



DIRECCIÓN NACIONAL DE  
**CAPITAL HUMANO Y  
SALUD OCUPACIONAL**



**Ministerio de  
Salud**  
Presidencia de la Nación

## Residencias del Equipo de Salud

DOCUMENTO MARCO

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional  
Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos

AÑO 2011

## Tabla de contenido

---

1. Presentación. ....	3
2. Aproximación Histórica.....	5
3. La residencia como sistema de formación .....	9
3.1.Las diferentes alternativas de formación de especialistas .....	9
3.2. La residencia como un modelo particular de formación de posgrado .....	9
3.2.1. La experiencia de formación requiere ser planificada, organizada, ordenada. ....	10
a. El programa de formación .....	11
b. Los Marcos de Referencia de cada especialidad definen Perfiles formativos.....	11
c. El contenido de la formación .....	12
3.2.2. La Coordinación de las residencias y la función docente. ....	12
3.2.3. Las actividades y ámbitos de formación.....	13
3.2.4. El contrato de formación. ....	15
3.2.5. La evaluación en el sistema de residencias. ....	15
4. Glosario de Residencias del Equipo de Salud .....	17
5. Anexo Normativo.....	21
6. Bibliografía.....	23

## 1. Presentación.

---

En la Argentina egresan cada año alrededor de 5500 médicos de las universidades nacionales públicas y privadas. De estos, aproximadamente el 60% ingresan a posgrados con modalidad de residencias<sup>1</sup>. El sistema de residencias se desarrolla en las 24 jurisdicciones, con diferentes fuentes de financiamiento. Entre la Provincia de Buenos Aires y CABA sostienen la mitad de los cargos disponibles, el Ministerio de Salud de Nación contrata alrededor de un cuarto del número total de residentes en distintas provincias. El cuarto restante es financiado por los demás estados provinciales y, en un porcentaje menor, por instituciones privadas, universidades y FFAA.

A partir del año 2008 se resolvió orientar el financiamiento nacional a la formación de especialidades prioritarias, identificadas como aquellas especialidades pilares de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y las de áreas críticas, mientras que las restantes especialidades son ofertadas a través de residencias provinciales.

La expansión y crecimiento del sistema plantea distintas problemáticas que fueron abordadas en encuentros nacionales en los que participaron responsables de las áreas de formación y capacitación en recursos humanos de cada provincia.

Entre las problemáticas señaladas se observa la ausencia de un marco de referencia común, que defina con claridad las características y alcances del sistema de formación y contribuya a adoptar decisiones, intervenir en la resolución de problemas y definir orientaciones futuras.

El objetivo del este documento es la construcción de una perspectiva compartida que contribuya a un abordaje común de los problemas y desafíos que plantean las residencias como modalidad de formación de posgrado en el área de la salud.

El presente trabajo plantea un ordenamiento de antecedentes, marcos conceptuales y normas existentes sobre la formación en residencias del equipo de salud, con el propósito de contribuir a tal fin.

En el primer apartado, se aborda de manera sintética la evolución del sistema de residencias desde su surgimiento hasta la actualidad. Se analiza la persistencia de problemáticas que recibieron distintas resoluciones a lo largo de los años y se distinguen algunas continuidades y rupturas.

En el segundo apartado se caracteriza la residencia como sistema de formación en servicio, se identifican sus rasgos centrales y se definen aspectos claves de su modalidad de funcionamiento, sus propósitos, contenidos, responsables de la formación, actividades características, etc.

Por último, se incorpora un Glosario de Términos y un Anexo Normativo.

---

<sup>1</sup> Datos del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2008.

Este documento fue revisado en conjunto con los responsables de capacitación y recursos humanos de las diferentes provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a lo largo del año 2010 y el primer semestre del 2011.

## 2. Aproximación Histórica

---

El origen de las residencias en nuestro país se ubica en el año 1944, con la creación de la primera residencia por parte del Dr. Tiburcio Padilla. Distintos estudios retrospectivos señalan la existencia de grandes etapas en la evolución de la residencia como sistema de formación. Cada una de ellas se distingue por ciertas tendencias y rasgos comunes.

