la presunción contenida en el art. 23 de la ley de contrato de trabajo, que determina que el hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato laboral, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario.

En la especie, se valoró la prueba confesional y testimonial y se concluyó que la accionada no logró demostrar que el actor prestaba sus servicios profesionales “ad honorem”. Por el contrario, surge de las probanzas aportadas que el doctor Bértola, Jefe del Servicio de Obstetricia –durante casi quince años– aportó su labor profesional personalmente en el establecimiento del hospital, y como contraprestación recibió sumas mensuales en concepto de remuneración.

Desde esta perspectiva no es arbitraria la afirmación por parte del Tribunal recurrido en el sentido que el actor “...se encontró claramente inserto en una estructura empresaria de la que resultó ajeno, por lo que la aplicación de lo normado en los arts. 21, 22 y 23 de la LCT, y de conformidad con el principio de primacía de la realidad (art. 11 y 14 LCT), por lo que corresponde confirmar en tal aspecto la sentencia apelada, y considera que debe desestimarse la queja.

El Máximo Tribunal en su sentencia de fecha 26/8/03, señala que contra la sentencia de la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo que, al confirmar la de primera instancia, dejó firme la condena dictada contra el Hospital Británico de Buenos Aires, este último dedujo el recurso extraordinario cuya denegación motivó la presente queja.

La vencida cuestiona que en el fallo no se haya dado un debido tratamiento a circunstancias que obstaban al encuadramiento efectuado, tales como el comportamiento asumido por las partes durante un prolongado período (catorce años), la probada percepción de honorarios por parte del actor, y la ausencia de directivas para calificar el vínculo jurídico como contrato en relación de dependencia.

Aunque tales agravios remiten al examen de una materia de hecho, prueba y derecho común como es la atinente a la existencia o inexistencia de relación laboral entre las partes, regularmente ajena a la instancia extraordinaria, el Tribunal considera que corresponde hacer excepción a esa regla toda vez que el a quo ha efectuado un tratamiento inadecuado de la controversia de acuerdo con las constancias de la causa y las normas aplicables, y la decisión se apoya en afirmaciones dogmáticas que le dan un fundamento sólo aparente.

Sostiene que surge de la propia demanda que los nombramientos anuales del actor implicaron un examen de idoneidad característico del tipo de actividad y que, hasta el momento en que se le comunicó que no sería nombrado nuevamente, no se manifestaron conflictos atinentes al encuadramiento jurídico de la relación entablada durante catorce años. A su vez, alega que en el desarrollo de la litis se produjo considerable prueba coincidente acerca de que, en el ámbito de la institución demandada, había médicos que desempeñaban tareas en relación de dependencia y



otros –como el actor– cuya designación anual los autorizaba a atender pacientes y a cobrar los honorarios que se abonaban por tal atención; que tales honorarios eran liquidados por el Hospital Británico a los médicos contra la emisión de recibos como profesionales independientes, solo una vez que eran percibidos de parte de los pacientes, las obras sociales o los sistemas prepagos respectivos; y que, en caso de falta de pago al hospital, los médicos quedaban en condiciones de gestionar directamente su cobro.

Considera el Tribunal que se demostró que el actor, como autoridad del servicio de obstetricia, contaba con amplias facultades de organización, determinación de horarios y licencias; y que, periódicamente, le comunicaba al hospital la forma –y, en su caso, los porcentajes– en que los médicos integrantes del servicio se distribuirían los honorarios totales devengados por sus prestaciones; y que el a quo no pudo válidamente considerar como premisa de su razonamiento que el actor, en particular, no interviniera en las negociaciones –entre la demandada y las empresas de salud– tendientes a establecer el precio de los servicios que prestaba en la institución demandada.

Ello así pues, por un lado, antes de examinar tal cuestión la propia Cámara había admitido que no podía “desconocerse la diversidad de formas contractuales a las que los prestadores de servicios de salud se enfrentan en la actualidad” y, por lo tanto, porque en la causa había quedado de manifiesto que las negociaciones con las entidades financiadoras necesariamente involucraban elementos ajenos al interés propio de los médicos, sin perjuicio de lo cual, en lo referente al valor de sus honorarios, ellos estuvieron representados.

Señala asimismo, que en la sentencia se afirmó que la demandada pretendió una “traslación indebida del riesgo empresario”. Sin perjuicio de que tal afirmación fue efectuada presuponiendo dogmáticamente la existencia de un contrato de trabajo, lo cierto es que contradice los datos coincidentes de las pruebas testifical y pericial acerca de que el actor tuvo la posibilidad de gestionar directamente el cobro de honorarios impagos, aun cuando en lo concreto no lo hubiera intentado.

Considera también que no pudo sostener seriamente el a quo que la libertad del actor para tomar licencias implicó “el desconocimiento del derecho al goce de un período de licencia anual paga”; ni otorgarle valor decisivo a circunstancias relativas a la organización y funcionamiento de la demandada (como los requisitos para la admisión de los pacientes, el aporte de instrumental y ciertos controles ejercidos sobre los médicos), sin advertir que dichas circunstancias, además de resultar necesarias para el desenvolvimiento propio de su actividad más allá del carácter de la relación establecida con los profesionales, fueron también compartidas con éstos.

Concluye el Máximo Tribunal que el fallo recurrido tiene graves defectos de fundamentación que afectan en forma directa e inmediata las garantías constitucionales invocadas (art. 15 de la ley 48), por lo que debe ser dejado sin efecto.

En otro precedente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, in re: “Ekman, Pablo M. c/ Executives S.A. y otro” (18/2/03), en el que la alzada laboral revocó la sentencia de grado y admitió los rubros derivados de un despido incausado, el magistrado de primera instancia adujo que las particulares características de profesionales liberales como la del pretensor –psicólogo– conducen a establecer vínculos contractuales también de rasgos particulares y cambiantes según los requerimientos de servicios de que se trate, concluyendo que la actividad del demandante se desarrolló libremente ejerciendo su profesión y no sólo para las demandadas. En cambio, la alzada se inclinó por reconocer la existencia de una relación de trabajo y condenar a ambas accionadas.

El Máximo Tribunal considera que lo anterior no se fundamenta en su totalidad por lo que hace lugar a la queda, declara procedente el recurso, deja sin efecto la sentencia apelada y restituye la causa al tribunal de origen para que, por quien corresponde, se dicte un nuevo fallo con arreglo a lo indicado.

## CAPITULO III

### RESIDENCIAS MÉDICAS

#### Marco referencial histórico

Muchas definiciones del Sistema de Residencias se han intentado, pero es interesante tener en cuenta aquella que se utilizó en la Resolución Ministerial N° 1778/61 que reglamenta el Sistema de Residencia Médica Hospitalaria: Considerando segundo:

“que la formación y capacitación del médico para la solución de los distintos problemas asistenciales, forman parte de los programas de este Ministerio y están ligadas a la idea fundamental de brindar mejor servicio al pueblo”.

En la misma resolución ministerial se define la residencia hospitalaria de la siguiente manera:

“La residencia es un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad”.

Resulta extraño que la Ley N° 22.127 (Ley de Residencias de Salud) no haya tenido en cuenta en su articulado la definición de residencias, así como los objetivos de las mismas, cuando había introducido un elemento importante como el de residencias de salud (ampliando así, a diferencia de la denominación anterior de residencia médica hospitalaria).

La Resolución Ministerial N° 389/89 crea un nuevo reglamento de residencias que hace caducar el reglamento anterior (de 1967) pero además presenta una nueva definición de residencia:

“La residencia de salud es un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente”.

Otra definición nos dice que:

“la residencia es un sistema de formación en servicio de postgrado con responsabilidades crecientes bajo supervisión permanente”.

En todas las definiciones figuran puntos en común, a saber:

- formación en servicio
- formación para el graduado reciente
- formación bajo supervisión
- formación a tiempo completo, dedicación exclusiva

Las residencias de salud tal como hoy las conocemos existen desde fines del siglo pasado, introducidas inicialmente en EEUU, originalmente médicas, en la Johns Hopkins University (Baltimore) por el cirujano William S. Halsted, cobran impulso rápidamente y son incorporadas a los sistemas formativos del resto del mundo.

Mientras tanto, en la Argentina este sistema se inició con la experiencia organizada por el Dr. Tiburcio Padilla hacia 1944 en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, y la que dirigió el Dr. Tiburcio Moreno a partir de 1951 en el servicio de Clínica Quirúrgica en el Policlínico de Lanús de la Fundación Eva Perón.

El sistema se extendió lentamente, hasta que en los años 60, con el auspicio de la Asociación Médica Argentina y la articulación operada por el entonces Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se produce una notable expansión en el número y tipo de las residencias, llegando hoy en día a abarcar la totalidad del país y la mayor parte de las disciplinas de salud.

Sin embargo, es pertinente tener en cuenta que en su origen, las residencias fueron concebidas como un sistema formativo en el que fundamentalmente el aprendizaje se daba a través de la práctica, pero, en el cual, paulatinamente se han incorporado otros conceptos relacionados con la Atención Primaria de Salud, como ser:

- Trabajo Interdisciplinario
- Principios de Equidad, Solidaridad, Eficacia
- Responsabilidad Social

## Antecedentes legislativos

La primera ley reglamentada por el Ministerio de Salud y Acción Social (entonces Secretaría de Salud) que trata el tema de especialidades médicas, incumbencias, alcances, y reglamenta los mecanismos para acceder al uso de título de especialista es la Ley N° 12.912/44, reglamentada a través del decreto N° 6216/44.

Desde ese año y hasta 1967 no se producen cambios significativos en el modo de acceder al título de especialista como así tampoco en el mecanismo de acreditación de los servicios de salud.

En 1967 se forma el Comité Nacional de Residencias Médicas (CO.NA.RE.ME.) a través de la Resolución N° 622/67 y se reglamenta el funcionamiento del mismo mediante Resolución N° 683/67, en el cual se le atribuyen las funciones de evaluar y acreditar las Residencias de Salud (por ese entonces sólo residencias de especialidades médicas).

Se produce así la máxima influencia de la Nación en el desarrollo de las residencias, interviniendo en este Consejo profesionales de la talla de los Dres. A. Santas, J. Manrique, C. Gianantonio, M. Brea y J. Firmat.

Si bien el CO.NA.RE.ME. podía acreditar las diferentes residencias, como así también los servicios en los cuales las mismas funcionaban, esta acreditación no se hallaba inserta en un marco legal puesto que para esta época el haber cumplido con una residencia no habilitaba para anunciar como especialista (el mecanismo por entonces vigente requería el desempeño durante al menos cinco años en la especialidad).

También en 1967 se promulga el Decreto Ley N° 17.132, reglamentado por el Decreto 6216/67, en el que se fijan nuevamente los alcances e incumbencias de los médicos, odontólogos y colaboradores de la salud. Este decreto no introduce modificaciones significativas en los alcances e incumbencias, pero para el tema que nos ocupa fija los mecanismos legales y académicos requeridos para anunciarse como especialista. Así es posible acceder al certificado mediante la permanencia en un servicio durante al menos cinco años, ser profesor universitario en la materia o rendir un examen de calificación. La residencia aún si bien reconocida académicamente carece de valor legal para acceder a una especialidad.

Esta misma legislación crea cuerpos normativos encargados de evaluar y acreditar los servicios de salud, tanto para su funcionamiento como para la enseñanza.

Posteriormente la Ley N° 22.127/79 crea el Sistema Nacional de Residencias legalizando de esta manera un sistema educativo que ya tenía funcionando cerca de 20 años. Pone en funcionamiento al mismo tiempo al CO.NA.RE.SA., comité encargado de evaluar y acreditar las residencias de salud que aspiren a un reconocimiento por parte del Ministerio de Salud y Acción Social. Sin embargo es necesario aclarar que aún, según el marco legal vigente, el haber cumplido una residencia no permite anunciarse como especialista. Pero el valor que tiene esta nueva ley junto con las que la precedieron ha sido la de ir jerarquizando dicho sistema formativo lo que ha permitido que nuevas disciplinas se fueran incorporando al sistema.

En 1988 el Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Resolución N° 174/88 S.S. crea un cuerpo normativo que reemplazó al CO.NA.RE.ME en sus funciones ya que dejó de funcionar aproximadamente en 1974.

El CO.NA.RE.ME. intervenía en el Concurso Unificado de Residentes, con un único orden de mérito, situación esta que se mantuvo durante varios años hasta que finalmente, al dejar de organizar este Concurso Unificado, deja de reunirse dicho Consejo.

Este Comité de Evaluación de Residencias de Salud creado a través de la Resolución N° 174/88 S.S. tiene la finalidad de evaluar los aspectos educativos pedagógicos asistenciales de aquellas residencias que lo solicitaran, en vista de su acreditación, elevando su informe a la Secretaría de Salud.

Esta Resolución más tarde sería modificada por la N° 596/91 S.A.S. y P.S. en la cual cambia el Anexo de la anterior que en vez de nombrar a sus miembros personalizándolos por nombre y apellido, nombra un representante por cada uno de los organismos que lo componen.

Es así que apoyada en la Ley N° 22.127 y en las Resoluciones N° 174/88 y N° 596/91 la entonces Dirección Nacional de Recursos Humanos firma durante los próximos diez años varios convenios (posteriormente refrendados mediante Resolución de la Secretaría de Salud) con Sociedades Científicas cuya finalidad es la de evaluar e informar al comité sobre aquellas residencias que hayan solicitado acreditación (dichos convenios aún se encuentran vigentes), correspondiendo a la Comisión la acreditación de la Institución formadora.

A través de la Resolución de la Secretaría de Salud N° 549/88 se crea la Comisión Nacional de Recursos Humanos de Salud que tiene por funciones el asesoramiento sobre la formación, perfeccionamiento y desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.

Más tarde se promulga la Ley N° 23.873/90 que modifica los artículos 21° y 31° de la Ley de Ejercicio Profesional N° 17.132/67. La modificación que introduce es reconocer la residencia como actividad formadora, permitiendo que los egresados de tal sistema anunciarse como especialistas.

Asimismo, la Ley 17.132/67 establecía que la permanencia en un servicio durante cinco años permitía acceder a la especialidad. Este mecanismo para acceder al certificado de especialista es eliminado en la nueva ley.

El Proyecto de Decreto con número provisorio 2.237/90 reglamenta la modificación de los artículos 21 y 31 determinando los cuerpos normativos y la composición de los mismos encargados de aplicar la ley.

Estos son la Comisión Permanente de Evaluación de Especialidades Médicas (COPEM) y las Comisiones Especiales de Evaluación (una por cada especialidad), que serán designados a través de la COPEM.

La primera de ellas estaría encargada de acreditar y reconocer títulos, y de mantener actualizada la nómina de especialidades médicas reconocidas.

Las Comisiones Especiales de Evaluación en cambio, constituirían el jurado encargado de acreditar la competencia de los aspirantes a especialistas.

Este Decreto reglamentario nunca fue firmado y por ende, sus cuerpos normativos no entraron en vigencia. Sin embargo, posteriormente, la Resolución N° 102/96 de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, que refrenda la Disposición N° 969/91 crea la Comisión Reglamentaria de la Ley N° 23.873 y fija un plazo de noventa días corridos para que dichas Comisiones reglamenten la Ley de Ejercicio Profesional, representando de tal forma un intento por reactivar los cuerpos normativos que el proyecto de Decreto N° 2.237/90 promovía.

En este aspecto, es necesario considerar una realidad de facto, ya que actualmente el Ministerio de Salud forma Comisiones Especiales, junto con representantes de las diferentes Sociedades Científicas y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que actúan como jurados en los exámenes de acreditación que se realizan en los Hospitales del Gobierno de la Ciudad. Estas Comisiones Especiales pueden entenderse actuando dentro del marco legal que proponía el mencionado proyecto.

Estas Comisiones Especiales se apoyan en su funcionamiento en la Disposición N° 1.329/93 de la Dirección Nacional de Regulación y Control, que fija el funcionamiento de las mismas y establece el reglamento para los exámenes de acreditación de especialidad, señalando en sus considerandos que dicho funcionamiento se mantendrá hasta tanto se reglamente la Ley N° 23.873.

Paralelamente al funcionamiento de estas Comisiones, tanto la Ley N° 17.132 como su modificatoria N° 23.873 permiten a las Sociedades Científicas o Colegios Médicos reconocidos por el Ministerio de Salud y Acción Social, otorgar certificados de especialistas en forma directa.

En otro intento por reflatar las funciones de la propuesta COPEM se crea a través de la Resolución N° 65/92 de la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional Coordinadora para el Desarrollo de los Recursos Humanos Médicos, que entendía entre otras cuestiones en la matriculación, especialización, certificación y recertificación de profesionales. Y que estaba integrada por representantes de:

- Secretaría de Salud – Ministerio de Salud y Acción Social
- Ministerio de Educación y Justicia
- Tres decanos en representación de AFACIMERA
- Academia Nacional de Medicina
- Asociación Médica Argentina (AMA)
- Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)
- Confederación de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO)
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Esta Comisión actuó hasta mediados de 1996, llegando a producir un listado de especialidades médicas consensuadas.

Paralelamente se firma la Resolución 73/92 de la Secretaría de Salud que crea la Comisión Nacional Coordinadora con las Unidades Académicas Universitarias, con incumbencia sobre los responsables de la enseñanza de la Salud Pública y materias afines en el pre y post grado, de formación y capacitación de especialistas en organismos administrativos y gerenciamiento de Servicios de Salud con el fin de institucionalizar mecanismos de articulación y cooperación entre los organismos formadores y utilizadores de dicho recurso.

Esta Comisión Nacional estaba integrada por representantes de:

- Funcionarios de áreas técnicas de la Secretaría de Salud
- Ministerio de Educación y Justicia
- AFACIMERA
- Asociación de Enseñanza de Salud Pública de la República Argentina (AESPA)
- Otras instituciones invitadas (Entidades Científicas, Colegios Médicos, Academia Nacional de Medicina, etc.)

Este marco legal, con la Ley N° 23.873 parcialmente reglamentada y cuyos cuerpos normativos han dejado de funcionar, permite que el Ministerio de Educación, apoyado en el Decreto N° 438/92 – Ley de Ministerios, en su Art. 21 punto 7, donde fija las incumbencias de dicho Ministerio, y en la Ley de Educación Superior N° 24.532/95, firme la Resolución Ministerial N° 3.223/94 a través de la cual crea la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), reglamentando el funcionamiento de la misma a través de la Resolución N° 2/95 y determinando los integrantes en la Resolución N° 590/95.

En ellos, atribuye a la CONEAU la función de acreditar los posgrados tanto universitarios como no universitarios. Por supuesto, las residencias de salud, tanto como cualquier otro posgrado de medicina o colaboradores de la salud, doctorados y maestrías, caen de esta manera dentro de la órbita de incumbencia de esta comisión. La cual ha producido un documento, más tarde incluido como anexo en la Resolución N° 1167/97, en el que se establecen los criterios y estándares para la acreditación de carreras de posgrado.

Desde esta perspectiva, al Ministerio de Educación le correspondería la acreditación de las residencias tanto como cualquier otro sistema de posgrado (acreditación que implica no solo los aspectos académicos sino también los contenidos y el funcionamiento de la residencia como sistema formativo), quedando así el Ministerio de Salud habilitado para realizar tan solo el registro como especialista del residente egresado de un servicio acreditado y certificado por la CONEAU.

Esta es por supuesto la perspectiva de la CONEAU, en la legislación citada precedentemente existe otra interpretación posible (y que es la que esgrime el Ministerio de Salud y Acción Social), en la cual, basado en la Ley N° 17.132 (del ejercicio profesional), sostiene que más allá de las acreditaciones que pueda o no brindar la CONEAU, en última instancia, es la autoridad sanitaria aquella que ha de habilitar para el ejercicio de la práctica médica.

En la práctica, basado en legislación y convenios citados anteriormente, el Ministerio de Salud certifica especialidades y acredita residencias e instituciones de salud, habilita y categoriza establecimientos asistenciales, ejerce el control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud, elabora manuales de procedimientos, normas de funcionamiento de establecimientos y de la atención médica, brinda asesoramiento y cooperación técnica, evalúa la calidad médica y los servicios de salud.

Finalmente el Decreto Presidencial N° 1424/97 pone en funcionamiento los Cuerpos Normativos encargados de acreditar instituciones, en el marco del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica y de sus componentes básicos: equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad<sup>15</sup>.

## Ejercicio de la Medicina

La ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración establece en el art. 21 del Capítulo II (De los especialistas médicos) que para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b) Poseer el título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completa, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten. La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación. La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Acción Social, Departamento Despacho, División Leyes, Decretos y Resoluciones, y Ex Dirección de Recursos Humanos, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Informe de fecha Junio 1993, PRONATASS.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

## Carreras de Especialización

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires<sup>16</sup>, dispone que las Carreras de Especialización constituyen un ciclo superior en la enseñanza, caracterizado por programas de formación y capacitación teórica-práctica que permiten adquirir competencias y habilidades características de cada carrera en cuestión y que orientan hacia la especialización ocupacional, actualización del conocimiento y hacia la investigación.

Las Carreras de Especialización se categorizan en dos tipos:

**Carreras de Especialización Principal** (básicas, posbásicas y no asistenciales): son aquellas más generales que, por sus respectivas características constituyen el núcleo o tronco fundamental del ejercicio de la Medicina.

**Carreras de Especialización Derivadas:** destinadas al desarrollo de aspectos determinados de una o más áreas de especialización principal.

El título será obtenido al término de un ciclo de estudios cuya duración no será inferior a 400 horas (25 créditos). En la actualidad, la Facultad de Medicina ofrece más de 70 Carreras de Especialistas, entre Carreras de Especialización Principal y Derivada.

Existen dos formas de ingreso a las Carreras de Especialización, por ingreso automático y por selección:

1) **Ingreso automático:** se realiza cuando el alumno adjudica una vacante en un Sistema de Formación Médica (residencia, concurrencia, concurrencia programática, beca adscrita al régimen de residencia) de la especialidad en una de las sedes o subsedes de la Carrera elegida (entidades acreditadas por la Facultad de Medicina).

Los trámites de ingreso los realiza el Director de la Carrera a través de un expediente iniciado por la Dirección de Mesa de Entradas y Archivo General con una nota con la nómina de ingresantes al 1° año de la Carrera, solicitando el ingreso automático de los alumnos que adjudicaron una vacante en el Sistema de Formación, adjuntando una fotocopia del Documento Nacional de Identidad de cada alumno.

2) **Ingreso por selección:** se realiza cuando el alumno no ha adjudicado ninguna vacante en un Sistema de Formación Médica (residencia, concurrencia, concurrencia programática, beca adscrita al régimen de residencia) o la carrera no prevé este tipo de modalidad de ingreso (carreras no asistenciales donde no hay residencias ni concurrencias). Los trámites de ingreso los realiza el alumno.

En cuanto a la Residencias de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de acuerdo con la definición del Reglamento Básico de Residencias de Salud, aprobado en 1989 y actualmente vigente, la Residencia de Salud es un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejerciéndolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente.

Encuadrado en esta línea, la residencia es un sistema remunerado de capacitación de posgrado inmediato, a tiempo completo con dedicación exclusiva. Lo que caracteriza a este sistema de formación es la práctica de la capacitación en servicio. Esto es, desarrollar actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones de Salud.

El Sistema Nacional de Residencias fue establecido por la ley 22.127, sancionada en diciembre de 1979, con el objeto de "complementar la formación integral del profesional ejerciéndolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad".

