

Análisis histórico legal de las residencias médicas y el residente

Historical and legal analysis of the medical residencies and resident

Roberto Glorio¹, Sergio Carbia²

Palabras clave:

residencias médicas, residente.

Keywords:

medical residencies, resident.

Cuestiones históricas de las residencias médicas

El origen de las residencias médicas en la Argentina se sitúa en el año 1944, a partir de la iniciativa del Profesor Dr. Tiburcio Padilla, Titular de la 2da Cátedra de Semiología del Hospital de Clínicas “José de San Martín” quien crea la primera residencia médica en el Instituto de Semiología, sede de la mencionada cátedra.

En el artículo 72 de la Resolución de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires que creó el sistema de residencias médicas decía: “Creáanse los cargos de médicos residentes mayor y menor del Instituto de Semiología Prof. G. Araoz Alfaro que se llenaran por concurso”. Dicho proyecto se materializó el 1ro de junio de 1944 al ser designado el Dr. Julio Berreta como residente menor y a partir de 1945 ya como como residente mayor, se designó al Dr. Gerónimo Alvarez como residente menor.¹

Las primeras residencias surgieron a partir de la misma convicción que dió origen a los practicantados: el aprendizaje de la medicina debía realizarse en medios hospitalarios en contacto directo con pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia.

Entonces, las residencias médicas generaron un sistema con un mayor grado de formalidad y estructuración en la formación, tal es así que las primeras residencias surgieron en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia y desde ellos se difundieron hacia el resto de las instituciones. Sin embargo, en aquel momento la realización de una residencia no era necesaria para obtener el certificado de especialista en el ámbito nacional dado que para ello, se requería acreditar cinco años de experiencia en la especialidad.²

(Dermatol. Argent., 2014, 20(1): 67-71).

Fecha de recepción: 18/02/2014 | **Fecha de aprobación:** 28/02/2014

¹ Dermatólogo y Médico Legista. Docente Autorizado U.B.A. Subdirector de la Carrera Especialista en la Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. (U.B.A.)

² Dermatólogo. Docente Adscripto U.B.A.

En las décadas de los años 60 y 70 se produjo una consolidación del sistema, siempre en el campo exclusivo de la medicina y por otra parte, se definieron marcos normativos que aumentaron los niveles de formalización vigentes.

En agosto del 1960, la Resolución 1778 de la Secretaría de Estado de Salud Pública, definió la residencia como “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”. En la misma norma se contemplaron algunos lineamientos tales como los objetivos de la residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación. Meses después de la mencionada resolución, el Ministerio estableció que para el ingreso a las residencias de subespecialidades se requería el cursado previo de una residencia básica.³

Posteriormente las Resoluciones del Ministerio de Salud (MS) 223 y 224 de enero de 1961 establecieron la distribución de vacantes por especialidad y determinaron los requisitos mínimos que debían cumplir los servicios para instalar una residencia.⁴⁻⁵

En el año 1967, las Resoluciones 622 y 683 (MS) crearon y reglamentaron el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME)⁶⁻⁷ y también en ese año se sancionó la Ley de Ejercicio de la Medicina 17.132, en la que el cumplimiento de la residencia médica no otorgaba el certificado de especialista.⁸ El CONAREME fue el primer intento del Ministerio de Salud de ordenar y planificar el crecimiento del sistema de Residencias médicas, sin embargo el mismo no tuvo el resultado esperado y fue disuelto en 1974.

En 1979 se sancionó la Ley 22.127 que determinó la creación del “Consejo Nacional de Residencias de la Salud” (CONARESA) y estableció a las residencias médicas como sistema de formación de posgrado.⁹⁻¹⁰

La década del 80’ se caracterizó por la diversificación de la oferta de formación de residencias en algunas jurisdicciones y la ampliación de especialidades.

En 1985, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires creó el “Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud” e incorporó residencias en otras profesiones tales como Bioquímica, Odontología, Psicología Clínica, etc.

La Resolución 174/88 (MS) creó el “Comité de Residencias de Salud” que incorporó a las Sociedades Científicas como evaluadores reconocidos para acreditar la calidad de las residencias¹¹ y la Resolución 389/ 89

(MS) estableció el primer Reglamento de Residencias.¹²

En 1990, la Ley 23.873 reconoció a la residencia médica completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista.¹³

A nivel genérico, la década del 90’ se destacó por un importante incremento no planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención Estatal, situación que se modificó años después cuando el Estado recuperó su función de rectoría dentro del sistema y como hecho relevante se puede destacar la Resolución 450/ 06 (MS) que creó el “Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud” debido a la necesidad de contar con un “Registro nacional único de residencias acreditadas” así como de “Entidades evaluadoras de residencias” que permitieran monitorear si las residencias ofrecían el ambiente propicio para adquirir las competencias que un profesional de la medicina requiere. En definitiva, a través de la acreditación, se pretendió asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la armonización de los criterios mínimos para la formación de cada especialidad.¹⁴⁻¹⁵