De manera esquemática, se identifica una primera etapa asociada a las denominadas “protoresidencias”, surgidas en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de los años 50’, el sistema adquiere sus rasgos definitorios. Es en este momento que la residencia se extiende y se instala como el “mejor sistema de formación de posgrado”, y como modelo para la formación de especialistas. En las décadas de los 60’ y 70’ se produce una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80’, la oferta de residencias se amplía: se incorporan grupos de profesionales hasta ese momento ajenos al mismo. En los años 90’ se observa un crecimiento poco racional del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado. En esta última década, el Estado recupera su función de rectoría y desde el Ministerio de Salud de la Nación se adhiere a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebrador de las políticas de salud y se entiende a la residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentarla.

Las primeras residencias surgen de la misma convicción que da origen a los practicantados, su antecedente inmediato: el aprendizaje de la clínica debía realizarse en medios hospitalarios en contacto directo con pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia. Hasta ese momento, la formación en una especialidad se realizaba asistiendo durante varios años a un servicio; se establecía un intercambio de trabajo no remunerado por capacitación. Predominaban mecanismos no formales de legitimación y reconocimiento dentro de un círculo restringido de profesionales. En este marco, el surgimiento de la residencia instala un sistema con un mayor grado de formalidad y estructuración en la formación, destinado a incorporar a la profesión y jerarquizar a este grupo reducido. Las primeras residencias surgieron asociadas a grupos y servicios de vanguardia en la profesión, con fuerte orientación en la investigación clínica, y desde ellos se difundieron hacia el resto de las instituciones.

Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 hs., la posibilidad de realizar un mayor seguimiento y control de tratamientos a cargo de profesionales capacitados y la contribución que realizan los residentes en el registro y documentación de distintos casos (Revista AMA, 1960). También se menciona que la inclusión de residentes en servicios y hospitales no siempre fue sencilla, generándose rivalidades y tensiones entre el cuerpo de residentes y los médicos de planta. (Davini et al, 2003).

En el año 1958 la Asociación Médica Argentina organiza Jornadas sobre residencias hospitalarias (Revista AMA, 1960) en las que participan destacados profesionales. El sistema

había crecido extendiéndose a múltiples servicios y centros, y se había complejizado e incorporado diversas especialidades. En ese entonces, el tema adquirió relevancia y se instaló como problemática. Es así que se propone la creación de una entidad que se ocupe de las residencias de forma permanente y surge la conformación del Subcomité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina.

La realización de una residencia no era necesaria para obtener el certificado de especialista en la órbita nacional. Para el acceso a esa certificación, de acuerdo con la Ley N° 12.912/44, se requería acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. La norma resultaba adecuada a la modalidad de organización de la profesión médica, en la que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas.

La década del 60' se caracteriza por una expansión progresiva de las residencias, siempre en el campo exclusivo de la medicina. El cambio de escala exigió el desarrollo de normativa y de instancias de regulación que ordenaran aspectos claves del sistema, tales como: las modalidades de contratación del residente, la definición de aspectos básicos de la formación, la distribución de vacantes y las condiciones mínimas que debían cumplir los servicios para abrir una residencia. En agosto del 1960 la Secretaria de Estado de Salud Pública, aprueba la Resolución 1778 que define 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 fueron contemplados los lineamientos que dan marco a las relaciones entre el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento de una residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación.

Meses después de la mencionada resolución, el Ministerio circunscribe la creación de residencias a las especialidades básicas y establece que para el ingreso a las residencias de subespecialidades se requiere el cursado previo de una residencia básica. Aquí comienzan a pensarse las residencias como un Sistema de Formación de Posgrado que puede admitir distintas articulaciones. A través de la Resoluciones Ministeriales N° 223 y 224 de 1961 el Ministerio interviene en la distribución de vacantes por especialidad y establece los requisitos mínimos que deben cumplir los servicios para instalar una residencia.

La tensión entre las dimensiones educativas y asistenciales de la formación resulta ya manifiesta en esta etapa de expansión y formalización del sistema y es una de las problemáticas que sigue teniendo vigencia e impacto hoy en la formación de los residentes. La articulación de aspectos asistenciales y docentes con propósitos de formación constituye el eje sobre el que se construye la oferta de formación en residencias.

Según señala Rosa María Borrell (2005), la tensión formación /asistencia no es sólo atribuible al carácter propio de la residencia, sino que obedece también al impacto de las residencias en las relaciones y la organización del trabajo de los hospitales. Los reglamentos de las residencias son muy claros en subrayar que el cargo de médico residente no equivale a un empleo, sino que constituye una oportunidad de formar parte de un curso de pos-graduados de carácter práctico. De todas formas, la presencia de los residentes durante todo el día en los

hospitales modificó el escenario de atención hospitalaria otorgándoles un lugar e importancia sin precedentes hasta el momento.