En la actualidad, el Ministerio de Salud de la Nación establece que cuando un profesional requiera anunciarse como especialista en su actividad pública o privada de acuerdo a la Ley N° 17.132 modificada por la Ley N° 23.873, deberá realizar ante este Ministerio de Salud (Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras – Área de Especialistas) el trámite por el cual se autoriza a anunciarse como "Médico u Odontólogo Especialista" en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de acuerdo a la nómina de Especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución Ministerial n° 1.923 de fecha 6/12/2006), luego de haber obtenido la formación por Residencias en Hospitales Privados (Reconocidas por Ley N° 17.132, modificada por Ley N° 23.873 y Decretos N° 10/03 y 587/04 – Artículo 21° inciso e (Médico) o Artículo 31° inciso e (Odontólogo)).

<sup>16</sup> Página de Internet: [www.fmed.uba.ar](http://www.fmed.uba.ar)

El aspirante debe presentar la solicitud de inscripción en formulario impreso, con carácter de declaración jurada, la matrícula otorgada por el Ministerio de Salud, el certificado original de la Residencia debidamente legalizado, documento nacional de identidad (DNI).

Los certificados otorgados por los Hospitales Privados deberán estar debidamente legalizados y deberá constar en los mismos los nombres y apellidos del profesional, la fecha de inicio y finalización de la residencia (que no puede tener una duración menor de tres años), y la fecha de expedición del certificado de la residencia.

El trámite es personal, deberá presentar la documentación en la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras – Área de Especialistas del Ministerio de Salud, y abonar un arancel en la Tesorería del Ministerio de Salud. Cuando se entrega y retira el certificado (a las 48 horas aproximadamente de iniciado el trámite) deberá legalizar la firma de la Autoridad Sanitaria en la Oficina de Despacho (Legalizaciones).

Sólo podrán acceder a realizar el trámite por Poder ante Escribano Público aquellos profesionales que acrediten en forma debidamente documentada las siguientes circunstancias: enfermedad o accidente de largo tratamiento, residencia fuera del país, o residencia en el interior del país. En todos los casos el profesional deberá presentar una nota dirigida a la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, con domicilio actualizado de residencia, justificando alguna de las tres causas mencionadas más arriba y adjuntando la documentación para iniciar un expediente que será auditado, con las fotocopias de DNI del autorizado y del profesional a inscribirse, y fotocopias de los títulos y/o certificados correspondientes al profesional a inscribirse, más la fotocopias del Poder Legalizada por Escribano Público<sup>17</sup>.

## Práctica Profesional

La sociología del trabajo y de las profesiones ha sostenido que la demanda de titulaciones universitarias se multiplica en la medida en que se establece con mayor fuerza la creencia de que, para acceder al saber socialmente relevante, el pasaje por la universidad resulta una condición necesaria. Sin embargo, también se ha consolidado la certeza opuesta: no todos los titulados universitarios pueden acceder a niveles adecuados de empleo y desarrollo profesional.

El objetivo de toda la normativa mencionada sería formar profesionales idóneos para cubrir las nuevas demandas sociales en un horizonte laboral cada vez más complejo, caracterizado por una fuerza de trabajo con capacidades cognitivas adquiridas en el sistema de residencias médicas, entre ellas a través de la práctica diaria.

Sin embargo, no puede dejarse de lado que la noción de práctica involucrada en la definición del hacer profesional reviste una ambigüedad profundamente significativa. Por una parte, esa noción remite a la idea de ganar destreza en el hacer, mediante la repetición sistemática de un patrón de comportamiento con el objetivo de maximizar la destreza adquirida. La práctica, en ese sentido es reiteración, en la búsqueda de la afinación de un esquema de acción, involucra las situaciones tipificadas e incluso la serie como modelo de práctica. Y existe una concepción de práctica bien distinta, incluso opuesta, que es la que concibe al saber hacer en correlación con la acumulación cognoscitiva de situaciones cuya diversidad enriquece la capacidad del profesional para resolver problemas que afronta en la acción<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Página de Internet: [www.Msal.gov.ar/htm/site/pdf/e6\\_residenci-Hosp1\\_privados.pdf](http://www.Msal.gov.ar/htm/site/pdf/e6_residenci-Hosp1_privados.pdf)

<sup>18</sup> Lemus, D. – Aragüez y Oroz, V., "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud", pág. 25.

## **CAPITULO IV**

### **RELACION DE DEPENDENCIA DE LOS RESIDENTES MÉDICOS**

#### **Cuestiones a tener en cuenta**

La apasionante temática tratada en este trabajo trae aparejada posiciones antagónicas al momento de delimitar los alcances protectorios del derecho del trabajo teniendo en mira las fronteras del derecho civil y comercial.

Sin embargo, considero que no puede soslayarse que la situación de los residentes médicos resulta más clara aún que la de los profesionales médicos que prestan sus tareas como médicos de planta ya que se encuentra más clara la dependencia técnica, jurídica y económica de los primeros.

Ello sin perjuicio de señalar que, como se sostuvo en los capítulos anteriores, a los efectos de demostrar la existencia de una relación laboral, cuando de profesionales médicos se trata, no cabe exigir la justificación de las notas tipificantes de la dependencia (técnica, económica y jurídica) con la nitidez que se exige para otras actividades, ya que la dependencia técnica ordinariamente aparece atenuada en la medida en que disponen de una independencia que no desaparece aún desempeñándose en relación subordinada.

El art. 23 de la LCT dispone que “el hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demuestre lo contrario”. Esto significa que el mero hecho de las labores causa la presunción de la relación laboral, debiendo el empleador demostrar que la vinculación tuvo su origen en otra causa, teniendo en cuenta que el texto legal no distingue que la presunción no le sea aplicable a los profesionales universitarios.

Si bien el art. 1 de la ley 22.127 (Establecimiento del Sistema Nacional de Residencias de la Salud) establece que el objeto de este sistema es complementar la formación integral del profesional, no se puede pasar por alto la realidad, ya que los residentes cumplen su actividad con estricta sujeción a las directivas impartidas por la institución, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, reciben a cambio una remuneración mensual, denotando estas circunstancias las notas de subordinación jurídica, económica y técnica que conceptualiza la doctrina a los fines de la configuración de una relación como dependiente.

Durante la residencia, los médicos reciben una retribución económica, y tal cosa no ocurre durante el período de concurrencias ni en los Cursos Superiores de Especialización Universitarios. Pero en nada cambia que las sumas percibidas sean a título de “beca” ya que es sabido que la denominación no varía la naturaleza jurídica de la retribución.

Debe agregarse a todo esto que de conformidad a lo dispuesto en el art. 4º, apartado c), del Reglamento Básico de la Residencia de Salud (aprobado por Resolución SS N° 389 del 19 de abril de 1989) el residente queda incorporado al sistema previsional, le son aplicables el régimen de licencias, justificaciones y franquicias del personal de la Administración Pública y tiene derecho a la percepción del SAC y a las asignaciones familiares.

La realidad nos muestra que en la mayoría de las instituciones hospitalarias, los residentes tienen responsabilidad en el resultado de sus tareas, su dedicación es full-time, cumplen guardias activas y pasivas, no gozan de flexibilización horaria con motivo de sus estudios u otras actividades científicas o docentes y no se benefician con licencia prolongadas en cualquier época del año.

Todos estos elementos, y en particular la responsabilidad en el resultado de las tareas profesionales me conducen a descartar la posibilidad de considerar a la vinculación como meramente educativa, máxime desde que en la mayoría de los casos, al finalizar el programa de residencia, los médicos continúan haciendo idénticas tareas, por las que sí se les reconoce la relación de dependencia.

#### **Jurisprudencia sobre residentes médicos**

Si bien no existen muchos precedentes sobre el tema en debate, analizando la jurisprudencia colectada podemos encontrar dos posturas, una que rechaza cualquier pretensión fundada en la ley de contrato de trabajo por considerar que se trata de estudiantes y no de trabajadores, y por el otro lado, la que reconoce la relación de dependencia de los residentes médicos.

Luego de analizar la situación de los residentes desde un punto de vista jurídico y sobre todo observando la realidad, me sumo a esta última postura ya que pueden observarse las notas de subordinación jurídica, económica y técnica en el desempeño de las tareas de los residentes médicos.



Los residentes desarrollan sus labores con gran responsabilidad en el resultado de sus tareas, la dedicación es full-time, careciendo muchas veces de tiempo para preparar sus exámenes, se desempeñan en todas las áreas de los hospitales, cubren a los médicos de planta en sus ausencias, reciben órdenes e instrucciones, perciben una retribución, cumplen guardias activas y pasivas, y en la mayoría de los casos, una vez finalizada la residencia, continúan desarrollando las mismas tareas y allí le reconocen la relación de dependencia.

Enrolada en la postura que comparto se encuentra la Sala VIII de la CNAT in re: "Pettinari, Marcelo Gabriel c/ Sociedad Italiana de Beneficencia – Hospital Italiano – y otro s/ despido" (SD N° 25150 del 23/6/97) que estableció la existencia de relación laboral, dado que el Hospital Italiano designaba a sus profesionales y controlaba la actividad de los facultativos que se desempeñaban en la institución. Ello, sin perjuicio de la denominación que se otorgaba al pago que percibía el actor, pues sólo constituye un elemento secundario de la relación.

Con referencia a la antigüedad computada a los fines indemnizatorios, el hecho que el demandante haya sido incorporado al Hospital como residente en el período 83/85 conforme la Ley 22.127, que regula el Sistema Nacional de Residencias de la Salud, no empece a computar como tiempo de servicio dicho lapso de dos años, ya que conforme surge acreditado el reclamante cumplió en tal período de tiempo su actividad con estricta sujeción a las directivas impartidas por la institución, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, por la cual recibía a cambio una remuneración mensual, denotando estas circunstancias las notas de subordinación jurídica, económica y técnica que conceptualiza la doctrina a los fines de la configuración de una relación como dependiente.

Asimismo, de conformidad a lo dispuesto en el art. 4°, apartado c), del Reglamento Básico de la Residencia de Salud (aprobado por Resolución SS N° 389 del 19 de abril de 1989) el residente queda incorporado al sistema previsional, le son aplicables el régimen de licencias, justificaciones y franquicias del personal de la Administración Pública y tiene derecho a la percepción del SAC y a las asignaciones familiares. Por lo que no existen motivos que justifiquen apartarse de los términos del art. 18 de la ley de contrato de trabajo para determinar el tiempo de servicio correspondiente al médico a los fines del cálculo indemnizatorio, máxime cuando en el período en cuestión, el residente tenía responsabilidad en el resultado de sus tareas, su dedicación era full-time, no gozaba de flexibilización horaria con motivo de sus estudios u otras actividades científicas o docentes y no usufructuaba licencias prolongadas en cualquier época del año.

Por otro lado, el Juzgado Nacional de Primera Instancia del Trabajo N° 52, se expidió en autos "Trupp, Daniel Alfredo c/ O.S.F.E. Obra Social para el Personal Ferroviario s/ despido" (SD N° 3823 del 23/8/00), sosteniendo que el actor (graduado de Médico en la U.B.A en el año 1987) efectuó su residencia en el Servicio de Cardiología del Policlínico Ferroviario Central perteneciente a la demandada. Afirma que la residencia abarcaba indistintamente las diversas áreas del establecimiento consistente en consultorios externos, guardias, salas de internación y monitoreo en quirófano cuando faltaban los titulares. Que los profesionales a cargo del monitoreo cardiológico en el quirófano eran cinco y se desempeñaban en relación de dependencia y su remuneración dependía del número de horas semanales que cada uno de ellos cumplía en el quirófano.

Refiere que la residencia del actor duró cuatro años y durante todo ese período su horario era de 8 a 17 hs. de lunes a sábado y percibiendo una asignación mensual fija estimada en \$ 800 en valores al 1/4/91. Que su residencia finalizó en abril de 1991 coincidiendo con el hecho que hacía necesario cubrir una vacante en el servicio de monitoreo cardiológico en el Policlínico Ferroviario.

Así las cosas, laboró como médico monitorista en jornada diaria de 8 a 13 hs. de lunes a viernes, con una retribución de \$ 15 la hora que se liquidaba mensualmente. Que firmaba planillas de asistencia diaria y recibiendo órdenes e instrucciones de su superior jerárquico inmediato (jefe médico del quirófano). Que primeramente la remuneración le era abonada en el mismo establecimiento y a partir del año 1993 en las oficinas de la demandada.

Aduce que nunca trató ni dependió de gerenciantes y/o terceros que eventualmente tuvieran a su cargo la administración del Policlínico Ferroviario. Que jamás le comunicaron por escrito ni por cualquier otro medio que existiera una cesión de su vínculo primigenio con la obra social ferroviaria.

Relata que a partir del año 1991 no se lo registró como dependientes con el argumento de la falta de recursos para el pago de las denominadas cargas sociales.

Continúa señalando que en atención a las condiciones profesionales y personales del Dr. Trupp, que ya habían sido evaluadas cuando era médico residente, se le confirió como tareas complementaria la de coordinación de los servicios profesionales que cubrían el monitoreo cardiológico del quirófano. Que no cobraba ningún suplemento o adicional por esta tarea.

La demandada sostiene que el período reclamado por el actor como médico residente, pues tal período no se encuentra comprendido en la ley 20.744, ya que la residencia médica es un sistema educativo del graduado reciente,

que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas.

El a quo consideró que a los efectos de demostrar la existencia de una relación laboral, cuando de profesionales médicos se trata, no cabe exigir la justificación de las notas tipificantes de la dependencia (técnica, económica y jurídica) con la nitidez que se exige para otras actividades, ya que cuanto menos, la dependencia técnica ordinariamente aparece atenuada en la medida en que disponen de una independencia que no desaparece aún desempeñándose en relación subordinada. El art. 23 de la LCT dispone que “el hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demuestre lo contrario...”. Esto significa que el mero hecho de las labores causa la presunción de la relación laboral, debiendo el empleador demostrar que la vinculación tuvo su origen en otra causa. A más el texto legal no distingue que la presunción no le sea aplicable a los profesionales universitarios.

Analizando la prueba colectada en esa causa concluye el magistrado que la demandada no ha demostrado en forma suficiente y acabada la existencia de una locación de servicios, y quedó acreditado el desempeño habitual y con sujeción a directivas de la demandada aunado que la actividad del actor se encontraba insertada en la demandada quien para desempeñar el objeto del Policlínico Ferroviario Central necesita indispensablemente la prestación del actor –médico cardiólogo encargado de monitorear a los pacientes en quirófano– como así también en otras. No enerva tales conclusiones la circunstancia de que el profesional facturara sus servicios en concepto de honorarios ni la denominación que las partes le hayan dado a la contratación.

Por ello, concluye el juzgado que las partes se encontraron unidas mediante un típico contrato de trabajo conforme el art. 21 LCT.

En cuanto a la fecha de ingreso y/o antigüedad del trabajador, ambas partes reconocen que el actor comenzó a prestar tareas desde 1987 en calidad de médico residente hasta 1991, circunstancia que el actor considera debe tomarse en cuenta a los efectos del cálculo de las indemnizaciones derivadas del despido. Por su parte, la accionada alega que dicho período no se encuentra comprendido en la LCT ya que la residencia médica es un sistema educativo del graduado reciente, que tiene por objeto completar la formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de las especialidades médicas.

El hecho que el demandante haya sido incorporado al Policlínico Ferroviario Central como residente en el período 1987/1991 conforme el Sistema de Residencias, no empece a computar como tiempo de servicio dicho lapso, ya que conforme surge acreditado el actor cumplió en tal período de tiempo su actividad con estricta sujeción a las directivas impartidas, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, por la cual recibía una retribución mensual, denotando estas circunstancias las notas de subordinación jurídica, económica y técnica que conceptualiza la doctrina a los fines de la configuración de una relación como dependiente.

En el período en cuestión, el acto tenía responsabilidad del resultado de sus tareas, su dedicación era full time, no gozaba de flexibilización horaria con motivo de los estudios u otras actividades científicas o docentes.

Por ello, el magistrado considera como tiempo de prestación el período en que el actor se desempeñó como médico residente.

La Sala X de la CNAT (SD N° 9357 del 29/3/01) confirmó el fallo de primera instancia, sosteniendo que la figura de locación de servicios ha sido descartada por relevante doctrina civilista manifestando que es una terminología anacrónica basada en circunstancias históricas desaparecidas y que su supervivencia en el derecho moderno es un fenómeno sorprendente, siendo hoy una injuria mencionar al trabajo humano como si se tratara de “una cosa”; por lo que cabe concluir como lo ha hecho Louis Jossierand, que el contrato antes llamado de arrendamiento de servicios ha conquistado su autonomía, ha devenido el contrato de trabajo.

En relación a la naturaleza de un vínculo como el que unió a las partes, la circunstancia de que el accionante fuese un profesional universitario no empece la posibilidad de establecer una relación laboral de tipo dependiente.

Así, reconocida por la demandada la prestación de servicios por parte del actor en tareas propias de la actividad (prestación de servicios médicos), incluso con incorporación física en la empresa se crea una presunción inicial favorable al dependiente que invoca la protección de las leyes laborales (art. 23 LCT). Debe presumirse así la existencia de un contrato de trabajo sin que sea necesario, para que la presunción opere, que se demuestre la existencia de la relación de dependencia.

En torno al primer período de la vinculación (años 1987/1991), en que el actor se desempeñó como médico efectuado una residencia especializada (cardiología), considera que también existió relación de trabajo.

Ello desde que a las razones apuntadas se suma que no se cuestiona que el actor tuviera responsabilidad en el resultado de sus tareas. Se acreditó que cumplió durante un período su actividad con estricta sujeción a las directivas

impartidas por la institución, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes recibiendo a cambio una remuneración mensual, denotando estas circunstancias las notas de subordinación jurídica, económica y técnica, cabe concluir que se trata de una relación dependiente.

La ausencia de crítica en torno a la responsabilidad en el resultado de las tareas profesionales descarta la posibilidad de considerar a la vinculación como meramente educativa máxime que tampoco se cuestiona que las labores que cumplió en el período posterior a 1991 siguieron siendo las mismas que durante la residencia (monitoreo cardiológico en quirófano). No empece a tal solución que las sumas percibidas lo fueran a título de "beca" pues la denominación no varía la naturaleza jurídica de la retribución.

En igual sentido se ha expedido la Sala I de la CNAT, in re: "Donnes, Gustavo Alfredo y otro c/ Obra Social Ferroviaria Dr. Enrique Descotte s/ despido" (SD N° 80499 del 24/3/03) al sostener que el Reglamento Básico de la Residencia de Salud (aprobado por Resolución Nro. 389 del 19/4/89) determina que el residente queda incorporado al sistema previsional, le son aplicables el régimen de licencias, justificaciones y franquicias del personal de la Administración Pública y tiene derecho a la percepción de aguinaldo y a las asignaciones familiares.

A ello se agrega que la resolución Nro. 1270/72 emanada del Consejo de Administración del Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, Reglamento General de Residencias Médicas de la referida institución y aplicado por la Obra Social demandada, determina que deben cumplir una jornada diaria de lunes a viernes de 8 a 17 hs. y los sábados de 8 a 12 hs. con dedicación exclusiva y tiempo completo, fijando asimismo el horario de guardias y el deber de cumplir una o dos semanalmente (arts. 107, 108, 109 y 113), estableciéndose en el art. 125 el período de inasistencias pagas con goce de beca de 15 días hábiles, así como el régimen disciplinario y el trámite previsto para la imposición de sanciones por el instituto mencionado.

En consecuencia, teniendo en cuenta que el actor tenía responsabilidad en el resultado de sus tareas, que su dedicación era full-time, no gozaba de flexibilización horaria, queda incluido en el régimen previsional y le comprenden además los beneficios previstos para el personal de la Administración Pública, debe hacerse lugar al reclamo impetrado.

También la Suprema Corte de Buenos Aires estableció la existencia de relación laboral en el caso de un residente médico a raíz de un accidente "in itinere".

La Suprema Corte en la causa "Bellone, Mariana G. c/ Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires y otro" del 18/2/04, señaló que el tribunal de origen hizo lugar a la demanda promovida por Mariana Graciela Bellone contra la Provincia de Buenos Aires en concepto de indemnización por accidente "in itinere" en los términos de la ley 9688.

La Fiscalía de la Provincia dedujo recurso de inaplicabilidad de ley en el que denuncia violación de los arts. 1°, 2°, 3°, 4°, y 5° del dec. 2255/1974; 1° de la ley 9688; 384 del Código Procesal Civil y Comercial y de doctrina del Tribunal que cita. Alega que la conclusión del fallo relativa a que entre la accionante y el Estado provincial medió una relación de trabajo dependiente y consecuentemente el accidente "in itinere" sufrido por Bellone encuadraba en el marco de la ley 9688, texto según ley 23.643, viola la ley y la doctrina legal de la Suprema Corte.

El recurso no puede prosperar, pues el tribunal de grado, por mayoría, entendió que el régimen legal-reglamentario que regula la actividad de los Médicos Residentes lo conducía al convencimiento de que la relación entre las partes debía calificarse como de dependencia subordinada en sus manifestaciones técnicas, jurídicas y económicas, con una entidad tal que le permitía considerar a estos galenos alcanzados por la tutela legal de la ley 9688 –texto según ley 23.643–.

También se expuso en el fallo por mayoría, que del texto del dec. 2255/1974 que rige y reglamenta la actividad de los médicos residentes, se podía colegir que la finalidad de enseñanza y aprendizaje prevista para los jóvenes galenos compartía su jerarquía en importancia con la complementación de la prestación del servicio de salud a cargo del Estado provincial. Tuvo preponderantemente en cuenta para concluir del monto en que lo hizo la clara manifestación del poder disciplinario en cabeza del Director del respectivo hospital, la percepción de una retribución mensual, como del sueldo anual complementario en los meses de junio y diciembre. Señaló también como dato relevante, la prestación de la actividad en tiempo completo y dedicación exclusiva incompatible con cualquier otro tipo de actividad laboral, como así también un fallo de esta Suprema Corte, registrado como B. 56.318, sent. Del 26/V/1998, en el cual se ordenó computar a los fines previsionales el período trabajado como médico residente.

La sumatoria de estas circunstancias llevó al tribunal de origen a la convicción de que el rol del profesional dependiente que investía la reclamante hacía viable la procedencia de la acción promovida en concepto de indemnización por un accidente "in itinere".

En su recurso la Fiscalía provincial efectuó un nuevo examen de las mismas pautas normativas que sustenta la opinión del fallo aunque con una opinión adversa a la tesis actoral, pues las derivaciones jurídicas que a su criterio

deben establecerse en función de esos mismos parámetros convergen en la convicción de que el sistema previsto es ajeno a la ley 9688.

Pero las consideraciones que formula el impugnante no logran desmerecer la conclusión final del tribunal de origen en cuanto estableció que entre las partes se acreditó una relación de dependencia subordinada en sus manifestaciones técnicas, jurídicas y económicas, puestas en evidencia en la sujeción del médico residente a la autoridad disciplinaria del Director del respectivo nosocomio donde prestó sus servicios. Conforme a ello también considera medular la dedicación exclusiva del médico a sus labores de residente –incompatible con cualquier otro tipo de actividad laboral–; el cumplimiento estricto de un horario, la realización de guardias diagramadas. Tales notas son tipificantes de la modalidad de la vinculación señalada y que no logra el recurrente desmerecer su presencia en la relación en examen; permitiendo aclarar sin hesitación alguna que el vínculo que relaciona al médico residente con el Estado provincial configura una relación de empleo público, si bien con las particularidades propias del régimen estatutario que lo regula –en el caso dec. 2255/1974 vigente al momento del hecho–.

Establecido ello es que corresponde sostener que la actividad del “médico residente” del accionante se desarrolla en relación de dependencia con el Estado provincial encontrándose por tal razón amparado en las previsiones de la ley 9688, texto ley 23.643 de accidentes de trabajo, la cual en su art. 1º enuncia la responsabilidad de las provincias simplemente en su carácter de empleador del trabajador víctima, condición que de conformidad a todo lo expuesto inequívocamente el estado provincial revestía respecto de Mariana Bellone como médica residente al momento de su lamentable infortunio. Por todo lo expuesto se rechaza el recurso extraordinario deducido.