Otras resoluciones ministeriales destacadas han sido el “Listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación” que se actualiza de tanto en tanto, la reglamentación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, el nuevo reglamento Nacional de Residencias, etc.¹⁶⁻²⁰

En definitiva, se puede apreciar que el tiempo transcurrido ha permitido consolidar a la residencia médica como el principal sistema de formación profesional y de certificación de postgrado en nuestro país y en este sentido es importante tener en cuenta no sólo los aspectos académicos²¹ sino también las cuestiones legales.

Cuestiones legales vinculadas a los médicos residentes

Este es un aspecto importante a considerar dado que el profesional médico residente tiene deberes y derechos particulares, que en muchos casos, son desconocidos los que puede generar situaciones conflictivas. Por ello resulta clave su conocimiento y resultan de gran valor para el desarrollo de su actividad.

Lamentablemente muchos médicos recién graduados consideran las “cuestiones legales” como una pérdida de tiempo, por ende es de crucial importancia formar al joven profesional no solo en el aspecto estrictamente

médico sino también en el legal dado que esto representa el mejor enfoque preventivo para el acto médico.

En lo que respecta a la responsabilidad profesional, el médico residente por el hecho de poseer una matrícula emitida por la autoridad sanitaria nacional está habilitado para ejecutar el acto médico y por ello tiene la obligación de asumir los alcances del daño provocado como consecuencia de un accionar imprudente, imperito, negligente o inobservante de deberes y reglamentos a su cargo. Debe quedar claro que la manifestación “como soy residente no me va a pasar nada” no es aceptada en el ámbito jurídico de manera que si su actuar fue dañoso, deberá responder por ello.

Por otro lado, se plantea el otro extremo en el cual el médico residente adopta una conducta absolutamente pasiva por temor a la sanción que fijan las normas, dicho en palabras coloquiales: “por seguridad no hago nada”. Esta situación puede motivar que se configure la figura penal de “abandono de persona” u “omisión de auxilio”.²² De manera clara, lo deseable en el accionar del médico residente es la aplicación de “La teoría aristotélica de la virtud”, esto es la actuación de acuerdo con el “justo término medio” o conforme a la “virtud” que requiere de un cierto tipo de sabiduría práctica a la que Aristóteles llama “prudencia” (phrónesis), en definitiva, actuar con la diligencia del caso sin excederse ni omitir acciones aplicables.

Está claro que los residentes son médicos graduados y habilitados para ejercer el acto médico pero en formación, motivo por el cual, el control por parte de sus formadores (supervisores) es indelegable lo que puede determinar la responsabilidad de ellos por las consecuencias derivadas del eventual daño producido por el residente. Entonces, la responsabilidad del residente en el ámbito penal es para el residente, indelegable, individual, pero puede según el caso alcanzar a quienes deben formarlo.

Por otro lado, en el ámbito civil es importante tener en cuenta el artículo 512 del Código Civil que determina que “las obligaciones que surgen por un actuar dañoso deberán evaluarse en función de circunstancias de persona, tiempo y lugar”, es decir que en relación a la persona, debe responder “más” quien más experiencia y conocimiento posee, de manera tal que como el médico residente es un profesional en formación en principio la mensuración del eventual resarcimiento por el supuesto hecho dañoso será menor.

Además, se debe considerar el tiempo que existe entre la evaluación y el accionar del médico (la urgencia no per-

mite aplicar ciertos métodos o perder tiempo con la decisión terapéutica) y el lugar de la asistencia profesional (una institución que tenga mayor recurso técnico y profesional deberá resarcir por el daño en mayor proporción que un centro de salud con menores recursos).

Debe quedar claro que en el ámbito civil donde la sanción consiste en el resarcimiento económico del afectado, en el caso de un hecho dañoso, la responsabilidad no recae sobre el médico en formación (residente) sino en quien ha incumplido su deber supervisor, siempre y cuando el residente haya actuado dentro de la órbita de sus funciones (con falta de supervisión del responsable, instructor o jefe). Por otro lado, si el residente se extralimita en sus funciones por decisión propia, es responsable dado que el mismo se halla en formación y todavía no ha alcanzado la capacidad que le permita responder con idoneidad ante una situación concreta.²³