En el año 1967 por Resolución Secretarial N° 622/67 se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que es reconocido como el primer intento del Ministerio de Salud de la Nación de ordenar y planificar el crecimiento del sistema de residencias. Se le otorgan funciones de normatización, evaluación y certificación de las residencias. El CONAREME fue disuelto en 1974 y el sistema quedó sin una institución de referencia en lo relativo a la aprobación de programas de residencias, elaboración de exámenes y asignación de vacantes. El mismo año se sanciona la Ley 17.132 “Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración”, en la que la residencia no aparece como una de las vías de acceso al certificado de especialista.

Como culminación de este proceso de institucionalización, en 1979 se sanciona la Ley N° 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias de Salud como sistema de formación de posgrado. La Ley rige para todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la Autoridad Sanitaria Nacional y establece que 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 podrán incorporarse al sistema mediante convenios. La norma también contempla que el certificado de residencia, extendida por el Consejo Nacional de Residencias de Salud, será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sanitaria competente y los Colegios Profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de Residencias, tenían que inscribir dicha certificación en los respectivos registros.

La década del 80' se caracterizó por la diversificación de la oferta de formación de residencias en algunas jurisdicciones: el crecimiento del sistema incluyó distintas disciplinas y especialidades entre las que se distingue una primera línea de crecimiento entre las especialidades médicas y una segunda línea que comprendió a disciplinas conexas con fuerte inserción en los hospitales. En 1985 el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires crea el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorpora residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infante Juvenil y Servicio Social, etc. En esos años, la provincia de Buenos Aires crea el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, que propone otro modelo de formación para Medicina General, Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría y Enfermería.

También en esa década se registran varios intentos de instalar mecanismos para la evaluación, acreditación, coordinación y regulación del sistema de residencias: se aprueba un método de evaluación y control de sistema de residencias y de los residentes y se crean las residencias articuladas que dan lugar a una importante oferta de vacantes en especialidades clínicas y quirúrgicas. La creación del Comité de Residencias de Salud en el año 88' (Resolución Secretarial N° 174/88) incorpora a las Sociedades Científicas como evaluadores reconocidos para acreditar la calidad de las residencias.

La modificación de la legislación en los años 90' reconoce a la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista a través de la modificación de la “Ley Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración” mediante Ley 23.873(1990). Se registra un importante incremento no

planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociada a una lógica impuesta por el mercado, ligado al sector privado y a centros asistenciales de corta trayectoria. Las funciones de regulación y control se encontraban claramente debilitadas, prevaleciendo una lógica que privilegia la incorporación de jóvenes profesionales al ámbito asistencial sin preocuparse por garantizar las condiciones mínimas de formación.

Los años 2000 instalan una nueva configuración en la que el Estado recupera su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsa la estrategia de APS como estrategia privilegiada de acción en salud y decide redireccionar los cupos de residencias Nacionales considerando especialidades prioritarias a las que sustentan la estrategia de APS en el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología), a las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología, Neonatología), y a las interdisciplinarias de Salud Mental. El énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud ya se expresa en la Resolución N° 558/00, en la que se establece que las residencias médicas de varias especialidades financiadas por el Ministerio de Salud deberán dar una mayor formación en centros del primer nivel de atención, (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a la cual se debería dedicar no menos del 30% de la actividad.

En el año 2006 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución Ministerial N° 450/06). Al momento de su presentación en el Consejo Federal de Salud (COFESA), que nuclea a los ministros de salud de todas las jurisdicciones, las autoridades provinciales reclaman una mayor participación en el diseño y gestión del sistema, lo que deriva en la constitución de un foro técnico de referentes provinciales de recursos humanos que elabora una nueva propuesta que amplía la anterior (Resolución Ministerial N° 1342/07). A través de la acreditación, este sistema busca asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la armonización de los criterios mínimos para la formación de cada especialidad.

Un breve recorrido por la historia de las residencias en el país permite identificar ciertas problemáticas recurrentes:

- ❖ La articulación de los aspectos asistenciales y docentes en el programa de formación.
- ❖ El fortalecimiento de las funciones docentes de programación, seguimiento, supervisión y evaluación.
- ❖ La acreditación de residencias.
- ❖ La definición de perfiles de formación por especialidad.
- ❖ Las modalidades de articulación entre servicios y sedes en torno a Programas de Formación.