En cuanto al cómputo de la antigüedad, la Sala X de la CNAT sostuvo en los autos “Calvo, María c/ AMID SA s/ despido” (SD Nro. 1751 del 6/6/97) ya citados, que si el actor se desempeñó durante dos años dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas (ley 22.127) para la institución demandada, dicho lapso debe computarse a los fines de la antigüedad como integrando el total de tiempo de servicio prestado para la empleadora.

Esto es así pues el actor cumplió en dicho período su actividad con estricta sujeción a las directivas impartidas por la institución, implicando la misma actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, por lo cual recibía a cambio una remuneración mensual, denotando esta situación subordinación jurídica, económica y técnica, notas que conceptualiza la doctrina como configurativas de una relación de dependencia.

En sentido contrario, con el cual disiento, se encuentran quienes señalan que se trata de estudiantes y que no existe relación de dependencia, sin tener en cuenta la realidad de cada caso.

En este sentido se ha expedido la Sala IV de la CNAT, en autos “Tamaro, Guillermo Ariel y otros c/ Institutos Antártica S.A. s/ despido” (SD N° 87828 del 30/4/02) desestimando la existencia de relación laboral y encuadrando la vinculación en el sistema de pasantías, por los siguientes argumentos:

Se sostuvo que quedó demostrado que la institución demandada se hallaba autorizada por la Universidad de Buenos Aires para que en su sede se cursara la Carrera de Especialización en Medicina Interna (cfr. Res. 935/96 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina – U.B.A. y Res. 1139/94 del Consejo Superior de la U.B.A., cfr. Informe de fs. 103).

Asimismo, del pedido de informes a la Dirección de Posgrado de la Facultad de Medicina de la U.B.A. surge que: a) La Universidad de Buenos Aires, a solicitud de la Facultad de Medicina, aprobó la creación de la carrera de Médico Especialista en Medicina Interna de cuatro años de duración, por Resolución (CS) 1139/94; b) La carrera se dictó en distintas Unidades Académicas aprobadas por el Consejo Directivo de la Facultad; c) Cada Unidad Académica tiene un Director designado por el Consejo Directivo de la Facultad; d) La “Carrera de Médico Especialista en Medicina Interna” admite como ingresantes a médicos que ingresan en las residencias médicas y a los becarios del interior del país y/o del extranjero que resulten seleccionados por el Comité de Selección y Evaluación designado por esa Facultad, previa inscripción; e) El Director de cada una de las Unidades Académicas de la Carrera aprobadas por el Consejo Directivo debe comunicar anualmente, al efectuarse el concurso de residencias médicas, la nómina de médicos residentes cuya incorporación como alumnos de la Carrera de Especialista solicita a la facultad, adjuntando a tal efecto la documentación pertinente (fotocopia del título de médico, certificado de ingreso a la residencia expedido por el Comité de Docencia de la Institución donde funciona la Unidad Académica, formulario de datos personales y fotocopia del DNI). En la nota de solicitud dirigida al Decano de la Facultad y presentada en Mesa de Entradas para su registro como expediente, el Director debe hacer constar el ciclo lectivo al cual serán incorporados (es decir, año de ingreso) para el correspondiente registro en el sistema informático; f) Todos los residentes o becarios seleccionados cuyos ingresos en el 1er. año de carrera han sido aprobados por la Facultad, deben concurrir a la Dirección de Posgrado para formalizar su inscripción, presentando la documentación para gestionar la Libreta Universitaria de la U.B.A. y abonar el arancel de primer año y de la libreta; g) Todos los ingresantes que hayan aprobado las correspondientes asignaturas de todos los años de carrera y demás exigencias y que hayan abonado los aranceles de cada año de la carrera, podrán iniciar las

gestiones para la tramitación posterior del título de Especialista, presentado en la Dirección de Posgrado de la libreta universitaria, título que será expedido por la Universidad de Buenos Aires; h) El Hospital Privado Antártica solicitó la apertura de una Unidad Académica de la Carrera de Médico Especialista en Medicina Interna por Expte. 500.143/96. La apertura fue aprobada por el Consejo Directivo mediante Res. (CD) 953/96 y asignado como Director el Dr. Juan Carlos Morales; i) El doctor Juan Carlos Morales presentó su renuncia como Director de la citada Unidad Académica por Expte. 503.407/00, que le fue aceptada por el Consejo Directivo mediante la Resolución (CD) 316/01 del 26/4/01.

También se señaló que por su desempeño los actores habían sido retribuidos mediante un monto mensual en concepto de "asignaciones" que no reviste carácter salarial y que la constatada falta de inscripción de alguno de los profesionales en la carrera de especialización sólo podía serles imputada a ellos mismos, por no haber instado los trámites correspondientes.

En base a tales elementos, se concluyó que las prestaciones brindadas por los actores en calidad de "médicos residentes" en el nosocomio demandado, desde sus ingresos por concurso hasta que denunciaron la relación, tenía una finalidad esencialmente formativa que excluía la existencia de la alegada relación laboral y que posibilitaba su encuadramiento en el Dec. 340/92 de Pasantías que ellos mismos consintieron al instrumentar su contratación (art. 23 de la Ley de Contrato de Trabajo).

Ninguno de estos esenciales fundamentos logra ser debidamente rebatido. Así, se afirma que la prestación no tenía carácter formativo por cuanto no se brindaba formación teórica en el instituto demandada, pero no se rebate que tal extremo debió ser instado por los propios médicos residentes con su inscripción en la carrera de posgrado. Por otra parte, se afirma que la extensión horaria excedería la carga prevista en el programa de estudios de la carrera de especialización, pero la currícula de 400 horas a las que se alude se refiere a la carga horaria de las materias teóricas y no a las de prestación del servicio de residencia que es presupuesto para su cursado. Tampoco se rebate que la retribución percibida mensualmente era imputada en concepto de "asignación estímulo", a lo que cabe agregar que sobre dichos montos nunca se efectuaron aportes previsionales ni ello fue requerido por los aquí accionantes durante su desempeño de uno o dos años como médicos residentes del instituto.

Finalmente, tampoco se desvirtúa la conclusión en torno a que correspondía a los actores instar su inscripción en la carrera de especialización en sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, por cuanto el incumplimiento por parte del Director de la Unidad Formativa de su deber de presentar anualmente la nómina de los médicos ingresantes en condición de residentes, constituye un obstáculo de índole formal que fácilmente podría haberse subsanado en oportunidad de presentar la solicitud de inscripción en sede de la Universidad y que el planteo de inconstitucionalidad que se formula respecto del Dec. 340/92 deviene inatendible por cuanto los actores suscribieron sus respectivos contratos encuadrándolos en dicha normativa. Por lo que se confirma el fallo de primera instancia que rechaza la demanda interpuesta por los actores.

Desde otra óptica y analizando distintos aspectos del vínculo existente entre el residente médico y la institución hospitalaria, llegó a los tribunales un reclamo por diferencias salariales interpuesto por un residente que consideraba que le correspondía percibir un salario igual al de un médico de planta basándose en el principio de igual remuneración por igual tarea, y un reclamo por daño moral por haberse dejado sin efecto el programa de residencia médica por culpa de la demandada.

En este caso, la Sala III de la CNAT, se ha expedido en autos "Freiria, Héctor Gabriel c/ Federación de Círculos Católicos de Obreros s/ despido" (SD N° 85420 del 7/11/03), señalando la doctora Porta que en primera instancia el sentenciante concluyó que el actor tenía derecho a una mayor compensación por su labor pues, pese a que era médico residente, realizaba tareas propias de los médicos de planta e hizo lugar al reclamo por daño moral.

Llegó firme a la alzada que las partes estuvieron vinculadas por un vínculo de naturaleza laboral así como que el despido indirecto en que se colocó al actor, resultó justificado en los términos del art. 242 LCT.

El actor sostuvo en el inicio que, luego de los exámenes correspondientes, quedó seleccionado junto con otros dos médicos, para cubrir las vacantes para el primer año de residencia en medicina interna o también denominada clínica médica en el Sanatorio San José que explota la demandada; que ingresó a trabajar como médico residente el 13 de junio de 2000, desempeñándose en forma permanente; que dependía del jefe de residentes y éste a su vez del jefe del departamento quirúrgico y jefe del departamento de docencia e investigación; que el horario de trabajo que debía cumplir era de lunes a viernes de 8 a 17 hs. y los sábados de 8 a 12 hs., aunque este horario se extendía diariamente el tiempo que fuera necesario; que la accionada le abonaba un salario mensual que ascendía a \$ 783,12, conforme surgía de los recibos de sueldo, pero que en realidad la empleadora le había prometido a su ingreso que le abonaría un salario de \$ 1.566,26 mensuales, remuneración que era percibida por otros médicos no residentes que cumplían con las mismas tareas que el demandante, razón por la cual reclamó las diferencias salariales.

La demandada respondió que el accionante firmó un contrato de residencia médica el 13 de junio de 2000, que estableció en concepto de residencia/beca el importe de \$ 783,13 y desconoció que existiera razón al actor para reclamar diferencias salariales.

La documental obrante en esa causa da cuenta que los litigantes celebraron un acuerdo cuya vigencia sería por un año, pudiendo extenderse por dos años más a consideración de la Dirección del Sanatorio San José, y por aquél convinieron que el actor como médico residente se sometería a las órdenes y directivas que le impartieran para el cumplimiento de las tareas que le fueran encomendadas, que el demandante percibiría el monto de \$ 783,13, que el objeto del convenio era la adquisición de experiencia en la ciencia médica por parte del profesional, quien acompañaría constantemente al médico de la Institución, quien le haría las indicaciones y enseñanzas correspondientes a la práctica y ciencia de la profesión médica y que la actividad y evolución científica del residente sería evaluada por un Comité de Médicos a elección de la Institución, quien determinaría la finalización del plazo, la aprobación o no del curso y en caso afirmativo, la Institución podía disponer la renovación de la residencia por el término que considerara necesario.

De las pruebas testimoniales colectadas surge que el médico residente tenía a su cargo pacientes internados en la clínica, que en el caso particular había un promedio de 20 camas, que eran 6 ó 7 para el actor porque los otros dos tercios eran de sus compañeras, que hacía el ingreso del paciente con la historia clínica, la evolución diaria, pedido de estudios, realizaba maniobras invasivas sobre sus pacientes, punciones lumbares, canalizaciones, examen físico, preparar ateneos y en el día de guardia se hacían cargo de todos los pacientes internados cuando los médicos de planta ya no estaban, que los pacientes de los médicos de planta eran de otras obras sociales, que la residencia estaba encargada del PAMI y que de acuerdo a la cantidad de pacientes se tomaban pacientes de otras obras sociales o no, que los médicos de planta trabajaban hasta el mediodía y al retirarse ellos, los pacientes de los médicos de planta quedaban a cargo de los médicos residentes, que la residencia estaba a cargo del jefe del departamento clínico quirúrgico que es docente de carrera, que la órdenes las recibía de éste, que tomaba las decisiones en cuanto a la evolución de los pacientes, altas médicas, pases de servicios y realizar la actividad docente de la residencia, que cuando no estaba el jefe de clínica se hablaba con el vice director.

Asimismo, los médicos residentes examinaban los pacientes que estaban a cargo del PAMI, que hacían revista de sala, hacían actividad académica y al mediodía se retiraban los médicos de planta, así que cualquier eventualidad que pasara con cualquier paciente, excepto en el área de terapia, debía ser resuelta por los residentes; y también recibían las órdenes de la jefa de residencias; que las tareas académicas eran ateneos, casos de pacientes a resolver que se hacía bajo supervisión, casos clínicos, clases recorridas de salas, clases que eran dadas por distintos especialistas del lugar, y que la diferencia con los médicos de planta era que realizaban menos tareas y menor carga horaria y tenían mayor sueldo.

A la luz de los referidos elementos de juicio el tribunal concluyó que el actor no logró acreditar que hubiera convenido con la demandada un mayor salario y llegó firme a la alzada que el actor realizaba en forma supletoria tareas atinentes a los médicos de planta, pero no puede afirmarse que realizaba la misma tarea que ellos. Como consecuencia de dicho razonamiento se impone concluir que de los testimonios resulta que no existía igualdad de situación entre los médicos residentes y los médicos de planta, aún cuando los testigos manifiesten que en algunas oportunidades realizaban las mismas tareas, por lo que en el caso no se configuró el supuesto de trato discriminatorio que denunció el actor ni la violación a la garantía constitucional de igual remuneración por igual tarea, ya que aquél, en su calidad de médico residente, no poseía la misma categoría laboral que los médicos de planta, tampoco era idéntica la calidad profesional de unos y otros, ni tampoco eran iguales las labores cumplidas.

Destaca el tribunal que se dio cumplimiento de la cláusula cuarta del convenio de médico residente que firmó el actor en el sentido de que los médicos residentes adquirirían experiencia en la ciencia médica, que acompañaba al médico de la Institución, el que le hacía las indicaciones y enseñanzas correspondientes a la práctica y ciencia de la profesión médica, y se hace hincapié en la importancia de la residencia médica al señalar que era la única forma que tiene un médico de especializarse en postgrado.

En consecuencia, como la demandada abonó el salario convenido y las labores realizadas por el accionante no podían asimilarse a las de los médicos de planta, pues por su condición de residente el contrato tenía también una finalidad formativa, corresponde rechazar el reclamo por diferencias salariales.

En cuanto al reclamo por daño moral que tuvo favorable acogida en primera instancia, se basó en que el actor fue contratado por la demandada para la realización de una residencia médica, sistema educativo de posgrado, que tiene por objeto completar la formación integral del profesional egresado y habilitarlo para el desempeño de una especialidad médica, pero en el caso quedó demostrado que tales aspiraciones quedaron frustradas y dicho antecedente no

le serviría para la realización de otra residencia, dado que la demandada no presentó ante la autoridad competente ningún programa de Residencias Médicas y el programa fue dejado sin efecto luego de haber realizado el demandante un año de residencia.

Sin embargo, el Superior entendió que del convenio celebrado entre las partes resulta que la vigencia del acuerdo sería por un año y su extensión a dos años estaba sujeta a la consideración de la Dirección del Sanatorio San José y la evolución científica del residente sería evaluada por un comité de Médicos a elección de la institución, quien determinaría la finalización del plazo, la aprobación o no del curso y, en caso afirmativo, la institución podía disponer la renovación de la residencia por el término que considerara necesario.

El Ministerio de Salud de la Nación informó que el Reglamento Básico de las Residencias de Salud, regula el desempeño de los Residentes Nacionales (dependientes del Ministerio de Salud) y que cada jurisdicción (provincial, municipal o universitaria) o el sector privado confeccionan su propia reglamentación, por lo que a efectos de evaluar la justificación o adecuación a derecho de la expectativa en función de la cual el accionante reclama el resarcimiento del daño moral padecido, debe tenerse en cuenta que las instituciones privadas pueden implementar programas de capacitación de postgrado de diversa índole, estructura y duración.

El hecho de que la accionada no hubiera presentado para su aprobación por parte del Ministerio de Salud ningún programa de Residencias Médicas para el Sanatorio San José, no necesariamente implica la frustración de una expectativa cierta o atendible toda vez que, como lo informara el Ministerio de Salud, un establecimiento asistencia, si es privado, no necesita autorización alguna para llevar a cabo un programa de Residencia, puede implementarlo, pero si la Institución quiere el reconocimiento de la Nación, de la Universidad o de la Sociedad científica, entonces sí tiene normativa que cumplir.

En el caso, el actor suscribió al ingreso un contrato por término de un año y si bien tratándose de una residencia pudo haberse encontrado sujeto a ciertas características particulares de índole académica o técnica (dependencia de un jefe de residentes, de un comité de investigación y docencia, participación en ateneos científicos, etc.), no surge de autos que efectivamente el actor se hubiera incorporado a un Programa de Residencias Médicas, ni que por tal motivo la accionada se encontrara compelida a culminar la formación profesional a la que el demandante aspirara y mucho menos en la extensión pretendida.

Tampoco resulta de las constancias de la causa que la accionada se hubiera comprometido al momento de la contratación del actor a tramitar el reconocimiento del programa a nivel ministerial ni que aquélla fuera a continuar con el desarrollo del programa de capacitación, razón por la cual debe desestimarse la pretensión resarcitoria del actor con sustento en tal circunstancia como causante del daño moral, más aún cuando ningún recaudo habría tomado el accionante a fin de adquirir certeza en cuanto al a índole de la vinculación mantenida en esa perspectiva.

En sentido análogo, la Sala II de la CNAT, in re: "Pérez, Analía c/ Federación de Círculos Católicos de Obreros" (SD Nro. 91.802 del 30/6/03), sostuvo que no puede soslayarse que al iniciarse el plan de Residencias en el seno de la demandada, se habría informalmente previsto una extensión superior al año establecido en el contrato, y que se habría tenido también la intención, al menos de quienes intervinieran en el proyecto de implementación, de tramitar el reconocimiento del programa a nivel ministerial, pero nada de ello se ha instrumentado luego efectivamente, no surgiendo de autos que en momento alguno la accionada se hubiere comprometido más allá de los términos del contrato celebrado y mucho menos que las expectativas de quienes participaran en el implementación del plan de residencias médicas en el seno de aquélla, hubieren sido favorablemente receptadas por los directivos de la entidad, quienes no se han siquiera comprometido a gestionar el reconocimiento o habilitación ministerial pretendido.

Por ello, aún considerando que en tal contexto, pudo verosímilmente considerarse justificada la proyección efectuada por los médicos convocados a participar el programa de capacitación que se les ofreciera en el marco de la particular contratación celebrada en la especie, en tanto al momento de incorporarse, las versiones sobre el eventual reconocimiento académico o administrativo del programa podrían haber tenido mayor grado de aceptación; lo cierto y concreto es que la aquí actora no se ha incorporado efectivamente a un programa de residencias como al que aparentemente aspirara, sino a un plan de trabajo informal que, aún llevando la denominación con la que comúnmente se conoce al sistema educativo del graduado reciente reglamentado por la Resolución 389/89 del Ministerio de Salud, no obtuvo ni el reconocimiento oficial ni la proyección que sobre el contrato individual de trabajo pretendiera la demandante, extremos éstos sobre los cuales no medió compromiso alguno al momento de la contratación, y sobre los cuales la accionante pudo haber requerido las precisiones del caso, en el supuesto de que efectivamente pretendiera, la culminación de su formación académica en el seno de la entidad asistencial que la contratara.

Consecuentemente, y aún no desconociendo que en el particular contexto en el que se plantearan los hechos, la trabajadora pudo verosímilmente ver frustradas sus expectativas en cuanto al desarrollo de un programa de

capacitación conjeturalmente insito en la contratación celebrada, ante la decisión patronal de no continuar con el mismo, configuraba un incumplimiento específico por parte de la empleadora, en tanto ésta nunca se habría comprometido a dar cumplimiento con reglamentación alguna al respecto, debiendo por tanto desestimarse la pretensión resarcitoria deducida con sustento exclusivo en tal circunstancia, como causante de daño moral, máxime cuando ningún recaudo habría tomado la accionante a fin de adquirir certeza en cuanto a la índole de la vinculación mantenida en esa perspectiva.

También adquiere relevancia a fin de determinar la existencia de relación laboral del médico residente, la responsabilidad en las tareas desarrolladas por una residente que estaba cursando los primeros seis meses de su residencia.

Así, la Sala "L" de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil se pronunció en la causa "A., A. V. c/ Estado Nacional – Ministerio del Interior– y otros s/ daños y perjuicios" (SD del 23/6/08), en el cual se analiza la participación y eventual responsabilidad que una médica residente pudo haber tenido en el caso.

La actora, en su escrito de inicio, hizo hincapié en que luego de la cesárea no fue suficientemente bien evaluada. Criticó la tarea desplegada por todos los médicos que participaron en su atención, y particularmente se quejó contra los que dieron el alta hospitalaria. Señaló que los galenos no supieron diagnosticar el cuadro de endometritis puerperal postoperatoria, que fue dada de alta inadecuadamente, y que además de que el diagnóstico fue advertido tardíamente cuando reingresó el día 24-10-1999, los controles de los loquios fueron realizados por médicos de escasa experiencia. Por último, articuló que de acuerdo a los protocolos actualizados, el tratamiento con UNASYNA fue insuficiente, y que no existe evidencia de que se haya administrado una dosis de ese antibiótico antes de las 24 horas del día 24-10-99.

En los hechos, la única intervención de la médica residente fue la confección de la primera parte del informe que integra la Historia Clínica de la actora. No se demostró alguna otra participación de esta médica, sea antes o después del 23-10-99. En este orden de ideas, concuerda con el magistrado anterior en que no fue la residente quien otorgó el alta hospitalaria a la paciente. La última parte de ese informe fue realizado por otro profesional, no se utilizó el mismo bolígrafo, y se modificó el tipo de letra. Además de que el perito médico sostuvo que no se identificó a la persona que otorgó el alta, frente al propio reconocimiento otro médico en su contestación, no hay duda de que la residente se limitó a la elaboración del cuadro evolutivo de la paciente, en tanto, el alta fue decidida y otorgada por el galeno que ese día se desempeñaba como médico interno de maternidad del hospital.

Señalan la médica en cuestión se encontraba en ese momento cursando los primeros meses del primer año de residencia. Al respecto el art. 14 de la ley 22.127 –referida al Sistema Nacional de Residencias de la Salud–, señala que los residentes (graduados cuyo título universitario tiene una antigüedad no superior a cinco años), recibirán instrucciones en los establecimientos habilitados por profesionales que los capacitarán y supervisarán en forma personal en aquellos actos que progresivamente y de acuerdo con el aprendizaje se encomienden a los aludidos residentes. No tienen experiencia y van a aprender para poder completar un programa que les permita concursar en los establecimientos asistenciales que menciona el art. 18 de la ley. El perito médico, en todo momento hizo hincapié en que esta profesional debía actuar bajo supervisión de planta, y que no estaba en condiciones de efectuar actos médicos sin la correspondiente tutela. También dejó en claro que el grupo médico no cumplió con su deber de cuidado con la actora, y la supervisión de la residente. Mas allá de esta circunstancia, se ha dicho que por ser residente no se produce una rebaja en el modelo exigible, pues siempre existe un mínimo por debajo del cual la culpa estará siempre presente (cfr. Vázquez Ferreyra, Roberto A. "Importantísimos aspectos del derecho de daños en un fallo sobre responsabilidad médica", nota a fallo de CNCiv, Sala D"G., F. M. y otro c/ Centro Médico Lacroze y otros", del 28-2-96; LL 1996-D, 452). Así las cosas, cuando como en la especie, se habla de mala práctica e impericia o negligencia, el plano de tratamiento del tema es el de los factores subjetivos de atribución de responsabilidad. Culpa individual con reflejo hacia el principal, o fallas en el servicio del sistema de atención médica. Entonces, una y otra parte deben probar. La demandante la culpa del profesional; la encartada su "no culpa", la actuación diligente o acorde al arte.

En este caso, el tribunal no encuentra motivos para incluir en la condena a la médica residente, ya que sólo elaboró el informe que reflejaba el cuadro clínico que presentaba la actora al 23-10-99, sin haber decidido otorgar el alta a la paciente. Ninguna incidencia pudieron haber tenido las cuestiones volcadas en ese informe; máxime frente al reconocimiento efectuado por el médico encargado. De todo ello se desprende que, de haber quedado internada la paciente en el hospital, probablemente no nos encontraríamos aquí discutiendo sobre la responsabilidad de los galenos y del centro hospitalario; en ese supuesto, con los controles de rutina se podría haber advertido el diagnóstico de la accionante, y de esa forma, haber evitado la histerectomía.