En relación al “secreto profesional”, debe quedar claro que según el Código Penal la “violación del secreto profesional”, no establece diferencias sobre las características personales de los infractores de manera que no importa si se trata de un residente, médico de planta o jefe de servicio, solamente se exige la divulgación de un hecho que pudiera generar un daño y en tal sentido el problema en el caso del residente surge por el hecho de tener contacto diario con el paciente y sus familiares, estos últimos pueden en ocasiones “presionar” al médico residente para obtener más información que la que el paciente ha autorizado a divulgar, de manera que el residente debe ser muy cauteloso al respecto, excepto que el paciente lo autorice o que exista un interés de orden público.²³

Otro aspecto de fundamental importancia es el vinculado con la “documental médica”, y en tal sentido la confección de la Historia Clínica (HC), de modo supervisado, pasa a ser uno de los elementos de mayor trascendencia por sus implicancias. Es crucial remarcar el hecho que la confección y evolución de la Historia Clínica, es un acto médico que además posee muchas consecuencias médicas, administrativas y legales, y en tal sentido el médico residente adquiere una gran importancia sobre todo en las etapas iniciales de su formación dado que en la práctica es el residente de 1er año “el encargado de escribir” la historia clínica y por ello siempre debe tener la adecuada supervisión de dicha práctica.

Se debe recordar que según la ley 26.529/09 que hace referencia a los “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, la HC es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al pacien-

te por profesionales y auxiliares de la salud (art. 12).

Según dicha normativa, forman parte de la historia clínica (art. 16), los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas y se debe acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.^{24,25}

En relación con los certificados, es importante recordar que los mismos deben ser correctamente confeccionados, es decir, deben cumplir las siguientes pautas:

- **Veraz:** Debe ser reflejo fiel e indudable de la comprobación efectuada por el profesional que lo expide.
- **Limitado:** Se debe aclarar taxativamente la actividad para la cual se considera apto al paciente, de esta manera se evita que el certificado sea utilizado con otros fines.
- **Descriptivo:** Debe constar el diagnóstico que motiva la certificación y si ello no es posible, se recomienda hacer una descripción sindrómica.
- **Coherente:** Sobre todo en aquellos certificados que son expedidos en forma secuencial, para evitar contradicciones.
- **Documentado en otro lado:** Por ejemplo la historia clínica o la ficha de consultorio.
- **Legible:** Debe estar escrito de puño y letra por el médico, con letra clara que permita ser interpretado en su totalidad y evitar abreviaturas, siglas y códigos.
- **Formal:** De acuerdo con las pautas que establece el art. 19 de ley 17.132, recordar que en el caso de ser institucional debe constar en el recetario los datos del Hospital o del Centro de Salud correspondiente; escrito de puño y letra del profesional; firmado y sellado; con los datos de identificación del paciente (nombre y apellido, DNI, etc); fecha y eventual hora del mismo.

En el caso de aquellos certificados que revisten carácter de “obligatorios” (llamados también oficiales) tales como el de nacimiento, de defunción, de invalidez, tal vez lo más adecuado es que dada la repercusión que estos tienen, sean completados por el médico de planta o el jefe para evitar conflictos.²⁶

Conclusiones

En la actualidad no hay dudas respecto de la importancia que tiene la residencia médica como modelo de formación de profesionales de la salud y justamente por ello es fundamental que el médico residente sea formado tanto

en el aspecto académico como en el legal. Está claro que el residente es un profesional de la medicina habilitado pero en formación, de manera que tiene una relación de dependencia académica y práctica con sus superiores es decir jefe de residentes, médicos de planta, jefe de servicio, de manera que tiene una subordinación técnica y administrativa que lo obliga a actuar sobre la base de lo indicado por sus superiores.

Esto debe ser tenido en cuenta por el residente dado que si realiza algún acto médico en forma personal sin comunicación de la situación a sus superiores esto lo expone a tener que asumir toda la responsabilidad por el supuesto daño ocasionado.

Por otra parte, resulta fundamental que el residente conozca si su residencia está acreditada dado que la acreditación de las residencias ante el Ministerio de Salud es voluntaria y ello resulta importante porque los egresados de residencias acreditadas pueden tramitar el certificado para presentarse como especialistas del Ministerio de Salud en forma directa.

En definitiva, la intención de este artículo es recordar algunos preceptos básicos que todo médico residente debe conocer con la motivación de evitar situaciones de conflicto los que en la actualidad son demasiado frecuentes en el ámbito de la medicina.

Bibliografía

1. La primera residencia médica del país (220-223). Disponible en línea:<http://www.fmvuba.org.ar/Portada/Historiadelclinicas/Capitulo%2010.pdf> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
2. Residencias del equipo de Salud. Documento Marco 2011. Disponible en línea:http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
3. Resolución 1778/60 (MS). Adopción en los establecimientos asistenciales del Sistema de Residencia Médica Hospitalaria. Su reglamentación. En Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
4. Resolución 223/61(MS). Residencias Básicas. En Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.