### **3. La residencia como sistema de formación**

---

En el presente capítulo se abordan las particularidades que configuran el modelo de formación de posgrado de la residencia

#### **3.1 Las diferentes alternativas de formación de especialistas**

---

La idea de que “la residencia es el mejor sistema de formación de posgrado” persiste en muchos de los involucrados en la formación de posgrado en salud. Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de formación que el sistema ofrece en comparación a otras alternativas.

Las otras ofertas de formación de posgrado incluyen las *Carreras de Especialización y las concurrencias*. Las primeras tradicionalmente fueron dictadas por las Universidades o por Entidades Científico Profesionales, centrándose en los aspectos teóricos de la formación y asumiendo que la práctica estaba cubierta en otros ámbitos del campo de los servicios, aún cuando no existiera una supervisión sistematizada. Se trata en ambos casos de propuestas de formación que habitualmente son financiadas por los interesados. En los últimos años se ha producido un acercamiento entre estas ofertas y las residencias en vistas de que la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo de acreditación universitaria, considera la articulación de los posgrados con residencias establecidas.

Las concurrencias, por otra parte, si bien ofrecen una formación en servicio, demandan una dedicación parcial a título honorario, lo que restringe sus posibilidades de organización y sistematicidad y la prolonga en el tiempo, ya que se extiende por un lapso de cinco años.

#### **3.2. La residencia como un modelo particular de formación de posgrado**

---

La Resolución del Ministerio de Salud N° 303/2008 establece en su artículo 1° que “ *La Residencia de Salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación en forma exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo*”. En los artículos 2° y 3° establece la remuneración a través de una beca de cumplimiento anual y define las características del “*régimen de actividad a tiempo completo, el que no podrá ser inferior a CUARENTA Y OCHO (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes.*”

La residencia configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El

residente tienen una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real.

***La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud.***

En nuestro país, el título de grado académico de médico habilita para la obtención de una matrícula que autoriza el ejercicio profesional en las distintas jurisdicciones. No obstante, es en la residencia en donde se adquiere gradualmente la capacidad para asumir de manera autónoma la responsabilidad asistencial.

Resultan insuperables las condiciones de aprendizaje que ofrece el contacto cotidiano directo con colegas, pacientes, otros profesionales del equipo de salud en un ámbito de trabajo real. Sin embargo su mayor ventaja constituye también su principal riesgo: si no se define con claridad un Programa de Formación que establezca cuáles son las actividades en las que el residente tiene que participar, su ordenamiento y condiciones generales para su desarrollo, el aprendizaje sistemático puede diluirse detrás de la intensidad del trabajo cotidiano. El modelo de prácticas de la institución sede debe ser revisado y actualizado para adecuarse a los avances del conocimiento y a las políticas sanitarias.

El mantenimiento de las características del modelo de residencias es posible gracias a las condiciones particulares de contratación: el otorgamiento de una beca y la dedicación a tiempo completo. Ambas son inherentes al sistema de formación, en la medida que condicionan el tipo y posibilidades de aprendizaje de los residentes, permitiendo sostener una dedicación intensiva durante un período prolongado. De la misma manera, es inherente al modelo el acceso a través de un proceso de selección o concurso abierto, mediante la realización de un examen escrito, que puede complementarse con entrevistas, pruebas de idioma, antecedentes académicos, etc.

### **3.2.1. La experiencia de formación requiere ser planificada, organizada, ordenada.**

Las residencias comparten los siguientes propósitos formativos:

- ❖ Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajo.
- ❖ Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través de desarrollo de marcos interpretativos y éticos.
- ❖ Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.
- ❖ Generar espacios para la Investigación como práctica necesaria para la formación.

Para que estos propósitos puedan cumplirse es necesario contar con un programa de formación que ordene el proceso

## **a. El programa de formación**

---

El residente está encuadrado en un programa de formación que pauta sus niveles de participación y responsabilidad académica y asistencial de acuerdo a principios de aprendizaje.

El programa es el diseño de las actividades que permiten organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos. En él se deberán incluir Perfil de Egresado, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, sistema de evaluación.