El tribunal sostiene que por la simple elaboración de ese informe no se puede reprochar imprudencia, negligencia o culpa en el accionar de la médica residente, y decide excluirla de la condena.



## CONCLUSIONES

En nuestro país el sistema de residencias médicas permite en la práctica que los médicos en formación estén en contacto con los pacientes de la especialidad, con otros colegas de igual y mayor formación que ellos, y también con los problemas y las posibilidades que brinda el sistema de atención de enfermos.

En general, les permite ponerse en contacto con toda clase de patologías de la especialidad, y también con los inconvenientes socioeconómicos de la población que se atiende. En los casos de residencias municipales, nacionales y provinciales, los residentes toman conocimiento de muchos de los problemas de la salud pública.

Es el único modo de especializarse que permite recibir una retribución económica durante el período de aprendizaje. Tal cosa no ocurre durante el período de concurrencias, ni con Cursos Superiores de Especialización Universitarios, en los que deben pagarse aranceles.

Todo esto puede ser visto como ventajas, a las que se suman las guardias, y el training correspondiente al manejo de urgencias, y el contacto con colegas de otras especialidades que solicitan interconsultas.

Los residentes deben cumplir guardias activas y pasivas para poder insertarse luego en el mercado laboral de la medicina. El sistema de las obras sociales y de prepagas no estimula la excelencia en la formación profesional, ya que se paga por actos médicos nombrados, independientemente de la calidad de la prestación y de la formación y experiencia del prestador.

La realidad demuestra que los residentes son el eslabón más débil de la cadena de prestaciones médicas y terminan dedicándose a cubrir problemas asistenciales originados en falencias del sistema, en vez de dedicar su tiempo a estudiar y formarse.

Desde un aspecto más personal y social, podemos decir que el médico se recibe con muchas falencias formativas, tanto en lo asistencial como en lo humano. La residencia intenta paliar lo primero, pero ni siquiera se plantea que no se le puede encargar a un joven la tarea de acompañar, contener, aliviar y a veces curar, sin tener la certeza de que tenga un piso ético, moral y humano.

La ciencia médica tiene un desarrollo vertiginoso y para cobrar la experiencia y adquirir los conocimientos necesarios, sería menester ejercer al lado de un médico tutor por mucho tiempo. Eso explica la necesidad de concentrar en pocos años la adquisición de "lo necesario para empezar", pero la densidad de trabajo se vuelve inhumana.

En hospitales privados de la Ciudad de Buenos Aires, los residentes deben cumplir guardias de entre 14 horas y 48 horas. En el escaso tiempo libre que les resta deben estudiar para los exámenes, dar clases a los compañeros (para ser supervisadas y evaluadas por los médicos de planta), y seguir una estricta metodología de estudio, ya que deben aprender contra reloj todo lo concerniente a los mil aspectos de las enfermedades de cada uno de los 8 ó 10 pacientes que tienen a su cargo.

Una persona no puede desarrollar una actividad tan delicada como la ciencia médica, que requiere agilidad mental y eficiencia, y trabajar bajo presión durante tantas horas seguidas y pretender tener excelentes resultados.

En cuanto a los pacientes, en general y salvo que abiertamente lo manifiesten los que están aprendiendo y quienes enseñan, no notan las diferencias de conocimientos sino más bien de jerarquías.

Ahora bien, cuando todas estas circunstancias se conocen de antemano y prácticamente se lo obliga al médico a aceptarlo para acceder al conocimiento, siendo incluso peor en aquellos centros formadores "de excelencia" porque se está dispuesto a "tolerar más", y cuando está en juego la salud y la vida de tantos seres humanos, el sistema resulta incomprensible y perverso.

Podemos observar que los residentes hacen un gran esfuerzo, cumpliendo tareas con estricta sujeción a las directivas impartidas, implicando actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes, reciben una retribución mensual, su dedicación es full-time, no gozan de flexibilización horaria con motivo de sus estudios u otras actividades científicas o docentes, tienen responsabilidad en el resultado de sus tareas profesionales, lo que –como se señaló– conduce a descartar la posibilidad de considerar a la vinculación como meramente educativa, y en la mayoría de los casos continúan cumpliendo idénticas tareas una vez finalizada la residencia.

Todas estas circunstancias indican las notas de subordinación jurídica, económica y técnica que conceptualiza la doctrina a los fines de la configuración de una relación como dependiente.

Propongo un estudio del tema analizando la situación de los residentes médicos ya que en su gran mayoría se sienten esclavos del sistema y consideran que el mismo se fue transformando de casi una "beca formativa" a una "explotación legalizada", donde el residente es "mano de obra barata" y tan habilitado y responsable de sus actos médicos para la ley como el más experimentado.

## **ANEXO I**

### **LEY N° 17.132**

## **EJERCICIO DE LA MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ACTIVIDADES DE COLABORACION**

### **TITULO I PARTE GENERAL**

Art. 1.- El ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas en la Capital Federal y territorio nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, queda sujeto a las normas de la presente ley y las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten.

El control del ejercicio de dichas profesiones y actividades y el gobierno de las matrículas respectivas se realizará por la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se establezcan en la correspondiente reglamentación.

Art. 2.- A los efectos de la presente ley se considera ejercicio:

- a) De la medicina: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen que los profesionales comprendidos en el artículo 13;
- b) De la odontología: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto destinado al diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades buco dento-maxilares de las personas y/o a la conservación, preservación o recuperación de la salud bucodental; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 24;
- c) De las actividades de colaboración de la medicina u odontología: el de las personas que colaboren con los profesionales responsables en la asistencia y/o rehabilitación de personas enfermas o en la preservación o conservación de la salud de las sanas, dentro de los límites establecidos en la presente ley.

Art. 3.- Todas las actividades relacionadas con la asistencia médico social y con el cuidado de la higiene y estética de las personas, en cuanto puedan relacionarse con la salud de las mismas, estarán sometidas a la fiscalización de la Secretaría de Estado de Salud Pública y sujetas a las normas de esta ley y sus reglamentaciones.

Art. 4.- Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones que en la misma se reglamentan. Sin perjuicio de las penalidades impuestas por esta ley, los que actúen fuera de los límites en que deben ser desarrolladas sus actividades, serán denunciados por infracción al artículo 208 del Código Penal.

Art. 5.- (DEROGADO por Ley 19740).

Art.6.- La Secretaría de Estado de Salud Pública tiene facultades para controlar en todos los casos la seriedad y eficiencia de las prestaciones, pudiendo intervenir de oficio, por demanda o a petición de parte interesada. La resolución que se dicte en cada caso al respecto no causará instancia.

Art. 7.- Los locales o establecimientos donde ejerzan las personas comprendidas en la presente ley, deberán estar previamente habilitados por la Secretaría de Estado de Salud Pública y sujetos a su fiscalización y control, la que podrá suspender la habilitación y/o disponer su clausura cuando las condiciones higiénico-sanitarias, la insuficiencia de elementos, condiciones técnicas y/o eficiencia de las prestaciones así lo hicieren pertinente. En ellos deberá exhibirse el diploma o certificado habilitante con su correspondiente número de matrícula.

Cuando una persona ejerza en más de un local, deberá exhibir en uno su diploma o certificado y en el o los restantes, la constancia de matriculación expedida por la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que deberá renovarse con cada cambio de domicilio. En los locales o establecimientos mencionados debe figurar en lugar bien visible al público el nombre y apellido o apellido solamente del profesional y la profesión, sin abreviaturas, pudiendo agregarse

únicamente títulos universitarios que consten en la Secretaría de Estado de Salud Pública, días y horas de consulta y especialidad a la que se dedique, conforme a lo establecido en los artículos 21 y 31.

Art. 8.- La Secretaría de Estado de Salud Pública, a través de sus organismos competentes inhabilitará para el ejercicio de las profesiones y actividades auxiliares a las personas con enfermedades invalidantes mientras duren éstas. La incapacidad será determinada por una junta médica constituida por un médico designado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien presidirá la junta, otro designado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el restante podrá ser designado por el interesado. Las decisiones de la junta médica se tomarán por simple mayoría de votos.

La persona inhabilitada podrá solicitar su rehabilitación invocando la desaparición de las causales, debiendo dictaminar previamente una junta médica integrada en la forma prevista en el párrafo anterior.

Art. 9.- (DEROGADO POR LEY 23.277).

Art. 10.- Los anuncios o publicidad en relación con las profesiones y actividades reglamentadas por la presente ley, las personas que las ejerzan o los establecimientos en que se realicen, deberán ajustarse a lo que la reglamentación establezca para cada profesión o actividad auxiliar.

Todo lo que exceda de nombre, apellido, profesión, título, especialidades y cargos técnicos actuales, registrados y reconocidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública; domicilio, teléfono, horas y días de consulta, debe ser previamente autorizado por la misma.

En ningún caso podrán anunciarse precios de consulta, ventajas económicas o gratuidad de servicios, exceptuándose a las entidades de bien público.

A los efectos de la presente ley entiéndese por publicidad la efectuada en chapas domiciliarias, carteles, circulares, avisos periodísticos, radiales, televisados o cualquier otro medio que sirva a tales fines.

Las direcciones o administraciones de guías, diarios, revistas, radios, canales de televisión y demás medios que sirvan a la publicidad de tales anuncios, que les den curso sin la autorización mencionada, serán también pasibles de las sanciones pecuniarias establecidas en el título VIII de la presente ley.

Art. 11.- Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer -salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitararlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.

Art. 12.- Los profesionales médicos u odontólogos que a la fecha de la promulgación de la presente ley tengan el ejercicio privado autorizado en virtud del inciso f) del artículo 4 del decreto 6216/1944 (ley 12912), podrán continuar en el mismo hasta el vencimiento de la respectiva autorización.

## TITULO II DE LOS MEDICOS

### CAPITULO I *Generalidades*

Art. 13.- El ejercicio de la medicina sólo se autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente.

Podrán ejercerla:

- a) Los que tengan título válido otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado nacional;
- b) Los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que hayan revalidado en una universidad nacional;
- c) Los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por universidades nacionales;
- d) Los profesionales de prestigio internacional reconocido, que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consultas sobre asuntos de su exclusiva especialidad. Esta autorización será concedida a solicitud de los

interesados por un plazo de seis meses, que podrá ser prorrogado a un año como máximo, por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Esta autorización sólo podrá ser nuevamente concedida a una misma persona cuando haya transcurrido un plazo no menor de cinco años desde su anterior habilitación.

Esta autorización precaria en ningún caso podrá significar una actividad profesional privada y deberá limitarse a la consulta requerida por instituciones sanitarias, científicas o profesionales reconocidos;

- e) Los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones, durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente;
- f) Los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado, y limitarán su actividad al caso para el cual ha sido especialmente requerido, en las condiciones que se reglamenten;
- g) Los profesionales extranjeros refugiados en el país que fueron habilitados en virtud del artículo 4, inciso f) del decreto 6216/1944 (ley 12912) siempre que acrediten a juicio de la Secretaría de Estado de Salud Pública ejercicio profesional, y se encuentren domiciliados en el país desde su ingreso.

Art. 14.- Anualmente las universidades nacionales y escuelas reconocidas enviarán a la Secretaría de Estado de Salud Pública una nómina de los alumnos diplomados en las distintas profesiones o actividades auxiliares, haciendo constar datos de identificación y fecha de egreso.

Mensualmente las oficinas de Registro Civil enviarán directamente a la Secretaría de Estado de Salud Pública la nómina de profesionales fallecidos, debiendo ésta proceder a la anulación del diploma y la matrícula.

Art.15.- Los títulos anulados o invalidados por autoridad competente determinarán la anulación de la matrícula. En la misma forma se procederá con relación a los títulos revalidados en el país. Las circunstancias aludidas deberán ser acreditadas con documentación debidamente legalizada.

Art. 16.- Los profesionales referidos en el artículo 13, sólo podrán ejercer en los locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación oficiales o privados habilitados o en el domicilio del paciente. Toda actividad médica en otros lugares no es admisible, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos.

Art. 17.- Los que ejerzan la medicina podrán certificar las comprobaciones y/o constataciones que efectúen en el ejercicio de su profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, a administración, prescripción, indicación, aplicación o control de los procedimientos a que se hace referencia en el artículo 2 precisando la identidad del titular, en las condiciones que se reglamenten.

Art.18.- Los profesionales que ejerzan la medicina no podrán ser simultáneamente propietarios parciales o totales, desempeñar cargos técnicos o administrativos, aunque sean honorarios, en establecimientos que elaboren, distribuyan o expendan medicamentos, especialidades medicinales, productos dietéticos, agentes terapéuticos, elementos de diagnóstico, artículos de uso radiológico, artículos de óptica, lentes y/o aparatos ortopédicos. Se exceptúan de las disposiciones del párrafo anterior los profesionales que realicen labores de asistencia médica al personal de dichos establecimientos.

Art.19.- Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:

1. Prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;
2. Asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente;
3. Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz;
4. No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial;

5. Promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros;
6. Ajustarse a lo establecido en las disposiciones legales vigentes para prescribir alcaloides;
7. Prescribir o certificar en formularios que deberán llevar impresos en castellano su nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio y número telefónico cuando corresponda.  
Sólo podrán anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se reglamenten.  
Las prescripciones y/o recetas deberán ser manuscritas, formuladas en castellano, fechadas y firmadas.  
La Secretaría de Estado de Salud Pública podrá autorizar el uso de formularios impresos solamente para regímenes dietéticos o para indicaciones previas a procedimientos de diagnóstico.
8. Extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias.
9. Fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Art. 20.- Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina:

1. Anunciar o prometer la curación fijando plazos;
2. Anunciar o prometer la conservación de la salud;
3. Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;
4. Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país;
5. Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
6. Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;
7. Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país;
8. Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
9. Anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
10. Anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Estado de Salud Pública;
11. Expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente terapéutico de diagnóstico o profiláctico o dietético;
12. Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
13. Realizar publicaciones con referencia a técnicas personales en medios de difusión no especializados en medicina;
14. Publicar cartas de agradecimiento de pacientes;
15. Vender cualquier clase de medicamentos;
16. Usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las Facultades de Ciencias Médicas reconocidas del país;
17. Ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;
18. Practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores;
19. Inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de óptica u ortopedia;
20. Participar honorarios;
21. Obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades;
22. Delegar en su personal auxiliar, facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión;
23. Actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración de la medicina u odontología;

24. Asociarse con farmacéuticos; ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma;
25. Ejercer simultáneamente su profesión y ser director técnico o asociado a un laboratorio de análisis clínicos. Se exceptúan de esta disposición aquellos profesionales que por la índole de su especialidad deben contar necesariamente con un laboratorio auxiliar y complementario de la misma.

## **CAPITULO II**

### *De los especialistas médicos*

Art. 21.- Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b) Poseer el título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completa, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten. La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

## **CAPITULO III**

### *De las anestésias generales*

Art. 22.- Las anestésias generales y regionales deberán ser indicadas, efectuadas y controladas en todas sus fases por médicos, salvo casos de fuerza mayor.

En los quirófanos de los establecimientos asistenciales oficiales o privados deberá llevarse un libro registro en el que conste: las intervenciones quirúrgicas efectuadas, datos de identificación del equipo quirúrgico, del médico a cargo de la anestesia y del tipo de anestesia utilizada.

El médico anestésista, el jefe del equipo quirúrgico, el director del establecimiento y la entidad asistencial, serán responsables del incumplimiento de las normas precedentes. Los odontólogos podrán realizar las anestésias señaladas en el artículo 30, inciso 21 de esta ley.

## **CAPITULO IV**

### *De las transfusiones de sangre*

Art. 23.- Las transfusiones de sangre y sus derivados, en todas sus fases y formas, deberán ser indicadas, efectuadas y controladas por médicos, salvo casos de fuerza mayor.

Los bancos de sangre y servicios de hemoterapia de los establecimientos asistenciales oficiales o privados deberán tener a su frente a un médico especializado en hemoterapia y estar provistos de los elementos que determine la reglamentación. Los establecimientos asistenciales oficiales o privados deberán llevar un libro registro donde consten las transfusiones efectuadas certificadas con la firma del médico actuante.

El transfusionista, el director del establecimiento y la entidad asistencial serán responsables del incumplimiento de las normas precedentes.

## TITULO III DE LOS ODONTÓLOGOS

### CAPITULO I *Generalidades*

Art. 24.- El ejercicio de la odontología se autorizará a los dentistas, odontólogos y doctores en odontología, previa obtención de la matrícula profesional correspondiente.

Podrán ejercerla:

1. Los que tengan título válido otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado nacional;
2. Los que hayan obtenido de las universidades nacionales reválida de títulos que habiliten para el ejercicio profesional;
3. Los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por universidades nacionales;
4. Los profesionales de prestigio internacional reconocido que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consultas sobre asuntos de su exclusiva especialidad. Esta autorización será concedida a solicitud de los interesados por un plazo de seis meses, que podrá ser prorrogado a un año como máximo, por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Esta autorización sólo podrá ser nuevamente concedida a una misma persona cuando haya transcurrido un plazo no menor de cinco (5) años desde su anterior habilitación.

Esta autorización precaria en ningún caso podrá significar una actividad profesional privada y deberá limitarse a la consulta requerida por instituciones sanitarias, científicas o profesionales reconocidas;

5. Los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidad de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones, durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente;
6. Los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado, y limitarán su actividad al caso para el cual han sido especialmente requeridos, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 25.- Los títulos anulados o invalidados por autoridad competente determinarán la anulación de la matrícula. En la misma forma se procederá con relación a los títulos revalidados en el país. Las circunstancias aludidas deberán ser acreditadas con documentación debidamente legalizada.

Art. 26.- Los profesionales odontólogos sólo podrán ejercer en locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación oficiales o privados o en el domicilio del paciente. Toda actividad odontológica en otros lugares no es admisible, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos.

Art. 27.- Los profesionales odontólogos podrán certificar las comprobaciones y/o constataciones que realicen en el ejercicio de su profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, a administración, prescripción, indicación, aplicación o control de los procedimientos a que se hace referencia en el artículo 2, precisando la identidad del titular, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 28.- Los profesionales odontólogos no podrán ejercer su profesión y ser simultáneamente propietarios totales o parciales, desempeñar cargos técnicos o administrativos aunque sean honorarios en establecimientos que elaboren, distribuyan o expendan elementos de mecánica dental, medicamentos, especialidades medicinales y odontológicas, productos dietéticos, agentes terapéuticos, elementos de diagnóstico, aparatos ortopédicos y artículos de uso radiológico. Se exceptúan de las disposiciones del párrafo anterior los odontólogos que realicen labores de asistencia odontológica al personal de dichos establecimientos.

Art. 29.- Es obligación de los profesionales odontólogos, sin perjuicio de las demás obligaciones que impongan las leyes vigentes:

1. Ejercer dentro de los límites de su profesión, debiendo solicitar la inmediata colaboración del médico cuando surjan o amenacen surgir complicaciones, cuyo tratamiento exceda aquellos límites;
2. Prestar toda colaboración que les sea requerida, por parte de las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias nacionales;

3. Facilitar a las autoridades sanitarias los datos que le sean requeridos con fines estadísticos o de conveniencia general;
4. Enviar a los mecánicos para dentistas las órdenes de ejecución de las prótesis dentarias en su recetario, consignando las características que permitan la perfecta individualización de las mismas;
5. Fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsable si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Art. 30.- Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la odontología:

1. Asociarse para el ejercicio de sus profesión o instalarse para el ejercicio individual en el mismo ámbito, con mecánicos para dentistas;
2. Asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma;
3. Anunciar tratamientos a término fijo;
4. Anunciar o prometer la conservación de la salud;
5. Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;
6. Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades de Odontología reconocidas del país;
7. Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
8. Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;
9. Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos del país;
10. Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales, de preparación exclusiva y/o secreto y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
11. Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzcan a error o engaño;
12. Anunciar o prometer la confección de aparatos protésicos en los que se exalten sus virtudes y propiedades o el término de su construcción y/o duración, así como sus tipos y/o características o precio;
13. Anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
14. Anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Estado de Salud Pública;
15. Expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente terapéutico, diagnóstico o profiláctico o dietético;
16. Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
17. Realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en odontología o medicina;
18. Publicar cartas de agradecimiento de pacientes;
19. Vender cualquier clase de medicamentos o instrumental;
20. Usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los enseñados en las facultades de Odontología reconocidas del país;
21. Aplicar anestesia general, pudiendo solamente practicar anestesia por infiltración o troncular en la zona anatómica del ejercicio de su profesión;
22. Realizar hipnosis con otra finalidad que la autorizada en el artículo 9;
23. Ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;
24. Participar honorarios;
25. Obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que fabriquen, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades;
26. Inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de productos odontológicos;
27. Delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión;
28. Actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración de la medicina u odontología.



## CAPITULO II

### *De los especialistas odontólogos*

Art. 31.- Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la odontología, deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia.
- b) Poseer el título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de tres años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad, y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizadas periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

## TITULO IV DE LOS ANALISIS

### CAPITULO I

#### *De los análisis clínicos*

Art. 32.- Los análisis químicos, físicos, biológicos o bacteriológicos aplicados a la medicina sólo podrán ser realizados por los siguientes profesionales:

- a) Médicos y doctores en medicina;
- b) Bioquímicos y doctores en bioquímica;
- c) Diplomados universitarios con títulos similares que acrediten ante la Secretaría de Estado de Salud Pública haber cursado en su carrera todas las disciplinas inherentes a la ejecución de análisis aplicados a la medicina.

Los profesionales referidos deberán estar inscriptos en la Secretaría de Estado de Salud Pública en registro especial, sin perjuicio de lo dispuesto en el decreto 7.595/63 (ley 16.478) con respecto a los bioquímicos.

Las extracciones de material serán efectuadas únicamente por médicos, salvo sangre por punción digital, en el lóbulo de la oreja o por punción venosa en el pliegue del codo, las que podrán ser realizados por los demás profesionales citados en el presente artículo. Los médicos y doctores en medicina directores técnicos de laboratorio de análisis clínicos no podrán ejercer simultáneamente su profesión, salvo en los casos previstos en el artículo 20, inciso 25. Los directores técnicos de laboratorio de análisis clínicos están obligados a la atención personal y efectiva del mismo, debiendo vigilar las distintas fases de los análisis efectuados y firmar los informes y/o protocolos de los análisis que se entregan a los examinados.

En ningún caso los profesionales podrán ser directores titulares de más de dos laboratorios de análisis clínicos sean oficiales y/o privados.

Los laboratorios de análisis clínicos deberán reunir las condiciones y estar provistos de los elementos indispensables con la índole de sus prestaciones de acuerdo con lo que se establezca en la reglamentación.

Exceptúanse de las limitaciones del artículo 20, inciso 21, los médicos que integren como propietarios un establecimiento asistencial para cuya labor es necesaria la existencia de un laboratorio de análisis clínicos.

## **CAPITULO II**

### *De los exámenes anatomopatológicos*

Art. 33.- Los exámenes anatomopatológicos de material humano sólo podrán ser efectuados por profesionales especializados, habilitados para el ejercicio de la medicina u odontología, según el caso. Dichos profesionales deberán estar inscritos en la Secretaría de Estado de Salud Pública en registro especial, acreditando los requisitos de los artículos 21, ó 31, según el caso. Los laboratorios de anatomopatología deberán reunir las condiciones y estar provistos de los elementos que exija la reglamentación. Los bancos de tejidos deberán tener a su frente un profesional especializado en anatomopatología.