5. Resolución 224/61 (MS). Normas para el establecimiento de la Residencia Médica Hospitalaria. En *Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud*. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
6. Resolución 622/67 (MS). Creación del Consejo Nacional de Residencias Médicas. (CONAREME). En *Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud*. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
7. Resolución 683/67 (MS). Reglamento del Consejo Nacional de Residencias Médicas. En *Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud*. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
8. Ley 17.132/1967. Normas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración. En *Infoleg*. Disponible en línea: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=4DD1EEA1057B370C58A2B4A375A97FE7?id=19429> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
9. Borrell Bentz R. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. 1a edición Buenos Aires: OPS/OMS; 2005. Disponible en línea: http://books.google.com.ar/books?id=XWJYsR_V0sC&pg=PA330&dq=Borrell+Bentz+R.+La+educación+médica&hl=es&sa=X&ei=pSH2UsunHIGH1AHftYCwAw&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=Borrell%20Bentz%20R.%20La%20educación%20médica&f=false Acceso: 22 de diciembre de 2013.
10. Ley 22.127/79. Creación del "Consejo Nacional de Residencias de la Salud" (CONARESA). En *Infoleg*. Disponible en línea: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=A463FDBAF0AC9EE5C5EC9A4EFB4D1A06?id=115574> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
11. Resolución 174/ 88 (MS). Creación Comité de Evaluación de Residencias. En *Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud*. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
12. Resolución 389/ 89 (MS). Reglamento de Residencias. En *Digesto de recursos humanos en Salud. Leyes y Normativas Nacionales sobre especialidades, residencias y profesionales de la Salud*. Disponible en línea: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub52t2.pdf Acceso: 24 de diciembre de 2013.
13. Ley 23.873/90. Habilitación para la obtención del certificado de especialista con residencia completa. En *Infoleg*. Disponible en línea: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=E2A3E5D456AD2C5ACD34B59081231195?id=273> Acceso: 22 de diciembre.
14. Resolución 450/ 06 (MS). Creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en línea: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/resolucion-450.pdf> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
15. García GMG. Residencias del Equipo de Salud. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud Criterios básicos. Integrantes del sistema. Registros. MDSY Ambiente, ed. Buenos Aires: Dirección Nacional del Boletín Oficial; 2006. Disponible en línea: <http://www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0025-7680201000020000600006&pid=S0025-76802010000200006&lng=pt> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
16. Resolución 1923/06 (MS). Listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en línea: http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigo_noticia=10420 Acceso: 24 de diciembre de 2013.
17. Resolución 1342/07 (MS). Reglamentación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Disponible en línea: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/resolucion-1342.pdf> Acceso: 24 de diciembre de 2013.
18. Resolución 303/ 08 (MS). Reglamento Nacional de Residencias. Disponible en línea: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/resolucion-303.pdf> Acceso: 24 de diciembre de 2013.
19. Resolución 2273/10 (MS). Aprobación del nuevo listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en línea: <http://www.emergencias.org.ar/upload/Resolucion%20ministerial%20de%20la%20especialidad.pdf> Acceso: 24 de diciembre de 2013.
20. Resolución 908/12 (MS). Aprobación del nuevo listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en línea: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/resolucion-908.pdf> Acceso: 24 de diciembre de 2013.
21. Glorio R. Programación educativa de la residencia de dermatología. *Arch. Argent. Dermatol.* 1998; 48: 235-238.
21. Foyo R. Aspectos medicolegales en la formación médica: el residente y su etapa de aprendizaje vista desde el ejercicio legal. *Revista Sideme.* 2011;8: 1-12.
22. Barral C. Responsabilidad Profesional. Kvitko LA. *Medicina Legal y Deontología Médica de la 1ra Cátedra de Medicina Legal*, Facultad de Medicina, UBA. Ed. Dosityuna. 1ra edición. 2010. 41-57.
- 23- Basile A.: Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética. *Derechos de los Médicos: Secreto médico*. Ed. El Ateneo 3ra edición . 2001. 44-48.
24. Ley 26.529 de "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud". En *Infoleg*. Disponible en línea: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=EFAAD8420C0396E014DBA27E6E423101?id=160432> Acceso: 22 de diciembre de 2013.
25. Mobilio J. "Documentación médica: Historia Clínica". Kvitko LA. *Medicina Legal y Deontología Médica de la 1ra Cátedra de Medicina Legal*, Facultad de Medicina, UBA. Ed. Dos y una. 1ra edición. 2010. 33-39.
26. Nigro RO, Lossetti O, Ferraiolo CM. Certificados médicos. *Praxis médica.* 2000. 4; 80-83.