Las autopsias o necropsias deberán ser realizadas exclusivamente por profesionales especializados en anatomopatología, con excepción de las de carácter médico legal (abducciones) las que serán practicadas por los especializados que determine la Justicia Nacional.

## **TITULO V DE LOS ESTABLECIMIENTOS**

### **CAPITULO I**

#### Generalidades

Art. 34.- Toda persona que quiera instalar un establecimiento para la profilaxis, recuperación, diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades humanas deberá solicitar el permiso previo a la Secretaría de Estado de Salud Pública, formulando una declaración relacionada con la orientación que imprimirá a las actividades del establecimiento, especificando la índole y modalidad de las prestaciones a cubrir y las modalidades de las contraprestaciones a cargo de los prestatarios.

Art. 35.- A los efectos de obtener la habilitación a que alude el artículo precedente, el interesado debe acreditar que el establecimiento reúne los requisitos que se establezcan en la reglamentación de la presente ley, en relación con sus instalaciones, equipos, instrumental, número de profesionales, especialistas y colaboradores, habida cuenta del objeto de su actividad, de los servicios que ofrece, así como de que no constituye por su ubicación un peligro para la salud pública.

Art. 36.- La denominación y características de los establecimientos que se instalen de conformidad con lo establecido en los artículos 34 y 35, deberán ajustarse a lo que al respecto establezca la reglamentación, teniendo en cuenta sus finalidades, especialidad, instalaciones, equipos, instrumental, número de profesionales y auxiliares de que dispone para el cumplimiento de las prestaciones.

Art. 37.- Una vez acordada la habilitación a que se refieren los artículos 34, 35 y 36, los establecimientos no podrán introducir modificación alguna en su denominación y/o razón social, en las modalidades de las prestaciones ni reducir sus servicios sin autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 38.- La Secretaría de Estado de Salud Pública fiscalizará las prestaciones y el estricto cumplimiento de las normas del presente capítulo, pudiendo disponer la clausura preventiva del establecimiento cuando sus deficiencias así lo exijan.

### **CAPITULO II**

#### *De la propiedad*

Art. 39.- Podrán autorizarse los establecimientos mencionados en el artículo 34, cuando su propiedad sea:

1. De profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina o de la odontología, según sea el caso, de conformidad con las normas de esta ley.
2. De las sociedades civiles que constituyan entre sí los profesionales a que se refiere el inciso anterior.
3. De sociedades comerciales de profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina o de la odontología.
4. De sociedades comerciales o civiles, entre médicos, odontólogos y no profesionales, no teniendo estos últimos injerencia ni en la dirección técnica del establecimiento ni en ninguna tarea que se refiera al ejercicio profesional.
5. De entidades de bien público sin fines de lucro.

En todos los casos contemplados en los incisos anteriores, la reglamentación establecerá los requisitos a que deberán ajustarse en cuanto a:

- a) Características del local desde el punto de vista sanitario;
- b) Elementos y equipos en cuanto a sus características, tipo y cantidad;
- c) Número mínimo de profesionales y especialistas;
- d) Número mínimo de personal en actividades de colaboración.

### **CAPITULO III**

#### *De la dirección técnica*

Art. 40.- Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones Vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones serán reglamentadas.

La responsabilidad del director no excluye la responsabilidad personal de los profesionales o colaboradores ni de las personas físicas o ideales propietarias del establecimiento.

## **TITULO VI DE LOS PRACTICANTES**

Art. 41.- Se consideran practicantes los estudiantes de medicina u odontología que habiendo aprobado las materias básicas de sus respectivas carreras realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales, oficiales o privadas. Su actividad debe limitarse al aprendizaje y en ningún caso pueden realizar funciones de las denominadas por esta ley de colaboración.

Los practicantes de medicina u odontología sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados en el párrafo anterior.

## **TITULO VII DE LOS COLABORADORES**

### **CAPITULO I**

#### *Generalidades*

Art. 42.- A los fines de esta ley se consideran actividades de colaboración de la medicina y odontología las que ejercen:

- Obstétricas.
- Kinesiólogos y terapeutas físicos.
- Enfermeras.
- Terapeuta ocupacionales.
- Opticos técnicos.
- Mecánicos para dentistas.
- Dietistas.
- Auxiliares de radiología.
- Auxiliares de psiquiatría.
- Auxiliares de laboratorio.
- Auxiliares de anestesia.
- Fonoaudiólogos.
- Ortópticos.
- Visitadoras de higiene.
- Técnicos en órtesis y prótesis.

Art. 43.- El Poder Ejecutivo nacional podrá reconocer e incorporar nuevas actividades de colaboración cuando lo propicie la Secretaría de Estado de Salud Pública, previo informe favorable de las universidades.

Art. 44.- Podrán ejercer las actividades a que se refiere el artículo 42:

- a) Los que tengan título otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado nacional;

- b) Los que tengan título otorgado por universidad extranjera y hayan revalidado en una universidad nacional;
- c) Los argentinos nativos, diplomados en universidades extranjeras, que hayan cumplido los requisitos exigidos por las universidades nacionales para dar validez a sus títulos;
- d) Los que posean título otorgado por escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 45.- Las personas referidas en el artículo 42, limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable, sea en la asistencia o recuperación de enfermos, sea en la preservación de la salud de los sanos, y deberán ejercer su actividad dentro de los límites que en cada caso fije la presente ley y su reglamentación. Para la autorización del ejercicio de cualquiera de las actividades mencionadas en el artículo 42, es indispensable la inscripción del título habilitante y la obtención de la matrícula de los organismos competentes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 46.- Las personas a que hace referencia el artículo 42 podrán desempeñarse en las condiciones que se reglamenten, en las siguientes formas:

- a) Ejercicio privado autorizado;
- b) Ejercicio privado bajo control y dirección de un profesional;
- c) Ejercicio exclusivo en establecimientos asistenciales bajo dirección y control profesional;
- d) Ejercicio autorizado en establecimientos comerciales afines a su actividad auxiliar.

Art. 47.- Los que ejerzan actividades de colaboración, estarán obligados a:

Ejercer dentro de los límites estrictos de su autorización;

Limitar su actuación a la prescripción y/o indicación recibida;

Solicitar la inmediata colaboración del Profesional cuando en el ejercicio de su actividad surjan o amenacen surgir complicaciones, cuyo tratamiento exceda los límites señalados para la actividad que ejerzan;

En el caso de tener el ejercicio privado autorizado deberán llevar un libro registro de asistidos, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 48.- Queda prohibido a los que ejercen actividades de colaboración de la medicina u odontología:

- a) Realizar tratamientos fuera de los límites de su autorización;
- b) Modificar las indicaciones médicas u odontológicas recibidas, según el caso, o asistir de manera distinta a la indicada por el profesional;
- c) Anunciar o prometer la curación fijando plazos;
- d) Anunciar o prometer la conservación de la salud;
- e) Anunciar o aplicar procedimientos técnicos o terapéuticos ajenos a la enseñanza que se imparte en las universidades o escuelas reconocidas del país;
- f) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;
- g) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- h) Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;
- i) Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales, de preparación exclusiva y/o secreta, y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
- j) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental, de los aparatos o elementos que confeccionen, que induzcan a error o engaño;
- k) Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
- l) Publicar cartas de agradecimiento de pacientes;
- m) Ejercer su actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;
- n) Participar honorarios;
- o) Ejercer su actividad en locales no habilitados, salvo casos de fuerza mayor.

## **CAPITULO II**

### *De las obstétricas*

Art. 49.- El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean el título universitario de obstetrica o partera, en las condiciones establecidas en el artículo 44.

Art. 50.- Las obstétricas o parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.

Art. 51.- Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten.

Las obstétricas o parteras no pueden tener en su consultorio instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actividad.

Art. 52.- Las obstétricas o parteras que deseen recibir embarazadas en su consultorio en carácter de internadas deberán obtener autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que fijará las condiciones higiénico-sanitarias a que deberán ajustarse los locales y los elementos de que deberán estar dotados, no pudiendo utilizar la denominación de maternidades o clínicas maternas, reservándose dicha calificación para los establecimientos que cuenten con dirección médica y cuerpo profesional especializado en obstetricia.

En los mencionados locales podrán ser admitidas únicamente embarazadas que se encuentren en los tres últimos meses del embarazo o en trabajo de parto.

El derecho de inspección de la Secretaría de Estado de Salud Pública es absoluto y se podrá ordenar la inmediata clausura cuando sus instalaciones técnicas o higiénicas no sean satisfactorias, o cuando existan internadas fuera de las condiciones reglamentarias o estén atacadas de enfermedades infectocontagiosas, debiendo efectuarse de inmediato la correspondiente denuncia si se presupone la comisión de un delito.

### **CAPITULO III**

#### *De los kinesiólogos y terapeutas físicos*

Art. 53.- Se entiende por ejercicio de la kinesiología y de la terapia física anunciar y/o aplicar kinesioterapia, kinefilaxia y fisioterapia.

Art. 54.- La kinesiología podrá ser ejercida por las personas que posean el título universitario de kinesiólogo o título de terapeuta físico, en las condiciones establecidas en el artículo 44. Los "idóneos en kinesiología" habilitados en virtud de la ley 13970 y su decreto reglamentario 15.589/51 continuarán en el ejercicio de sus actividades en la forma autorizada por las citadas normas.

Art. 55.- Los kinesiólogos y terapeutas físicos podrán atender personas sanas, o enfermos por prescripción médica. Frente a la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del tratamiento o cuando surjan o amenacen surgir complicaciones deberán solicitar la inmediata colaboración del médico.

Art. 56.- Los kinesiólogos y terapeutas físicos podrán realizar:

- a) Kinesioterapia y fisioterapia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en gabinete privado habilitado, en las condiciones que se reglamenten;
- b) Kinefilaxia, en clubes deportivos, casas de baños, institutos de belleza y demás establecimientos que no persigan finalidad terapéutica.

Art.57.- Les está prohibido a los kinesiólogos y terapeutas físicos:

- a) Efectuar asistencia de enfermos sin indicación y/o prescripción médica;
- b) Realizar exámenes fuera de la zona corporal para la que hayan recibido indicación de tratamiento;

Realizar indicaciones terapéuticas fuera de las específicamente autorizadas.

### **CAPITULO IV**

#### *De las enfermeras*

Art.58.- (DEROGADO POR LEY 24004).

Art. 59.- (DEROGADO POR LEY 24004).

Art.60.- (DEROGADO POR LEY 24004).

Art. 61.- (DEROGADO POR LEY 24004).

## **CAPITULO V**

### *De los terapeutas ocupacionales*

Art. 62.- Se entiende por ejercicio de la terapia ocupacional la aplicación de procedimientos destinados a la rehabilitación física y/o mental de inválidos, incapacitados, lesionados o enfermos; o como medio para su evaluación funcional, empleando actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales.

Art.63.- La terapia ocupacional podrá ser ejercida por las personas que tengan título de terapeuta ocupacional acorde con lo dispuesto en el artículo 44 en las condiciones que se reglamenten.

Art.64.- Los que ejerzan la terapia ocupacional podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico en los límites que se reglamenten. Ante la comprobación de cualquier signo o síntoma anormal en el transcurso del tratamiento o cuando se observe la posibilidad de que surjan o amenacen surgir complicaciones, deberán requerir el inmediato control médico.

Art.65.- Los terapeutas ocupacionales podrán realizar exclusivamente sus actividades en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y en el domicilio del paciente y anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a médicos.

## **CAPITULO VI**

### *De los ópticos técnicos*

Art.66.- Se entiende por ejercicio de la óptica técnica, anunciar, confeccionar o expender medios ópticos destinados a ser interpuestos entre el campo visual y el ojo humano.

Art.67.- La óptica técnica podrá ser ejercida por los que posean el título de óptico técnico; experto en óptica o perito óptico, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art.68.- El despacho al público de anteojos de todo tipo (protectores, correctores y/o filtrantes) y todo otro elemento que tenga por fin interponerse en el campo visual para corregir sus vicios sólo podrá tener lugar en las casas de óptica, previamente habilitadas.

Art. 69.- Los que ejerzan la óptica podrán actuar únicamente por prescripción médica, debiendo limitar su actuación a la elaboración y adaptación del medio óptico y salvo lo que exige la adaptación mecánica del lente de contacto, no podrán realizar acto alguno sobre el órgano de visión del paciente, que implique un examen con fines de diagnóstico, prescripción y/o tratamiento.

Art. 70.- Toda persona que desee instalar una casa de óptica o de venta de lentes, deberá requerir la autorización previa a la Secretaría de Estado de Salud Pública, debiendo éstas reunir las condiciones que se reglamenten.

Las casas de óptica de obras sociales, entidades mutuales o asociaciones de bien público deberán ser de propiedad exclusiva de la asociación o entidad permissionaria, no pudiendo ser cedidas ni dadas en concesión o locación ni explotadas por terceras personas.

Art. 71.- Los ópticos técnicos que anuncien, confeccionen o expendan lentes de contacto, deberán acreditar su especialidad en las condiciones que se reglamenten.

Art. 72.- Toda persona que desee instalar una casa para la confección de lentes de contacto deberá requerir la autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública, debiendo éstas reunir las condiciones que se reglamenten.

Art. 73.- Los ópticos técnicos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos oficiales o privados, en establecimientos comerciales habilitados y controlados por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Los ópticos técnicos no podrán tener su taller en un consultorio médico o anexo al mismo, ni podrán anunciar exámenes o indicar determinado facultativo.

## **CAPITULO VII**

### *De los mecánicos para dentistas*

Art. 74.- (DEROGADO POR LEY 23752).

Art. 75.- (DEROGADO POR LEY 23752).

Art. 76.- (DEROGADO POR LEY 23752).

Art. 77.- (DEROGADO POR LEY 23752).

Art. 78.- (DEROGADO POR LEY 23752).

### **CAPITULO VIII**

#### *De los dietistas*

Art. 79.- (DEROGADO POR LEY 24301).

Art. 80.- (DEROGADO POR LEY 24301).

Art. 81.- (DEROGADO POR LEY 24301).

Art. 82.- (DEROGADO POR LEY 24301).

### **CAPITULO IX**

#### *De los auxiliares de radiología*

Art. 83.- Se entiende como ejercicio auxiliar de radiología la obtención de radiografías y las labores correspondientes de cámara oscura.

Art.84.- Podrán ejercer como auxiliares de radiología los que tengan título de técnicos en radiología, ayudantes de radiología y/o radiógrafos, acordes con lo dispuesto en el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 85.- Los que ejerzan como auxiliares de radiología podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico u odontológico directo y en los límites de su autorización.

Art. 86.- Los auxiliares de radiología podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales, oficiales o privados y como personal auxiliar de profesionales habilitados. Deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la correspondiente autorización.

Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a profesionales.

### **CAPITULO X**

#### *De los auxiliares de psiquiatría*

Art. 87.- Se entiende como ejercicio auxiliar de la psiquiatría la obtención de tests mentales y la recopilación de antecedentes y datos ambientales de los pacientes.

Art. 88.- Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean el título de auxiliar de psiquiatría, acorde con lo dispuesto en el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 89.- Los que ejerzan como auxiliares de psiquiatría podrán actuar únicamente por indicación y bajo control, de médico especialista habilitado y dentro de los límites de su autorización.

Art. 90.- Los auxiliares de psiquiatría podrán ejercer su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico especialista habilitado.

Deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la correspondiente autorización.

Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a médicos especialistas.

Art. 91.- (DEROGADO POR LEY 23277).

### **CAPITULO XI**

#### *De los auxiliares de laboratorio*

Art. 92.- Se entiende como ejercicio auxiliar de laboratorio las tareas secundarias de laboratorio con exclusión de la interpretación de datos analíticos y/o pruebas funcionales y/o diagnóstico.

Art. 93.- Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean título de auxiliar de laboratorio o título de doctor o licenciado en ciencias biológicas, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 94.- Los que ejerzan como auxiliares de laboratorio podrán actuar únicamente bajo indicación y control directo del profesional y en el límite de su autorización.

Art.95.- Los auxiliares de laboratorio podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados, como personal auxiliar de profesional habilitado con laboratorio autorizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la correspondiente autorización. Los auxiliares de laboratorio podrán ofrecer sus servicios exclusivamente a instituciones asistenciales y a los profesionales comprendidos en el título IV de esta ley.

## **CAPITULO XII**

### *De los auxiliares de anestesia*

Art. 96.- Se entiende como ejercicio auxiliar de la anestesia las actividades de colaboración con el médico especializado en anestesia en la aplicación de las mismas y el cuidado y preparación del material a utilizar.

Art. 97.- Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean título de auxiliar de anestesia, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 98.- Los que ejerzan como auxiliares de anestesia podrán actuar únicamente bajo indicación y control directo del profesional y en el límite estricto de su autorización. En ningún caso podrán aplicar anestésicos.

Sin perjuicio de las penalidades impuestas por esta ley, los que actuaren fuera de los límites en que deben ser desarrolladas sus actividades, serán denunciados por infracción al artículo 208 del Código Penal.

Art. 99.- Los auxiliares de anestesia podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y/o como personal auxiliar de médico especializado.

Art. 100.- Los auxiliares de anestesia no podrán ofrecer sus servicios al público, sólo podrán anunciarse u ofrecer sus servicios a profesionales especializados o a instituciones asistenciales.

## **CAPITULO XIII**

### *De los fonoaudiólogos*

Art. 101.- Se entiende como ejercicio de la fonoaudiología la medición de los niveles de audición (audiometría) y la enseñanza de ejercicios de reeducación o rehabilitación de la voz, el habla y el lenguaje a cumplirse por el paciente.

Art. 102.- La fonoaudiología podrá ser ejercida por las personas que posean título de doctor en fonología; doctor o licenciado en lenguaje; licenciado en comunicación humana; fonoaudiólogo; reeducador fonético; técnico en fonoaudiología; auxiliar de fonoaudiología o similares, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 103.- Los que ejerzan la fonoaudiología podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico, debiendo actuar dentro de los límites de su autorización.

Art. 104.- Los fonoaudiólogos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico habilitado. Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a profesionales.

## **CAPITULO XIV**

### *De los ortópticos*

Art. 105.- Se entiende como ejercicio de la ortóptica, la enseñanza de ejercicios de reeducación de estrábicos y ambliopes a cumplirse por el paciente.

Art. 106.- La ortóptica podrá ser ejercida por las personas que posean título de ortóptico, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 107.- Los que ejerzan la ortóptica podrán actuar únicamente por indicación y bajo control de médico habilitado, debiendo actuar dentro de los límites de su autorización.

Art. 108.- Los ortópticos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico habilitado.

Art. 109.- Les está prohibido a los ópticos técnicos y a los kinesiólogos desempeñarse como ortópticos.



## **CAPITULO XV**

### *De las visitadoras de higiene*

Art. 110.- La actividad de las visitadoras de higiene comprende la colaboración con los profesionales en los estudios higiénico sanitarios, labores de profilaxis, contralor de tratamientos y difusión de conocimientos de medicina y odontología preventivas.

Art. 111.- Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean el título de "visitadoras de higiene", acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 112.- Las que ejerzan como visitadoras de higiene podrán actuar únicamente por indicación y bajo control de médico u odontólogo habilitado y dentro de los límites de su autorización.

Art. 113.- Las visitadoras de higiene podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados, en instituciones u organismos sanitarios y en establecimientos industriales, en las condiciones que establece el artículo anterior, y no podrán ofrecer sus servicios al público.

Art. 114.- Queda prohibido a las visitadoras de higiene:

- Aplicar terapéuticas;
- Anunciarse al público;
- Desarrollar actividades que están reservadas a las enfermeras;
- Instalarse con local o consultorio.

## **CAPITULO XVI**

### *De los técnicos en órtesis y prótesis*

Art. 115.- Se entiende por ejercicio de la técnica ortésica y protésica el anuncio, expendio, elaboración y/o ensamble de aparatos destinados a corregir deformaciones y/o substituir funciones y/o miembros del cuerpo perdidos.

Art. 116.- Podrán ejercer la actividad a la que se refiere el artículo precedente los que posean el título de técnico en órtesis y prótesis o técnico en aparatos ortopédicos, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 117.- Los que ejerzan como técnicos en órtesis y prótesis o técnicos en aparatos ortopédicos podrán actuar únicamente por indicación, prescripción y contralor médico, y exclusivamente en tales condiciones podrán realizar medidas y pruebas de aparatos en los pacientes.

Art. 118.- Los técnicos en órtesis y prótesis o en aparatos ortopédicos podrán realizar actividad privada o en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y controlados por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 119.- Los técnicos en órtesis y prótesis o en aparatos ortopédicos no podrán tener su taller en el consultorio de un médico o anexo al mismo, ni podrán anunciar exámenes ni indicar determinado facultativo. En sus avisos publicitarios deberán aclarar debidamente su carácter de técnicos ortesistas y protesistas o técnicos en aparatos ortopédicos.

Art. 120.- En el caso de que un médico especializado elabore las prótesis de sus pacientes, podrá tener bajo su dependencia a un técnico en órtesis y prótesis o a un técnico en aparatos ortopédicos, debiendo el taller ser habilitado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, y no podrá tener en ningún caso las características de un establecimiento comercial o de libre acceso del público.

## **CAPITULO XVII**

### *De los técnicos en calzado ortopédico*

Art. 121.- Se entiende como ejercicio de la técnica en calzado ortopédico anunciar, elaborar o expender calzado destinado a corregir malformaciones, enfermedades o sus secuelas, de los pies.

Art. 122.- Podrán ejercer, la actividad a que se refiere el artículo precedente las personas que posean el título de técnicos en calzado ortopédico, acorde con lo dispuesto por el artículo 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 123.- Los que ejerzan como técnicos en calzado ortopédico podrán actuar únicamente por indicación, prescripción y contralor de médico especialista. Exclusivamente en estas condiciones podrán realizar medidas y pruebas de calzado en los pacientes.

Art. 124.- Los técnicos en calzado ortopédico podrán realizar su actividad privadamente en establecimientos oficiales o privados, en establecimientos comerciales (zapaterías ortopédicas), habilitadas y controladas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que ésta determine.

## **TITULO VIII DE LAS SANCIONES**

Art. 125.- En uso de sus atribuciones de gobierno de las matrículas y control del ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, la Secretaría de Estado de Salud Pública, sin perjuicio de las penalidades que luego se determinan y teniendo en cuenta la gravedad y/o reiteración de las infracciones, podrá suspender la matrícula o la habilitación del establecimiento, según sea el caso.

En casos de peligro para la salud pública podrá suspenderlas preventivamente por un término no mayor a noventa (90) días, mediante resolución fundada.

Art. 126.- Las infracciones a lo dispuesto en la presente ley, a las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten y a las disposiciones complementarias que dicte la Secretaría de Estado de Salud Pública serán penadas por los organismos competentes de la misma con:

- Apercibimiento;
- Multas de un millón de pesos (1.000.000) a cuatrocientos millones de pesos (400.000.000) susceptibles de ser aumentada hasta el décuplo del máximo establecido, en caso de reincidencia;
- Inhabilitación en el ejercicio de un (1) mes a cinco (5) años (suspensión temporaria de la matrícula);
- Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción.

La Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, a través de sus organismos competentes, está facultada para disponer los alcances de la medida, aplicando las sanciones separada o conjuntamente, teniendo en cuenta los antecedentes del imputado, la gravedad de la falta y sus proyecciones desde el punto de vista sanitario.

Art. 127.- En los casos de reincidencia en las infracciones, la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá inhabilitar al infractor por el término de un (1) mes a cinco (5) años, según los antecedentes del imputado, la gravedad de la falta y su proyección desde el punto de vista sanitario.

Art. 128.- La reincidencia en la actuación fuera de los límites en que ésta debe ser desarrollada, harán pasible al infractor de inhabilitación de un (1) mes a cinco (5) años; sin perjuicio de ser denunciado por infracción al artículo 208 del Código Penal.

Art. 129.- El producto de las multas que aplique la Secretaría de Estado de Salud Pública de conformidad a lo establecido en la presente ley, ingresará al Fondo Nacional de la Salud.

## **TITULO IX DE LA PRESCRIPCION**

Art. 130.- Las acciones para poner en ejecución las sanciones prescribirán a los cinco (5) años de cometida la infracción; dicha prescripción se interrumpirá por la comisión de cualquier otra infracción a la presente ley, a su reglamentación o a las disposiciones dictadas en consecuencia.

## **TITULO X DEL PROCEDIMIENTO**

Art. 131.- Comprobada la infracción a la presente ley, a su reglamentación o a las disposiciones que en consecuencia dicte la Secretaría de Estado de Salud Pública, se citará por telegrama colacionado o por cédula al imputado a efectos de que comparezca a tomar vista de lo actuado, formular sus descargos, acompañar la prueba que haga a

los mismos, y ofrecer la que no obre en su poder, levantándose acta de la exposición que efectúe, ocasión en la que constituirá un domicilio.

En el caso de que las circunstancias así lo hagan aconsejable o necesario, la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá citar al infractor por edicto.

Examinados los descargos y/o los informes que los organismos técnico-administrativos produzcan se procederá a dictar resolución definitiva.

Art. 132.- Si no compareciere el imputado a la segunda citación sin justa causa o si fuere desestimada la causal alegada para su inasistencia, se hará constar tal circunstancia en el expediente que se formará en cada caso y decretándose de oficio su rebeldía se procederá sin más trámite al dictado de la resolución definitiva. Cuando por razones sanitarias sea necesaria la comparecencia del imputado, se podrá requerir el auxilio de la fuerza pública, a tales efectos.

Art. 133.- Cuando la sanción a imponerse fuera la de inhabilitación por más de un año, el asunto será pasado previamente en consulta al señor procurador del Tesoro de la Nación.

Art. 134.- Toda resolución definitiva deberá ser notificada al interesado, quedando definitivamente consentida a los cinco (5) días de la notificación si no presentara dentro de ese plazo el recurso establecido en el artículo siguiente.

Art. 135.- Contra las resoluciones que dicten los organismos competentes de la autoridad sanitaria nacional, sólo podrá interponerse recurso de nulidad y apelación ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia Federal en lo Contencioso Administrativo y dentro del plazo fijado por el artículo 134, cuando se trate de penas de inhabilitación o clausura establecidas en el artículo 126, y en las penas pecuniarias, previstas en este último artículo y en el 140, previo pago del total de la multa.

Art. 136.- En los recursos interpuestos ante el órgano jurisdiccional de acuerdo con lo establecido en el artículo precedente, se correrá vista a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 137.- En ningún caso se dejarán en suspenso por la aplicación de los principios de la condena condicional las sanciones impuestas por infracción a las disposiciones de la presente ley, de su reglamentación o de las disposiciones que se dicten en consecuencia, y aquéllas una vez consentidas o confirmadas, podrán ser publicadas oficialmente, expresando el nombre de los infractores, la infracción cometida y la pena que le fuera impuesta.

Art. 138.- Cuando la Secretaría de Estado de Salud Pública efectúe denuncias por infracciones a las disposiciones del capítulo "Delitos contra la salud pública" del Código Penal, deberá remitirlas al órgano jurisdiccional formulando las consideraciones de hecho y de derecho referentes a la misma. Los agentes fiscales intervinientes solicitarán la colaboración de un funcionario letrado de la Secretaría de Estado de Salud Pública para la atención de la causa, suministro de informes, antecedentes, pruebas y todo elemento que pueda ser útil para un mejor desenvolvimiento del trámite judicial, pudiendo además acompañar al agente fiscal a las audiencias que se celebren durante la tramitación de la causa.

Art. 139.- En el caso de que no fueran satisfechas las multas impuestas una vez consentidas, la Secretaría de Estado de Salud Pública elevará los antecedentes al Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Federal y Contencioso Administrativo para que las haga efectivas por vía de apremio y el ministerio fiscal o el apoderado fiscal ejercerán en el juicio la representación de la Nación.

Art. 140.- Los inspectores o funcionarios debidamente autorizados por la autoridad sanitaria nacional, tendrán la facultad de penetrar a los locales donde se ejerzan las actividades comprendidas por la presente Ley durante las horas destinadas a su ejercicio. Las autoridades policiales deberán prestar el concurso pertinente a solicitud de aquellos para el cumplimiento de sus funciones. La negativa injustificada del propietario, director o encargado del local o establecimiento, lo hará pasible de una multa de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$ 10.000.000) a CIEN MILLONES DE PESOS (\$ 100.000.000) según sus antecedentes, gravedad de la falta y/o proyecciones de ésta desde el punto de vista sanitario.

Los jueces con habilitación de día y hora, acordarán de inmediato a los funcionarios designados por los organismos competentes de la autoridad sanitaria nacional, la orden de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública, si estas medidas son solicitadas por aquellos organismos.

Art. 141.- Facúltase al Poder Ejecutivo Nacional a actualizar, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, los montos de las sanciones de multas tomando como base de cálculo la variación semestral registrada al 1º. de enero y al 1º. de julio de cada año en el Índice de Precios al por Mayor Nivel General que elabore el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos o el organismo que lo reemplazare.

Art. 142.- El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los noventa (90) días de su promulgación.

Art. 143.- Quedan derogadas la ley 13970 y los decretos 6216/1944 (ley 12912); 40185/1947; 8453/1963 y el decreto ley 3309/1963.

Art. 144.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

## ANEXO II

### LEY 22.127 (28/12/79)

#### **ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS DE LA SALUD**

Art. 1.- Establécese el Sistema Nacional de Residencias de la Salud, cuyo objeto es complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad.

Art. 2.- Las residencias serán cumplidas mediante beca anual con una modalidad y remuneración a establecer por el organismo de conducción del Sistema, bajo un régimen de actividad a tiempo completo y con dedicación exclusiva.

Art. 3.- Las disposiciones de la presente ley rigen en todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la Autoridad Sanitaria Nacional. Las Provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, las Universidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Federal y las instituciones privadas que deseen tener programas de residencias aprobados según esta ley, podrán incorporarse al Sistema que se establece mediante convenios.

Art. 4.- Constitúyese el Consejo Nacional de Residencias de la salud (C.O.N.A.R.E.S.A.) a los fines de la conducción del Sistema, organismo que funcionará en el ámbito de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Dicho Consejo estará compuesto por la Asamblea General y por el Consejo Directivo.

Art. 5.- La Asamblea General, que será presidida por el Secretario de Estado de Salud Pública o quien lo represente, estará compuesta por: a) DOS (2) representantes de la Secretaría de Estado de Salud Pública. b) UN (1) representante de la Secretaría de Estado de Educación del Ministerio de Cultura y Educación. c) UN (1) representante por cada Provincia y por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. d) UN (1) representante por cada una de las Universidades del país, fueren públicas o privadas, que cuenten con Facultades afines a las disciplinas de las residencias. e) UN (1) representante por cada uno de los Comandos en Jefe de las Fuerzas Armadas. f) UN (1) representante por la Policía Federal. g) UN (1) representante por todas las instituciones privadas que tengan residencias. h) UN (1) representante por todas las instituciones científicas afines a las disciplinas de las residencias que desarrollen actividad docente. En los casos de los incisos c), d), e), f), y g) se integrará la representación en la oportunidad que se suscriban los convenios que se mencionan en el Artículo 3.

Art. 6.- La Asamblea General tendrá por funciones: a) Proponer normas y directivas generales vinculadas a las residencias conforme a los lineamientos de la política nacional en materia de atención de la salud. b) Proponer las medidas y modificaciones que considere convenientes para la adecuada marcha del Sistema. c) Designar al Consejo Directivo y aprobar su memoria de actividades en cada reunión plenaria ordinaria.

Art. 7.- La Asamblea General se constituirá, convocará y sesionará conforme al régimen legal que establezca la reglamentación.

Art. 8.- El Consejo Directivo será el Organismo Ejecutivo del Consejo Nacional de Residencias de la Salud. Estará compuesto por CINCO (5) miembros pertenecientes a la Asamblea General, de los cuales DOS (2) serán representantes por la Secretaría de Estado de Salud Pública y los restantes deberán surgir por libre elección entre los demás representantes acreditados ante la Asamblea. Sin perjuicio de ello todos sus miembros mantendrán las funciones originarias en la Asamblea General. En caso de pluralidad de representantes, según lo previsto en los incisos c), d), y e) del Artículo 5, sólo podrá integrar el Consejo Directivo un delegado por cada una de estas representaciones ante la Asamblea General.

Art. 9.- El Consejo Directivo se constituirá, convocará y sesionará conforme al régimen legal que establezca la reglamentación.

Art. 10.- Son funciones y atribuciones del Consejo Directivo: a) Representar al Consejo Nacional de Residencias de la Salud. b) Designar sus autoridades entre sus miembros. c) Proponer a la Secretaría de Estado de Salud Pública el nombramiento de un Secretario para que asista al Consejo Directivo en sus funciones. Dicho Secretario no deberá ser miembro de la Asamblea General. d) Dictar normas y fijar directivas específicas, en base a los

lineamientos establecidos por la Asamblea General, a los que deberá ajustarse el Sistema Nacional de Residencias de la Salud. e) Evaluar planes y sistemas que deseen ser incorporados al Sistema Nacional de Residencias de la Salud y resolver sobre su aptitud, admisión y permanencia, a través de la evaluación periódica, ad referendum de la decisión de la Asamblea General. f) Coordinar la acción de las entidades que disponen de residencias aprobadas por el C.O.N.A.R.E.S.A. y que participen de las finalidades del Sistema Nacional de Residencias de la Salud. g) Estudiar los aspectos educativos, asistenciales y sociales vinculados a la residencia, pudiendo consultar a expertos en los respectivos temas y especialidades. h) Organizar y realizar cursos, jornadas, congresos y todo tipo de actividades que promuevan al mejor desarrollo de la residencia. i) Proponer los requisitos básicos de inscripción y métodos de selección de aspirantes a las residencias a través de un concurso unificado y simultáneo. j) Expedir y registrar los certificados para los cursantes que aprobaren la residencia. k) Asesorar a la Autoridad Sanitaria Nacional proponiendo medidas conducentes a la absorción ocupacional de los residentes egresados. l) Informar a la Asamblea General en cada una de sus reuniones plenarias ordinarias, sobre las resoluciones adoptadas. m) Proponer anualmente su presupuesto a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 11.- Los miembros de la Asamblea General y del Consejo Directivo, excepto su Secretario, no percibirán remuneración por el ejercicio de sus funciones.

Art. 12.- El plan general de residencias incorporará un ciclo de capacitación dentro de áreas específicas y zonas del país según lo disponga la reglamentación.

Art. 13.- Cada residencia, en base al plan aprobado por el C.O.N.A.R.E.S.A., deberá contar con un programa cuya confección y cumplimiento será de responsabilidad directa del jefe de la unidad asistencial o sanitaria donde el mismo se desarrolle. A tal efecto estará compuesto por: a) Objetivos y metas. b) Metodología docente. c) Procedimientos de evaluación.

Art. 14.- Los profesionales de los establecimientos incorporados serán considerados integrantes del plantel de instructores del sistema y participarán en la enseñanza de los residentes, como una extensión de sus servicios específicos, a través de la capacitación, adjudicación y supervisión personal de los actos de progresiva complejidad y responsabilidad que encomienden.

Art. 15.- Podrán incorporarse a las residencias aquellos graduados que cuenten con no más de CINCO (5) años de obtenido su título universitario habilitante a la fecha de efectuarse la selección para acceder a los programas de residencias.

Art. 16.- A los efectos de lo dispuesto en el Artículo 14 la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al residente en cumplimiento de los programas de residencias, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de la que eventualmente pueda recaer sobre el instructor que hubiera dispuesto su realización.

Art. 17.- Durante su desempeño como tales, los residentes deberán ajustarse a los siguientes lineamientos generales: a) Someterse a todas las reglamentaciones, disposiciones y normas de desempeño que dicte el C.O.N.A.R.E.S.A. b) Percibir de la institución donde cumple la residencia la remuneración correspondiente a la beca que establece el artículo 2. c) Gozar de un régimen de licencias conforme se establezca por vía reglamentaria. d) Desarrollar las actividades encomendadas con eficiencia, capacidad, diligencia y espíritu de servicio, en el lugar, condiciones de tiempo y forma que determinen las disposiciones reglamentarias de cada servicio. e) Acatar las indicaciones que dicten los profesionales contemplados en el Artículo 14 de la presente ley y de todo otro personal jerarquizado con atribuciones y competencia para darlas, que tengan por objeto el cumplimiento del programa y el desarrollo de la residencia. f) Someterse al régimen disciplinario vigente en las instituciones donde realice su residencia.

Art. 18.- Los residentes que hayan completado programas aprobados por el C.O.N.A.R.E.S.A. gozarán de un puntaje adicional para los concursos de toda carrera hospitalaria existente en los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la Autoridad Sanitaria Nacional, de las Provincias, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, de las Fuerzas Armadas y de la Policía Federal, de las Universidades y las instituciones privadas incorporadas al Sistema Nacional de Residencias de la Salud, todo ello conforme se disponga por vía reglamentaria.

Art. 19.- La certificación de haber aprobado la residencia, extendida por el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (C.O.N.A.R.E.S.A.) será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sani-

taria competente y los colegios de profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de Residencias, deberán inscribir dicha certificación en los respectivos registros.

Art. 20.- (Nota de redacción) (MODIFICATORIO DE LA LEY 17.132) Modifica a: LEY 17132 Art.21

Art. 21.- A los efectos de esta ley se entiende por instituciones incorporadas, a aquellos establecimientos asistenciales y sanitarios que, con independencia de la jurisdicción a la que pertenezcan, cuenten con programas de residencia aprobados por el C.O.N.A.R.E.S.A. al tiempo de su admisión.

Art. 22.- El Poder Ejecutivo Nacional propiciará la adhesión de los Gobiernos Provinciales al Sistema que establece la presente ley.

Art. 23.- El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los SESENTA (60) días de su promulgación.

Art. 24.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

**ANEXO III**  
**DECRETO LEY 22.212**  
**ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR**

**TITULO I:**  
**DE LOS PROFESIONALES COMPRENDIDOS EN ESTE ESTATUTO**

Art. 1.- El presente decreto regirá las condiciones de trabajo de los profesionales enumerados en el artículo siguiente, cuando prestaren servicio en forma permanente, bajo la dependencia de alguna de las instituciones que se expresan a continuación:

Hospitales, colonias, hogares, asilos, instituciones, dispensarios, asistencia pública y en general todo establecimiento asistencial similar a los expresados, ya sea dependiente o que reciba subvención directa o indirecta del Estado, de las provincias o de las municipalidades.

Hospitales de colectividades, sanatorios, clínicas y cualesquiera otros establecimientos asistenciales o servicios generales de carácter particular o privado.

Art. 2.- Quedan comprendidos en las disposiciones del presente decreto-ley, los siguientes profesionales:

Médicos, médicos cirujanos, doctores en medicina y cirugía, y los equivalentes expedidos por las universidades nacionales.

Doctores en odontología, odontólogos y dentistas y los equivalentes expedidos por las universidades nacionales.

Farmacéuticos, doctores en química y farmacia y doctores en bioquímica y farmacia y los equivalentes expedidos por las universidades nacionales.

Art. 3.- Se considerará permanente a los efectos del presente decreto-ley, todo profesional que se hubiere desempeñado durante más de tres meses bajo la dependencia de un empleador.

**TITULO II:**  
**REGIMEN DE TRABAJO**

Art. 4.- Para ejercer las actividades concernientes a las profesiones enumeradas en el art. 2 es indispensable que los profesionales se hallen debidamente autorizados e inscriptos en los organismos correspondientes y de acuerdo a las disposiciones vigentes.

***A. ESTABILIDAD***

Art. 5.- La estabilidad de los profesionales comprendidos en las prescripciones del decreto- ley 16.672, relativas al Estatuto del Servicio Civil de la Nación se regirá por las disposiciones del mismo.

Art. 6.- (Texto según ley 14.459). Los profesionales del arte de curar gozarán de estabilidad en sus cargos y no podrán ser separados sin sumario previo.

Art. 6.- (Texto originario). Los profesionales comprendidos en el inc. B) del art. 1, gozarán de los beneficios establecidos por la ley 11.729 para los empleados de comercio aunque prestaren servicios por cuenta de empleadores no comerciantes.

Art. 7.- Los empleadores no podrán suspender a los profesionales sin causa justificada. El afectado por una suspensión que considere injusta, podrá recurrir ante la asociación profesional, cuya personalidad gremial fuere reconocida por la Secretaría de Trabajo y Previsión, la que deberá investigar los hechos que la motiva y si la considera arbitraria e injustificada, deberá hacer conocer sus conclusiones al gremio y a los interesados. El profesional que hubiera sido suspendido injustamente tendrá derecho al cobro de las remuneraciones correspondientes al período de suspensión.



## **B.INCOMPATIBILIDADES**

Art. 8.- (Texto según ley 14.778). Los cargos desempeñados por los profesionales del arte de curar, son compatibles, cualquiera fueran sus empleadores, siempre que no hubiera superposición horaria.

Art. 8.- (Texto originario). Los profesionales sólo podrán ejercer hasta dos cargos, de cualquier naturaleza, siempre que no hubiere incompatibilidad horaria.

## **C.ESCALAFONES**

Art. 9.- Los ingresos, calificaciones y ascensos de los profesionales se harán de acuerdo a los siguientes escalafones:  
Para médicos:

- Médico ayudante.
- Médico auxiliar.
- Médico oficial.
- Médico mayor.
- Médico jefe.
- Médico director de 1ra., 2da. y 3ra. categoría.

Para odontólogos:

- Odontólogo ayudante.
- Odontólogo auxiliar.
- Odontólogo oficial.
- Odontólogo mayor.
- Odontólogo jefe.
- Odontólogo director del instituto.

Para farmacéuticos:

- Farmacéutico auxiliar.
- Farmacéutico mayor.
- Farmacéutico subjefe de 1ra., 2da. y 3ra. categoría.
- Farmacéutico jefe de 1ra., 2da. y 3ra. categoría.
- Farmacéutico inspector.

Para los laboratoristas, sean médicos, doctores en bioquímica y farmacia u odontólogos, regirá el escalafón de médicos hasta el inc. e) inclusive.

Art. 10.- Podrán crearse cargos superiores a los consignados en el artículo anterior, de acuerdo a las categorías que fijen las autoridades competentes, cuando lo hiciere necesario la importancia o el número de los establecimientos asistenciales dependientes de una misma entidad.

## **D.INGRESOS**

Art. 11.- Para ingresar en cualquiera de las instituciones enumeradas en el art. 1 del presente decreto-ley, los infractores deberán acreditar buena conducta profesional y hallarse debidamente autorizados e inscriptos en los organismos correspondientes.

Art. 12.- Para ingresar en algunos de los establecimientos comprendidos en el inc. a) del art. 1, además de los requisitos establecidos precedentemente, los profesionales deberán ser ciudadanos argentinos, y someterse a un examen de competencia, en concurso abierto, fiscalizado por las entidades profesionales reconocidas por la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Art. 13.- Quedan exceptuados de los requisitos establecidos en el artículo anterior los profesionales contratados por el Poder Ejecutivo dentro de sus atribuciones y aquellos que, a la vigencia del presente decreto-ley, tuvieran una antigüedad mínima de dos años en el desempeño de su cargo.

## **E.CALIFICACIONES Y ASCENSOS**

Art. 14.- Las instituciones comprendidas en el inc. a), del art. 1 constituirán, dentro de los noventa días de la vigencia del presente decreto-ley, una junta de calificación para cada una de las ramas de las ciencias médicas –Medicina, Odontología, Farmacia- encargadas de confeccionar los cuadros de promociones. Cuando varios establecimientos dependieran de una misma institución o autoridad se constituirá una junta calificadora central encargada de confeccionar la lista de calificaciones.

Art. 15.- Las juntas estarán constituidas por un profesional de cada uno de los grados del escalafón, los cuales durarán dos años en sus funciones y no podrán ser designados sino con un intervalo de un período.

Art. 16.- Los miembros de las juntas de calificación serán nombrados por simple mayoría de votos, en elección secreta, por los profesionales de cada establecimiento, y las juntas centrales, por el voto, emitido en la misma forma, de los miembros componentes de las juntas calificadoras respectivas.

Art. 17.- Las entidades profesionales reconocidas elegirán por voto, universal y secreto un representante gremial ante las juntas calificadoras.

Art. 18.- Las juntas calificadoras deberán mantener debidamente actualizados y ordenados los legajos personales de los integrantes de los servicios médicos, en los cuales se harán constar todos los antecedentes vinculados con su actuación, así como las medidas disciplinarias que le hubieren impuesto. A pedido de los interesados se darán copia de los antecedentes contenidos en el legajo.

Art. 19.- Las juntas de calificación serán las encargadas de confeccionar los cuadros de promociones, de acuerdo al procedimiento que establezcan comisiones integradas por igual número de representantes de la autoridad competente, de las entidades profesionales reconocidas y de los empleadores afectados.

Art. 20.- Los cuadros de promociones se confeccionarán de acuerdo al sistema de coeficientes y con sujeción a los siguientes índices:

- Capacidad (aptitud, técnica, contracción al trabajo, cooperación).
- Condiciones personales (corrección y ética profesional).
- Aptitudes especiales (títulos, antecedentes y trabajos).
- Antigüedad en el cargo.
- Antigüedad en la repartición.

Para la calificación de aptitudes requeridas en el desempeño del cargo permanente de jefe o en funciones de dirección o asesoramiento se tendrán especialmente en cuenta los conocimientos de organización y de medicina social que posean los profesionales.

Art. 21.- Los índices de calificación comprendidos en el inc. a) y b) del artículo precedente, se determinarán por triple clasificación; del director del establecimiento, del jefe de servicio y de los compañeros de tareas entre sí.

Los títulos, antecedentes y trabajos no podrán estimarse en más de un punto por año. Para la calificación prevista en el inc. d) del artículo anterior, se computará un punto por año de servicio, deduciéndose proporcionalmente las faltas no justificadas. La junta mantendrá al día las clasificaciones del personal, de conformidad al presente decreto-ley y su respectiva reglamentación.

Art. 22.- Los cuadros de promociones deberán confeccionarse en los meses de diciembre y de junio de cada año y dados a publicidad antes del día quince del mes subsiguiente. Para la primera vez deberá confeccionarse los cuadros dentro de los noventa días de constituidas las juntas de calificación. Los interesados podrán interponer reclamaciones ante la junta, respecto de la calificación efectuada, durante los treinta días posteriores a la publicación de los cuadros. En caso de que la junta no hiciera lugar a la reclamación, se podrá apelar ante las entidades profesionales reconocidas.

Art. 23.- Producida una vacante, la junta de calificación elevará a la autoridad respectiva, dentro de los quince días, la lista de candidatos por orden de mérito junto con las planillas de calificación y un breve informe sobre los antecedentes y condiciones de cada uno de los propuestos. En casos de igualdad de calificación se someterá a los candidatos a una prueba teórico-práctica. La autoridad competente deberá proceder al nombramiento del profesional mejor calificado.

Art. 24.- La junta de calificación enviará copia por duplicado a las entidades profesionales correspondientes, de toda actuación, calificación o informes vinculados con los nombramientos y los ascensos.

Art. 25.- El ascenso de los profesionales, en sus respectivos escalafones, se realizará por orden estricto de calificación, ya sea dentro de cada categoría o en el pase de una categoría a la inmediata superior. Las vacantes de cualquier cargo, con excepción del primero del escalafón, serán llenadas por pases sucesivos y por ascensos, de acuerdo a un riguroso orden de calificación.

### **F. REGIMEN PROPORCIONAL DE TRABAJO**

Art. 26.- Las instituciones a que se refiere el art. 1 deberán contar con el siguiente personal de profesionales:

Un médico, por cada diez camas o fracción mayor de cuatro, cuando se trate de enfermos internados.

Para consultorios externos, en la atención de enfermos de primera y segunda vez, un médico para quince enfermos o fracción mayor de siete por día.

Para exámenes radiológicos y radiográficos, un médico para veinte exámenes o fracción mayor de nueve por día.

Para análisis clínico de laboratorio, un médico, un odontólogo, un doctor en bioquímica y farmacia, según los casos, para veinte análisis o fracción mayor de nueve por día.

Para análisis anátomo-patológicos, un médico o un odontólogo, según los casos, para quince análisis o fracción mayor de cinco por día.

Para servicios de internación de tuberculosos evolutivos, un médico para quince enfermos o fracción mayor de cinco.

Para servicios de internación de alienados, leprosos, tuberculosos u otras afecciones crónicas de atención similar, un médico hasta sesenta enfermos o fracción mayor de diez.

Para enfermos internados, un odontólogo hasta setenta camas o fracción mayor de treinta.

Para consultorios externos (exodoncia) en atención de enfermos de primera y segunda vez, un odontólogo hasta quince enfermos atendidos o fracción mayor de siete.

Para consultorios externos de asistencia integral (ortodoncia, prótesis, operatoria dental, radiología, cirugía y paradentosis), un odontólogo hasta ocho personas o fracción mayor de cuatro atendidas por día.

Para servicios de internación de enfermos crónicos, un odontólogo hasta doscientas cincuenta camas.

Para enfermos internados, un farmacéutico hasta veinte fórmulas magistrales o fracción mayor de diez por día.

Para la atención del despacho externo, un farmacéutico hasta cincuenta fórmulas magistrales o fracción mayor de diez por turno.

Cada servicio, además del personal a que se refieren los incisos de este artículo, deberá tener a su frente un jefe.

### **G. JORNADA DE TRABAJO**

Art. 27.- Para los médicos, odontólogos y farmacéuticos regirá el siguiente horario: cuatro horas diarias continuas como máximo, en un solo turno y en el mismo servicio. Regirá el mismo horario para las especialidades de internación.

Los jefes de farmacia prestarán servicios durante treinta y tres horas semanales, distribuidas según mejor conveniga al servicio.

### **H. REGIMEN DE SUELDOS**

Art. 28.- A los efectos de la determinación de los sueldos mínimos correspondientes a cada una de las categorías del escalafón, las instituciones a que se refiere el art. 1, inc. a), divídense en cuatro categorías.

Art. 29.- Serán considerados establecimientos de primera categoría:

La Dirección Nacional de Salud Pública, Correos y Telecomunicaciones, Obras Sanitarias de la Nación, Cuerpo Médico Escolar, Yacimientos Petrolíferos Fiscales, las diferentes Cajas de Previsión, Jubilaciones y Pensiones, las instituciones autárquicas, los Consejos de Higiene provinciales, las municipalidades y toda otra institución subvencionada por el Estado.

Los Hospitales nacionales, provinciales, municipales y subvencionados por el Estado, que tengan más de doscientas cincuenta camas.

Las colonias, hogares y asilos con más de quinientos internados.

Art. 30.- Serán considerados establecimientos de segunda categoría:

- Los Hospitales nacionales, provinciales, municipales y subvencionados por el Estado que tengan más de noventa camas.
- Las colonias, hogares y asilos con más de trescientos cincuenta internados.

Art. 31.- Serán considerados establecimientos de tercera categoría:

- Los Hospitales nacionales, provinciales, municipales y subvencionados por el Estado, que tengan más de treinta camas.
- Las colonias, hogares y asilos con más de ciento ochenta internados.

Art. 32.- Serán considerados establecimientos de cuarta categoría:

Los Hospitales nacionales, provinciales, municipales y subvencionados por el Estado, que tengan menos de treinta camas.

Las colonias, hogares y asilos que tengan menos de ciento ochenta internados.

Art. 33.- Los establecimientos de primera categoría, comprendidos en el art. 20, deberán pagar a los profesionales los sueldos mínimos que se fijan en los artículos siguientes.

Art. 34.- Para los médicos se establece la siguiente escala de sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 35.- Para los odontólogos se establece la siguiente escala de sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 36.- Para los farmacéuticos se establece la siguiente escala de sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 37.- Los establecimientos de segunda categoría comprendidos en el art. 30, deberán pagar los sueldos mínimos que se fijan en el artículo siguiente.

Art. 38.- Se establece la siguiente escala de sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 39.- Para los establecimientos de tercera categoría comprendidos en el art. 31, se fijan los siguientes sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 40.- Para los establecimientos de cuarta categoría, comprendidos en el art. 32, se fijan los siguientes sueldos mínimos:

(se omite por falta de actualidad).

Art. 41.- Para la determinación de los sueldos mínimos en los establecimientos comprendidos en el art. 1, inc. b) del presente decreto-ley, divídense éstos en dos categorías:

Primera categoría: todos los establecimientos asistenciales de carácter particular, privados, hospitales de colectividades extranjeras, sanatorios, clínicas, policlínicos, que por su desarrollo e importancia puedan aplicar los sueldos mínimos fijados para los establecimientos comprendidos en el art. 1, inc. a).

Segunda categoría: todos aquellos otros no incluidos en el inciso anterior.

Art. 42.- A los efectos de determinar las instituciones que deban ser comprendidas en cada uno de los incisos del artículo anterior, se constituirán comisiones tripartitas integradas por igual número de representantes de las entidades profesionales reconocidas, de los empleadores y de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Art. 43.- Los sueldos mínimos correspondientes a la primera categoría, a que se refiere el art. 41, serán los mismos que los establecidos por las instituciones a que alude el art. 1, inc. a).

Art. 44.- Con respecto a los establecimientos a que se refiere el art. 41, inc. b) todas las cuestiones relativas a ingreso, escalafón, sueldo, jornada y condiciones de trabajo del personal que presta servicio, serán resueltas por comisiones tripartitas integradas en la forma que establece el art. 42.

Art. 45.- La fijación de los sueldos mínimos establecidos en el presente decreto-ley, no modifican sueldos superiores que tengan los profesionales a la vigencia del mismo, los cuales deberán ser mantenidos.

Art. 46.- A partir de la vigencia del presente decreto-ley, los sueldos que percibieren los profesionales, inferiores a los establecidos en las escalas respectivas, quedarán aumentados automáticamente de acuerdo a las expresadas escalas, con excepción de las entidades que deban redistribuir íntegramente su personal, en cuyo caso deberán dar cumplimiento a los sueldos mínimos dentro de los noventa días de promulgado el presente decreto-ley.

Las mutualidades, dado su carácter de entidades de bien público, quedan excluidas de las disposiciones de este estatuto en lo que a escalafón y sueldo se refiere. Las condiciones de ingreso, escalafón y sueldo de los profesionales del arte de curar que presten servicio en las entidades mutualistas, serán establecidos en cada caso por una comisión tripartita constituida por igual número de representantes de la Secretaría de Trabajo y Previsión, de los empleadores y de las entidades profesionales correspondientes.

Art. 47.- Las instituciones comprendidas en el art. 1 del presente decreto-ley enviarán a la Dirección Nacional de Salud Pública y a las entidades profesionales correspondientes, dentro de los noventa días de su vigencia, una planilla con la nómina íntegra del personal de su dependencia, en donde se determine la fecha de ingreso, cargo que desempeña, ascensos obtenidos, calificaciones logradas y sueldos que percibían y perciben de acuerdo a las escalas correspondientes.

Art. 48.- Los profesionales comprendidos en el presente decreto-ley gozarán de un período continuado de descanso anual remunerado de acuerdo a los siguientes plazos:

- Diez días hábiles, cuando la antigüedad en el servicio no sea mayor de cinco años.
- Quince días hábiles, cuando la antigüedad siendo mayor de cinco años no excediera de diez años.
- Veinte días hábiles, cuando la antigüedad sea mayor de diez años y no excediera de veinte años.
- Treinta días hábiles, cuando la antigüedad sea mayor de veinte años, pudiéndose dividir en dos períodos de quince días.

Art. 49.- A los efectos de la concesión de vacaciones regirán las disposiciones contenidas en el decreto-ley 1740/1945 cuando fueren compatibles con los plazos precedentemente establecidos.

Art. 50.- Los profesionales reemplazantes tendrán derecho a percibir igual sueldo que el que corresponde al reemplazado, cuando se viera obligado en un mismo año a realizar más de un reemplazo.

Art. 51.- Sin perjuicio de los beneficios que les correspondan por enfermedad o descanso preventivo, los profesionales comprendidos en el presente decreto-ley podrán faltar hasta quince días por año, sin deducción de sueldo, cuando lo fuere por causas justificadas.

Art. 52.- En caso de accidente o enfermedad inculpable que interrumpa los servicios de los profesionales, éstos tendrán el derecho que autoriza el art. 155 del Código de Comercio, aunque se desempeñaran con empleadores no comerciantes.

Art. 53.- Oportunamente el Instituto Nacional de Previsión Social, elevará al Poder Ejecutivo un proyecto de previsión que cubra los riesgos de invalidez, vejez y muerte de los profesionales comprendidos en el presente decreto-ley, el cual deberá comprender asimismo a todos los que ejerzan la profesión del arte de curar, aunque sólo se limitaran al ejercicio libre de la misma.

Art. 54.- Las entidades profesionales reconocidas crearán y organizarán, dentro de los ciento ochenta días de promulgado el presente decreto-ley, una mutualidad para cubrir el riesgo de enfermedad de los profesionales comprendidos en este decreto-ley, y elevarán a la Dirección General de Previsión los estatutos de la misma.

Art. 55.- El empleador que violara cualquiera de las disposiciones del presente decreto-ley o de sus reglamentaciones, será penado con una multa de cien pesos moneda nacional, por infracción y por persona, que podrá elevarse a mil pesos moneda nacional, en la misma forma, en caso de reincidencia, las cuales se harán efectivas mediante el procedimiento que determina la ley 11.570. El importe de las multas se destinará a la caja de previsión correspondiente.

Art. 56.- Las dudas que pudieran suscitarse, con motivo de la calificación del personal y de los establecimientos, así como las cuestiones no especialmente contempladas en el presente decreto-ley, que exigieran una solución para el adecuado cumplimiento de éste, serán resueltas por comisiones tripartitas integradas por igual número de representantes de la Secretaría de Trabajo y Previsión, de las entidades profesionales reconocidas y de los empleadores interesados.

Art. 57.- Las disposiciones contenidas en el presente decreto-ley se declaran de orden público.

Art. 58.- Es nulo y sin valor cualquier convención de partes que en forma directa o indirecta disminuya los sueldos mínimos estipulados en el presente decreto-ley. Queda prohibido abonar servicio y aceptar pagos de los mismos mediante remuneraciones convenidas por día.

### **TITULO III:**

## **DISPOSICIONES VARIAS Y TRANSITORIAS**

Art. 59.- Los cargos de profesionales del arte de curar en los establecimientos oficiales o subvencionados que figuren nombrados "ad honores", o con un sueldo menor al fijado en el artículo siguiente, serán remunerados con el mínimo determinado por dicho artículo (Párrafo según ley 12.921).

Los profesionales del arte de curar, que a la promulgación del presente decreto-ley, estuvieran prestando servicios honorarios en los establecimientos comprendidos en el art. 1, inc. a) y de acuerdo con la reestructuración de los mismos quedarán excluidos de sus respectivos escalafones, serán calificados y clasificados en estricto orden de mérito, atento a lo dispuesto por el presente estatuto, y serán los que ocupen las vacantes que se produzcan en los sucesivos (Párrafo originario).

Los profesionales del arte de curar, que a la promulgación del presente decreto-ley, desempeñen cargos llenados por concurso mantendrán el mismo dentro del escalafón que se estructure.

Art. 60.- Las escalas de sueldos establecidas en los arts. 34, 35 y 36 se irán aplicando gradualmente a medida que la situación financiera lo permita; en el orden nacional: a juicio del Ministerio de Hacienda y al de sus respectivos ministerios, secretarías y organismos pertinentes en el provincial y municipal. Hasta tanto será implantado el sueldo mínimo de \$ 375 y el correspondiente escalafón y escala de sueldo reducidos, siempre que se cuente con crédito a ese fin.

Art. 61.- Los profesionales que prestan servicios en los establecimientos de que habla el art. 1, inc. a) y el art. 41, inc. a), en el momento de promulgarse el presente decreto-ley, ocuparán automáticamente dentro del escalafón el cargo de le corresponda por antigüedad.

Art. 62.- Quedan derogadas las leyes y disposiciones que se opongan a lo dispuesto por el presente decreto-ley.

Art. 63.- Comuníquese, etc.

**ANEXO IV**  
**REGLAMENTO DE RESIDENCIAS**  
**RESOLUCION N° 389/89 MINISTERIO DE SALUD**

Buenos Aires, 19 de Abril de 1989

**VISTO** la necesidad de disponer normas generales que regulen el desempeño de los Residentes de Salud en los establecimientos asistenciales dependientes de esta Secretaría; y

**CONSIDERANDO:**

Que todas las Residencias de Salud poseen características comunes en cuanto a la dedicación horaria y el cumplimiento de un programa educacional prefijado.

Que sin embargo, las diferentes especialidades incluidas dentro del sistema de Residencias de Salud poseen particularidades que requieren un tratamiento específico para cada una.

Que es conveniente establecer normas generales comunes para las Residencias de Salud y delegar en organismos técnicos de menor nivel las complementarias, adaptándolas para cada tipo de programa educacional.

Que resulta oportuno invitar a las Provincias y demás organismos que reciben apoyo de esta Secretaría para sus programas de Residencia de Salud, a que adopten en su jurisdicción un reglamento similar al aprobado por la presente resolución.

Por ello,

**EL MINISTRO DE SALUD Y ACCION SOCIAL**  
**A CARGO DE LA SECRETARIA DE SALUD**

**RESUELVE**

Artículo 1° - Aprobar el Reglamento Básico de la Residencia de Salud que como Anexo I se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2° - Facultar a la Dirección Nacional de Recursos Humanos a disponer, a propuesta de los diferentes programas de Residencia de Salud, normas complementarias que se adapten a la naturaleza de cada especialidad.

Artículo 3° - Invitar a las autoridades sanitarias de las Provincias y de los organismos que reciben apoyo económico de esta Secretaría para la realización de sus programas de residencia y adoptar en su ámbito normas similares a los del Reglamento Básico de la Residencia de Salud aprobado por el Artículo 1°.

Artículo 4° - Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 774 de fecha 24 de febrero de 1967.

Artículo 5° - Regístrese, comuníquese, publíquese en el Boletín Informativo, cumplido, archívese.

# ANEXO I

## REGLAMENTO BÁSICO DE LAS RESIDENCIAS DE SALUD

### Definición y Objetivos

Artículo 1° - La Residencia de Salud es un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente.

Artículo 2° - Las Residencias de Salud, cualquiera sea su especialidad u orientación, se desarrollarán según un programa educacional predeterminado, con un régimen de trabajo de no menos de 48 (cuarenta y ocho) horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes.

### De los Residentes

Artículo 3° - Serán funciones y obligaciones técnicas del residente:

Desarrollar las tareas que se le asignen bajo la supervisión de los profesionales de planta, del encargado del sector y del Jefe de Sala, laboratorio o unidad correspondiente y con la coordinación del jefe de residentes o residente de año superior en el que se haya delegado esa función.

Cumplir las indicaciones del servicio formuladas por los respectivos responsables, en lo referente a los aspectos técnicos de su función.

Asistir a las actividades científicas y docentes fijadas por el programa educacional de la residencia.

Cuando esté de guardia, notificar los casos de emergencia al residente del año superior, al Jefe de Residentes o a quien corresponda.

Consultar obligatoriamente frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija.

No abandonar el servicio sin antes comunicar a quien corresponda el lugar al que se dirige y como se le puede encontrar, y después de asegurarse que otro residente cubra adecuadamente sus funciones.

Rotar por las secciones especiales que corresponda dentro de los turnos y lapsos que cada programa establezca.

Concurrir a reuniones científicas o profesionales, dentro o fuera del servicio u organismo, con autorización del respectivo responsable.

Participar en la elaboración y presentación de trabajos científicos. Realizar tareas docentes en el lugar de desempeño de su residencia, siempre que no afecten sus tareas asignadas, con la autorización del responsable del programa.

Artículo 4° - Los derechos y obligaciones de los residentes desde el punto de vista administrativo serán los siguientes:

Los residentes recibirán una remuneración mensual, sujeto a las normas de liquidación y actualización vigentes, de acuerdo con el contrato que al respecto se suscriba.

Todo residente, una vez que haya sido seleccionada, se someterá a un examen médico completo por el personal designado a tal efecto. Todos estos datos serán incluidos en la ficha médica individual.

El residente quedará incorporado al régimen previsional establecido por la ley 18.037, sus complementarias y modificatorias, le será aplicable el régimen de licencia, justificaciones y franquicias que para el personal de la Administración Pública aprueba el Decreto N° 3413/79, reformado por Decreto 94/82 y podrá afiliarse voluntariamente, al Instituto de Obra Social al que se encuentre incorporado el personal del Ministerio de Salud y Acción Social. También tendrá derecho a la percepción del sueldo anual complementario previsto por la Ley 12.915 y a las asignaciones familiares a que tienen derecho los agentes públicos.

Los residentes contarán con alojamiento en el hospital o servicio. En aquellos que no cuenten con posibilidades físicas de cumplir con esta reglamentación, se habilitará una habitación para el residente de guardia, cuando corresponda.

Los residentes serán provistos de equipos completos de ropa de labor en cantidad adecuada. Los residentes tendrán derecho a un mínimo de dos comidas en el hospital o servicio.

Todo hecho en los que intervenga el residente que adquiera o pueda adquirir características médico legales, será comunicada de inmediato al superior correspondiente de acuerdo con la hora de su producción.



Artículo 5° - La promoción de un residente al año superior se efectuará mediante un procedimiento de evaluación que fijará la Dirección Nacional de Recursos Humanos, el cual será realizado en la sede del programa respectivo y tomará en cuenta el juicio del responsable del programa, de la planta profesional del servicio de organismo, del o los Jefes de Residentes y del conjunto de los residentes pertenecientes al programa.

#### **De los Jefes de Residentes**

Artículo 6° - El Jefe de Residentes será un profesional que ha cumplido con el ciclo completo de la residencia, elegido –preferentemente– de entre los que recién hayan terminado el mismo programa.

Artículo 7° - La selección de los Jefes de Residentes será efectuada por una comisión ad – hoc presidida por el responsable del programa, e integrada por un profesional de planta del servicio u organismo respectivo y un Jefe de Residentes saliente. La evaluación será realizada conforme al leal saber y entender de los responsables y la fundamentación del veredicto constará en un acta levantada al efecto. Uno de los elementos a considerar será la opinión del conjunto de los residentes del programa.

Artículo 8° - Serán funciones, derechos y obligaciones del Jefe de Residentes:

- Organizar y coordinar las tareas de los residentes, dentro de los programas preestablecidos.
- Reunirse periódicamente con el Jefe de Servicio o Unidad para coordinar las tareas de los residentes.
- Actuar conjuntamente con los instructores en la confección de las actividades de los residentes.
- Coordinar las tareas comunes con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios.
- Participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.
- Asegurar la concurrencia de los residentes a las actividades docentes del programa.
- El Jefe de Residentes permanecerá un año en su cargo y desempeñará sus funciones con dedicación exclusiva, con las mismas obligaciones que los demás residentes. Al final de su período, y si su actuación ha sido satisfactoria, recibirá un certificado extendido por la institución en la cual se ha desempeñado.
- El Jefe de Residentes gozará de todos los derechos y tendrá las mismas obligaciones técnicas y administrativas en relación a su cargo que el resto de los residentes.

#### **Disposiciones complementarias**

Artículo 9° - Cada Programa de Residencias, teniendo como margo general este Reglamento Básico, podrá elaborar normas complementarias de aplicación específica al respectivo Programa, las que deberán ser aprobadas por la Dirección Nacional de Recursos Humanos.

## **ANEXO V**

### **PROGRAMA DE RESIDENCIA EN CLINICA MEDICA**

### **DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

#### **1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Nombre del Programa: Residencia en Clínica Médica.
- 1.2. Tipo de programa: Residencia de primer nivel.
- 1.3. Responsables del programa: Dr. Waisman, Gabriel Darío  
Dr. Jorge Ariel Farías  
Dr. Javier Alberto Pollán
- 1.4. Requisitos de ingreso: Acorde con los requisitos generales del Departamento de Docencia e investigación del Hospital Italiano.
- 1.5. Número de vacantes: 3
- 1.6. Duración en años: 4
- 1.7. Carga horaria total: 13.728 Hs.

#### **2. FUNDAMENTACION DEL PROGRAMA**

El servicio de clínica médica es uno de los servicios básicos del hospital.

Su actividad abarca las áreas asistencial, docente, académica y de investigación, como así también el desarrollo de la informática médica y el gerenciamiento de diversos programas en conjunto con otras estructuras médico-administrativas del hospital.

El servicio está organizado para su funcionamiento en un área clínica propiamente dicha y otra de especialidades que dependen del mismo.

El área clínica abarca medicina ambulatoria, internación e internación domiciliaria.

El área de especialidades incluye las Secciones de: Reumatología, infectología, oncología, hematología, hipertensión arterial, neumonología hematológica, nutrición, geriatría, alergia, cuidados paliativos, farmacología, toxicología clínica y la unidad de medicina familiar.

En el área de ambulatoria se realizan 17.000 consultas mensuales y en la internación se producen un promedio de 320 egresos/mes, ocupando permanentemente entre 60 y 90 camas del hospital.

La actividad docente-académica está ampliamente desarrollada y abarca las áreas de pregrado y postgrado.

En el pregrado el Servicio tiene activa participación en la Unidad Docente Hospitalaria de la Facultad de Medicina de la UBA y en el Instituto Universitario de nuestro hospital. Recibe alumnos de la Universidad del Salvador para su internado rotatorio. En el postgrado se desarrollan carreras de Especialistas dependientes de la UBA en Clínica médica, que es realizada por los residentes de clínica de manera conjunta con la actividad de la residencia, infectología, oncología y geriatría.

En el área de la investigación clínica, el servicio tiene una intensa actividad con desarrollo de diversos trabajos de investigación, publicaciones, conferencias y participación en congresos y sociedades científicas.

La residencia de clínica médica inició sus actividades en el año 1967 y cuenta a la fecha con más de 115 médicos formados. El propósito central de la residencia es la formación de médicos con capacitación en el cuidado de la salud de la población adulta. La implementación de un programa de residencia es, reconocidamente, el mejor sistema de capacitación para el cumplimiento de ese propósito. Para lograrlo se necesita enfocar la atención en los distintos espacios físicos y funcionales en donde se tratan los problemas de salud de la población. La atención adecuada de los pacientes requiere de la adquisición de una amplia gama de conocimientos y el desarrollo de habilidades prácticas.

El sistema de aprendizaje de la residencia resuelve esta ecuación al basarse en la práctica supervisada con responsabilidades crecientes. Nuestros residentes aprenden siendo efectores destacados de la actividad asistencial y académica con la tutoría de médicos de mayor experiencia y la de las especialidades afines.

Las herramientas con las que se cuentan provienen de distintas disciplinas: la clínica médica, la epidemiología, la investigación clínica, la bioética y el gerenciamiento médico entre otras. El aprendizaje de las mismas es parte de la tarea cotidiana que se desarrolla en nuestro servicio y la que lo ha transformado en uno de los servicios de clínica médica líderes en la práctica de una medicina moderna del país y a su residencia en un efector central del mismo.

Al final del programa, el residente estará en condiciones, de acuerdo a los conocimientos y habilidades adquiridas, de desempeñarse como médico internista en un hospital de alta complejidad y en el área de atención primaria como médico clínico de cabecera de adultos. Consideramos también que el programa de residencia debe ser la base para posteriormente continuar la formación de especialidades y subespecialidades clínicas de los médicos que así lo deseen.

### 3. OBJETIVOS GENERALES

Al completar la residencia el médico clínico estará capacitado para:

Desempeñarse como médico especializado en la atención de los problemas ambulatorios de salud que presenta la población adulta.

Reconocer y tratar los problemas diagnósticos y terapéuticos de patologías del ámbito clínico de pacientes internados.

Detectar los problemas de salud que ameriten derivación al especialista respetivo.

Reconocer y manejar estrategias de abordaje para el establecimiento de un adecuado vínculo con los pacientes y su familia.

Saber desempeñarse como integrante de un equipo terapéutico, reconocer su función dentro del mismo, y establecer un adecuado vínculo con el resto de los integrantes.

Utilizar los distintos medios de recolección de información médica y analizar la misma de manera crítica.

Aplicar la evidencia científica disponible en la atención de los pacientes.

Implementar acciones de prevención en distintos grupos erarios.

Conocer y aplicar los principios éticos que rigen la profesión médica en general.

Realizar tareas de investigación en el ámbito clínico.

### 4. DESARROLLO DEL PROGRAMA

#### 4.1. Primer año

Durante el primer año, el residente trabaja como parte del equipo de salud, bajo supervisión de residentes superiores y un médico de planta. Pasa la mayor parte del año brindando atención a pacientes internados.

#### A – OBJETIVOS

1. Realizar una historia clínica completa.
2. Reconocer e interpretar los síndromes clínicos comunes en la población de pacientes internados.
3. Participar de las discusiones acerca de la terapéutica implementada en los pacientes internados.
4. Reconocer y resolver las urgencias más comunes en internación.
5. Realizar procedimientos invasivos básicos.
6. Aprender las estrategias de abordaje para brindar información a los pacientes y familia.
7. Participar de las discusiones de los conflictos éticos que se generan en la práctica de la profesión médica.
8. Participar en actividades de investigación y divulgación de actividades científicas.

#### B- AMBITOS DE FORMACION

##### ROTACION POR LAS AREAS DE INTERNACION- SALA GENERAL

#### Objetivos específicos

Reconocer el estado clínico de pacientes internados, comprender criterios de internación, la patología, indicaciones médicas y criterios de alta y oportunidad de interconsultas a especialistas.

Desarrollar habilidades en la realización de procedimientos invasivos básicos.

Comprender la situación familiar y personal del paciente que genera la internación.

Adquirir habilidades de comunicación con colegas, pacientes y familiares de los mismos.

#### Contenidos

Criterios de internación. Confección de historia clínica. Evaluación del estado clínico del paciente. Signos vitales, Semiología. Seguimiento clínico del paciente. Criterios de alta y destino de los pacientes: domicilio y seguimiento ambulatorio, seguimiento domiciliario, internación domiciliaria, 3er nivel.

Solicitud de estudios complementarios, su indicación oportuna e interpretación de resultados. Recolección de muestras biológicas. Normas de bioseguridad en la recolección y transporte de muestras.

Procedimientos manuales básicos: accesos venosos, punción arterial, punción lumbar, colocación de sonda nasogástrica, colocación de sonda vesical, ventilación con ambú, reanimación cardiopulmonar.

Relación médico-paciente (incluyendo a su familia).

#### Estrategias

Atención de pacientes internados en recorrida de sala, con la supervisión de residentes de años superiores y médicos de planta.

Pase de guardia matinal coordinado por el jefe de residentes.

Pase de sala vespertino coordinado por el jefe de residentes.

Confección de historia clínica y evolución diaria de la misma.

Ateneos de internación y anatomopatológico semanales.

Modalidad de implantación

Duración: 10 meses de tiempo completo.

#### ROTACION POR ONCOLOGIA

##### Objetivos específicos

Conocer las patologías más frecuentes en oncología clínica, reconociendo formas clínicas de presentación, diagnóstico y estadificación.

Adquirir conocimientos básicos acerca del tratamiento de las enfermedades oncológicas más frecuentes, incluyendo indicaciones de cirugía, esquemas quimioterápicos y radioterapéuticos de cada una de ellas.

Conocer las drogas quimioterápicas más frecuentemente utilizadas en oncología, sus reacciones adversas limitantes y no limitantes, la prevención y el tratamiento de las mismas durante y posteriores a su infusión.

Adquirir los fundamentos teóricos del tratamiento de las urgencias oncológicas.

Aprender las reglas básicas de los cuidados paliativos de pacientes y el tratamiento de los síntomas (dolor, disnea, constipación, confusión, etc.).

##### Contenidos

Historia clínica oncológica. Indicaciones médicas del paciente en sala de oncología. Enfermedades oncológicas prevalentes. Estadificación de tumores. Drogas quimioterápicas con especial énfasis en la prevención y el tratamiento de las reacciones adversas inmediatas y mediatas. Síntomas oncológicos. Drogas para tratamientos sintomáticos. Urgencias en oncología. Relación médico-paciente en oncología.

#### Estrategias

Atención diaria de los pacientes internados en la sala.

Interpretación de estudios complementarios.

Modalidad de implementación

Duración: 1 mes.

#### GUARDIAS EN INTERNACION

##### Objetivos específicos

Interpretar motivo de internación, cuadro clínico y tratamiento de inicio de los pacientes al ingresar a la sala de internación.

Resolver las consultas y emergencias médicas frecuentes de los pacientes en sala de internación de clínica médica.

Priorizar la atención de pacientes según gravedad.

Elaborar e implementar pautas de tratamiento inicial en pacientes admitidos a la internación.

##### Contenidos

Evaluación inicial de un paciente que ingresa a sala. Reconocimiento de su estado de gravedad. Síndromes clínicos comunes. Estrategias diagnóstico-terapéuticas. Urgencias en sala de internación. El paciente que fallece.

#### Estrategias

Pase de guardia.

Atención de pacientes admitidos a sala.

Atención de la demanda de pacientes internados.

Modalidad de implementación

Duración: 11 meses de tiempo completo.

**ROTACION POR TERAPIA INTERMEDIA****Objetivos específicos**

Interpretar la gravedad de un paciente en función de distintas variables clínicas.

Diagnosticar y tratar los trastornos del medio interno.

Diagnosticar y tratar problemas respiratorios, con énfasis en los trastornos de la vía aérea y ventilación no invasiva.

Realizar procedimientos invasivos comunes en internación.

**Contenidos**

Acercamiento al paciente críticamente enfermo.

Paciente con mala perfusión periférica.

Evaluación del paciente con deterioro del sensorio.

Cuidados en un post-operatorio complejo.

Indicaciones de apoyo y reemplazo de la función respiratoria. Paciente con traqueotomía.

Atributos de las Unidades de Cuidado Críticos e Intermedios.

**Estrategias**

Asistencia de pacientes en unidad de terapia intermedia.

Cuidado de pacientes de la unidad en guardia.

Recorridos diarios con médicos de planta.

**Modalidad de implementación**

Duración: 2 meses de tiempo completo.

**4.2 Segundo año****A-OBJETIVOS**

1. Reconocer el estado clínico del paciente crítico.

2. Reconocer criterios de internación y alta de unidades de cuidados críticos.

3. Realizar tareas de promoción y prevención de salud de pacientes ambulatorios.

4. Desarrollar ámbito médico adecuado para el seguimiento longitudinal de pacientes en el consultorio.

5. Conocer los algoritmos diagnóstico- terapéutico de los problemas de salud frecuentes en las distintas especialidades clínicas.

6. Participar activamente de la confección de protocolos de investigación del servicio de clínica.

**B- AMBITOS DE FORMACION****ROTACION POR TERAPIA INTENSIVA****Objetivos específicos**

Definir y comprender en forma global a un paciente crítico.

Reconocer y tarar a un paciente en shock en concordancia con los conceptos actuales de reanimación.

Conocer y aplicar las variables que surgen del monitorio en el paciente crítico: hemodinámica, neurológico, respiratorio.

Comprender la fisiopatología de las fallas de los distintos órganos y sistemas: circulatorio, respiratorio, renal, neurológico, hepático, hematológico.

Diagnosticar y tratar las distintas fallas de órganos y sistemas

Comprender las implicancias éticas de los tratamientos de soporte vital en un paciente crítico.

**Contenidos**

Atención inicial del paciente crítico. Algoritmos diagnóstico-terapéuticos comunes. Monitoreo del paciente crítico: monitoreo hemodinámica, neurológico, respiratorio. Respiradores. Modalidades de asistencia respiratoria mecánica invasiva y no invasiva. Estrategias de destete. Uso de drogas inotrópicas. Falla multiorgánica. Modalidades de alimentación.

Decisiones éticas en el paciente crítico terminal. Diferencias entre un paciente críticamente enfermo y un paciente Terminal.

Procedimiento en pacientes críticos.

**Estrategias**

Asistencia a pacientes críticos.

Guardias en terapia.

Modalidad de implementación

Rotación por terapia intensiva: Duración 2 meses de tiempo completo.

Guardias en terapia intensiva: Duración anual de tiempo completo.

#### ROTACION POR CARDIOLOGIA CRITICA

Objetivos específicos

Confeccionar una historia cardiológico con énfasis en el interrogatorio y examen físico específico.

Conocer la fisiopatología de los distintos trastornos cardíacos.

Aplicar de manera práctica los parámetro del monitoreo cardíaco.

Reconocer e implementar las distintas modalidades de tratamiento del paciente cardiológico crítico.

Adquirir el manejo avanzado del paro cardiorrespiratorio.

Contenidos

Decisiones diagnóstico-terapéuticas en cuadro de isquemia aguda, insuficiencia cardiaca, trastornos del ritmo cardíaco y patologías valvulares.

Estudios complementarios en cardiología.

Monitoreo hemodinámica invasivo del paciente agudo cardiológico.

Postoperatorio de cirugía cardiovascular.

Procedimientos habituales en cardiología crítica.

Estrategias

Asistencia de apacientes en unidad coronaria.

Actividades docentes del servicio de cardiología.

Modalidad de implementación

Duración: 2 meses.

#### ROTACION POR CARDIOLOGIA AMBULATORIA

Objetivos

Realizar tareas de prevención primaria y secundaria en medicina vascular.

Conocer los fundamentos de la rehabilitación cardiológico.

Conocer las indicaciones de los distintos estudios complementarios para el estudio de los pacientes con enfermedades cardíacas y su interpretación.

Contenidos

Fundamentos e indicaciones de los estudios cardiológicos.

Estratificación del riesgo cardíaco. Rehabilitación cardiológica.

Estrategias

Asistencia a consultorio externo de cardiología.

Asistencia al laboratorio de estudios cardiológicos.

Modalidad de implementación

Duración: 2 meses de guardias semanales

#### ROTACION POR TERAPIA INTEMEDIA

Objetivos

Reconocer las modalidades de trabajo en unidades de complejidad escalonadas.

Elaborar planes de alimentación artificial.

Realizar atención de pacientes con deterioro del sensorio en etapa subaguda.

Contenidos

Estados hipercatabólicos. Indicaciones de la alimentación entera y parenteral.

Pronóstico de los pacientes críticamente enfermos.

Aspectos éticos en cuidados intensivos e intermedios.

### Estrategias

Asistencia de pacientes en unidad de terapia intermedia.

Cuidado de pacientes de la unidad de guardia.

Recorridos diarios con médicos de planta.

### Modalidad de implementación

Duración: 2 meses de tiempo completo.

## ROTACION POR CONSULTORIOS EXTERNOS

### Objetivos

Conocer los motivos de consulta frecuentes en consultorio externo.

Establecer una adecuada relación médico-paciente-familia.

Adquirir conocimientos sobre epidemiología clínica.

### Contenidos

Entrevista médica. Desarrollo del vínculo médico-paciente- familia.

Prácticas preventivas en los diferentes grupos erarios.

Estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Criterios y herramientas para el ratreo de patologías en pacientes sanos.

Utilidad del uso de los métodos complementarios.

Epidemiología clínica.

### Estrategias

Consultas programadas.

Ateneos semanales de clínica ambulatoria.

Pases diarios de consultorio.

Asistencia a clases teóricas sobre patologías prevalentes y prevención de enfermedades.

### Modalidad de implementación

Atención programada de pacientes ambulatorios: 2 horas semanales supervisadas.

Presencia en ateneos, clases y discusión de pacientes ambulatorios: 7 horas semanales.

## 4.3. Tercer año

### A- OBJETIVOS

1. Planificar las actividades de la atención de los pacientes internados.

2. Elaborar estrategias de diagnóstico y tratamiento en los distintos ámbitos de atención.

3. Diagnosticar y tratar la patología de urgencia de una central de emergencias.

4. Atender problemas de salud de pacientes ambulatorios complejos.

### B- AMBITOS DE FORMACION

## ROTACION POR LAS AREAS DE INTERNACION

### Objetivos específicos

Planificar los algoritmos para el estudio y tratamiento de patologías clínicas de pacientes internados.

Elaborar el organigrama diario general de los pacientes a su cargo, teniendo en cuenta prioridades.

Brindar información a familiares y pacientes acerca de su estado y evolución.

Reconocer los criterios de alta e implementar las estrategias de seguimiento ambulatorio.

### Contenidos

Diagnóstico en medicina interna: uso racional de métodos complementarios.

Tratamientos: aplicación de la evidencia científica en medicina interna.

Nociones de gerenciamiento médico centradas en la atención.

Criterios de alta: implementación de seguimiento ambulatorio.

### Estrategias

Atención de pacientes internados.

Asistencia a pases de guardia.

Organización y presentación de casos.

Modalidad de implementación

Duración: 11 meses de tiempo completo.

MEDICINA AMBULATORIA – Consultorios externos de Clínica Médica

Objetivos

Realizar el seguimiento postalta de pacientes focalizados en tareas de rehabilitación y prevención secundaria.

Continuar con el seguimiento longitudinal de pacientes iniciado en el segundo año.

Contenidos

Rehabilitación de pacientes. Realimentación.

Prevención secundaria.

Estrategias

Consultorio asistencial.

Pases de consultorio.

Modalidad de implementación

Duración: 3 hs. semanales de tiempo compartido.

Cuarto año

A-OBJETIVOS

1. Aplicar estrategias de prevención primaria.
2. Conocer los motivos de consulta frecuentes en consultorio externo.
3. Diagnosticar y tratar la patología prevalente.
4. Realizar el seguimiento longitudinal de pacientes sanos y enfermos.
5. Establecer una adecuada relación médico-paciente-familia.
6. Conocer los criterios de gravedad de la patología ambulatoria.
7. Aplicar criterios de derivación a especialistas en forma oportuna.
8. Adquirir conocimientos sobre epidemiología clínica.
9. Coordinar las actividades docentes del consultorio externo.
10. Participar de los programas de manejo de enfermedades específicas.
11. Participar en el diseño e implementación de los proyectos de investigación del servicio.

B- AMBITOS DE FORMACION

MEDICINA AMBULATORIA – Consultorios externos de Clínica Médica.

Objetivos específicos

Asistir a pacientes ambulatorios focalizando en la patología crónica.

Desarrollar tareas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Contribuir con la formación teórica de los residentes de segundo y tercer año que desarrollan actividades en el área ambulatoria.

Supervisar la atención de pacientes ambulatorios realizada por los residentes de segundo y tercer año.

Aplicar los conocimientos de epidemiología clínica en la atención de pacientes.

Contenidos

Seguimiento clínico longitudinal de pacientes sanos y con patologías.

Consolidación de los criterios diagnósticos aprendidos en años previos.

Reconocer factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades.

Reconocimiento e interpretación de los criterios de gravedad de las enfermedades y momento oportuno de la derivación a especialista y de internación.

Conocimiento de los criterios y herramientas para el rastreo de patologías en pacientes sanos.

Utilidad del uso de los métodos complementarios. Teoría y puesta en práctica de la epidemiología clínica.

Estrategias

Consultas programadas y demanda espontánea.

Ateneos de clínica ambulatoria.



Pases diarios de consultorio

Revisión sistemática por los médicos de planta de las historias clínicas.

Dictado de clases teóricas por parte de los residentes de cuarto año sobre patologías prevalentes y prevención de enfermedades.

Rotación por consultorio de especialidades médicas de nuestro servicio y fuera del mismo, elegido por el residente, de un mes de duración.

Entrega de una monografía al final del año, cuyo contenido deberá estar relacionado con los objetivos planteados.

Desarrollo y puesta en práctica de un protocolo de investigación clínico, relacionado con la medicina ambulatoria.

Modalidad de implementación

Duración: Anual como única actividad.

Atención programada: 10 horas semanales.

Atención de demanda espontánea: 10 horas semanales.

Actividades docentes: 8 horas semanales.

Rotación por especialidades: Reumatología: 2 meses. Endocrinología: 2 meses. Infectología: 1 mes.

Rotación con elección libre: 1 mes.

#### **5- Actividades formativas no asistenciales.**

Se deben diferenciar dos tipos de actividades docentes:

Programada:

Las actividades están diferenciadas por año de residencia.

Cursos propios de la residencia: los residentes participan en el dictado de las clases o residentes de años anteriores, en conjuntos con distintos médicos del servicio e invitados. En los mismos se tocas de manera profunda los contenidos enumerados en las distintas rotaciones.

Cursos organizados por el servicio y la Sociedad Argentina de Medicina: se alienta a la participación en los distintos cursos en donde, además de tener la oportunidad de particularizar conocimiento en un área de interés, se establece contacto académico con médicos de otras instituciones y se evalúa la información médica incorporada en un ámbito externo a la residencia.

Ateneos: tres ateneos semanales: de internación, ambulatorio y el ateneo central del hospital.

Pases de guardia: de mañana y de tarde: coordinado por el jefe de residentes.

No programada: surge del contacto cotidiano, durante la actividad asistencial, entre los residentes y los médicos de planta del servicio, en su mayoría ex residentes comprometidos con la actividad académica del servicio.

#### **6- Esquema del desarrollo del programa**

PRIMER AÑO

8 meses Internación General

2 meses Terapia Intermedia

1 mes Oncología

SEGUNDO AÑO

2 meses Terapia Intermedia

2 meses Terapia Intensiva

2 meses Unidad Coronaria

1 mes Cardiología Ambulatoria

1 mes Oncología

2 meses Centro San Justo

1 mes Rotación libre

TERCER AÑO

11 meses Internación General

CUARTO MES

1 mes Reumatología

1 mes Dermatología

2 meses Sala

2 meses Rotación libre  
11 meses Demanda Espontánea  
11 meses Consultorio 10 hs. semanales.

#### Vacaciones

Los residentes contarán con 1 mes de vacaciones de acuerdo a disposiciones del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano.

### **7- Modalidad de Evaluación**

Al finalizar cada una de las rotaciones, el residente es evaluado por el médico a cargo de la rotación, a través de un instrumento de evaluación de desempeño.

Asimismo se evaluará el desempeño en actividades académicas, tales como la participación en ateneos, actividades de investigación y presentación de trabajos en congresos.

#### 7.1 Requisitos básicos a evaluar en Ateneos

Primer y segundo año

Asistencia y participación.

Resumen y lectura de los casos clínicos.

Tercer y cuarto año

Comentario de casos clínicos

El residente deberá presentar formulario con el título del caso presentado.

En el mismo constará la evaluación del médico coordinador de los ateneos, médico presentador, o miembro del servicio.

#### 7.2 Congresos

Primer año

Presentación de casos y serie de casos.

Segundo, tercer y cuarto año

Presentación de comunicaciones libres.

### **8- Anexo**

Instrumento de evaluación

Ficha de evaluación de rotaciones de la residencia de Clínica Médica

Fecha

Nombre y apellido del residente

Año de residencia

Área de rotación

Instructivo para evaluar

Calificación de los distintos aspectos:

Sobresaliente 10

Mejor que el promedio 8-9

Satisfactorio 6-7

Marginal 4-5

Insatisfactorio 0-3

No evaluable NE

Asistencia y puntualidad

Iniciativa y responsabilidad profesional (Cumplimiento de tareas, asignadas, incurre en errores y olvidos, toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad, consulta oportunamente).

Integración (Establece buena comunicación, intercambia ideas, acepta observaciones y/o críticas, reconoce sus propias limitaciones, tiene tendencia a aislarse).

Motivación para el aprendizaje (Interés por ampliar la información, solicita bibliografía, asiste y participa en pases, ateneos, etc.).

Recomendaciones para hacer al residente (Aspectos para destacar y mejorar).

## BIBLIOGRAFIA

- AQUINO, Claudio. "Médicos: trabajo subordinado o autónomo". La Ley T 2004-D. Buenos Aires. 2004.
- CANDAL, Pablo. "El concepto de dependencia y la protección del trabajo en la era posindustrial". Derecho Laboral en la Integración Regional. SADL. Ediciones Depalma. Buenos Aires. Año 2000.
- Código Civil.
- ETALA, Carlos Alberto. "Contrato de Trabajo". Editorial Astrea. Buenos Aires. 4° edición. Año 2002.
- FERNÁNDEZ MADRID, Juan Carlos. "Tratado Práctico de Derecho del Trabajo". Editorial La Ley. Buenos Aires. Año 1992.
- GARRIDO, Roque Fortunato – Zago, Jorge Alberto. "Contratos Civiles y Comerciales". Editorial Universidad. Buenos Aires. Reimpresión año 1995.
- GRISOLIA, Julio Armando. "Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social". Lexis Nexis. Buenos Aires. Año 2007.
- GRISOLIA, Julio Armando. "Hacia un sistema de relaciones laborales con inclusión social". Revista de Derecho Laboral y Seguridad Social. Lexis Nexis. Fascículo 3. Buenos Aires. Año 2007.
- KROTOSCHIN, Ernesto – Ratti, Jorge A. F. "Código del Trabajo Anotado". Ediciones Depalma. Buenos Aires. 7° edición año 1982, 1° reimpresión año 1983.
- LEMUS, Jorge Daniel – Aragüez y Oroz, Valentín y colaboradores. "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud". Corpus. Buenos Aires. Año 2007.
- Ley de Contrato de Trabajo.
- Ley de Establecimiento del Sistema Nacional de Residencias de la Salud.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Departamento Despacho, División Leyes, Decretos y Resoluciones, y Ex Dirección de Recursos Humanos, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Informe de fecha Junio 1993, PRONATASS –Componente Salud – Sobre Normas Legales Relacionadas con la Regulación y el Control del Ejercicio Profesional del Personal de Salud – Consultoras: Dras. Brissón – Morena, y la colaboración técnica de Organización Panamericana de la Salud (O.P.S./O.M.S) Lic. Rosa María Borrell.
- RODRÍGUEZ MANCINI, Jorge. "Curso de derecho del trabajo y de la seguridad social". Editorial Astrea. Buenos Aires. 2° edición actualizada. Año 1996.
- TOSELLI, Carlos Alberto. "La Relación de Dependencia". 1er. Congreso Latinoamericano de Derecho Laboral. SADL, Córdoba. Agosto 2003.
- VÁZQUEZ VIALARD, Antonio. "Tratado de Derecho del Trabajo". Editorial Astrea. Buenos Aires. 1° edición año 1982, 1° reimpresión año 1996.