Tiene como función principal la de hacer más previsibles y visibles las acciones que se van a llevar adelante a lo largo del proceso formativo. La previsibilidad confiere la posibilidad de decidir y regular las estrategias a desarrollar y reducir la incertidumbre inherente a la gestión de cualquier programa. Por otra parte, la visibilidad de las acciones proporciona una oportunidad para discutir las con colegas y constituye un medio para que adquieran mayor nitidez. La programación contribuye a explicitar las decisiones que se adoptan.

## **b. Los Marcos de Referencia de cada especialidad definen Perfiles formativos**

---

Existe para cada especialidad un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos sobre el perfil profesional y la trayectoria formativa de cada especialidad que se refleja en los denominados Marcos de Referencia, que orientan el diseño de programas formativos y permiten establecer una formación equivalente en todo el país.

Los Marcos de Referencia son documentos que definen un perfil de especialidad amplio para el desempeño profesional en diferentes contextos asistenciales y profesionales. Incluyen el perfil profesional propiamente dicho, las bases curriculares, los requisitos institucionales para el funcionamiento de una residencia y las capacidades del egresado de la residencia. Son desarrollados a través de procesos de elaboración conjunta en los que participan representantes de universidades, de asociaciones profesionales, de sociedades académicas y científicas, y de programas nacionales y/o jurisdiccionales vinculados con la especialidad.

Estos documentos constituyen una herramienta central para la armonización y mejora del sistema de residencias médicas en tanto definen criterios comunes para:

- ❖ El diseño de Programas de Formación de Residencias.
- ❖ Compatibilizar, transparentar y hacer comparables los procesos de formación y las capacidades de los egresados.
- ❖ Desarrollar procesos de evaluación, acreditación y mejora continua.
- ❖ Instalar procesos de colaboración e intercambio entre sedes y/o especialidades

### **c. El contenido de la formación**

---

El ejercicio de una especialidad se caracteriza por el desempeño de competencias profesionales complejas que articulan distintos tipos de conocimientos (teorías, procedimientos, formas de razonamiento, prácticas, rutinas, casos). La formación tiene que ofrecer oportunidades para el aprendizaje de todos estos contenidos y para su integración.

Los Marcos de Referencia incluyen la definición de Bases Curriculares en los que se definen los contenidos necesarios para la formación de cada especialidad. Se definen bloques de contenidos de distinto tipo:

❖ Bloques propios de cada especialidad

Incluye los conocimientos propios de la especialidad, teorías, principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas específicos del área de especialización.

❖ Bloques transversales

Plantean el abordaje de problemas centrales del campo de la salud, como la relación con el paciente, el manejo, análisis e interpretación de aspectos epidemiológicos, la organización del sistema de salud, los alcances y límites de la propia especialidad y su relación con otras vecinas, aspectos legales del desempeño del rol, consideraciones éticas, abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la especialidad.

### **3.2.2. La Coordinación de las residencias y la función docente.**

---

El sistema de residencias incorpora distintas figuras docentes que se distinguen por las funciones que asumen y la permanencia en el cargo. El Equipo Docente está conformado por el Coordinador de Programa, el Jefe de Residentes y/o el Instructor y. Estas figuras tienen un rol protagónico en el diseño, implementación, sostén y seguimiento del programa de formación. También se incorporan docentes que pueden ser médicos del servicio o invitados, que asumen funciones de supervisión, tutoría, acompañamiento, dictado de clases, pero con una participación más acotada en el seguimiento del programa de formación en su conjunto.

Son funciones centrales del Equipo Docente:

- ❖ Organizar y orientar la actividad asistencial y académica de los residentes en los distintos ámbitos de formación.
- ❖ Ofrecer a los residentes en forma continua los apoyos necesarios para la adquisición gradual de competencias profesionales complejas: ofrecer modelos, sugerir material bibliográfico, ordenar la participación según orden de dificultad creciente.
- ❖ Supervisar/ Monitorear/ Evaluar: brindar información permanente sobre el propio desempeño señalando logros, obstáculos y desafíos que orienten el aprendizaje.

- ❖ Instalar un clima de trabajo cooperativo y de aprendizaje.

El **responsable del programa** es el Jefe de Servicio y/o Coordinador Docente de la sede. Su función central es definir el Programa de Formación, realizar su seguimiento y evaluación y participar de la evaluación de los residentes.

El Coordinador Docente de la residencia asume la responsabilidad por el cumplimiento de las condiciones y características de la formación. Entre sus funciones se encuentran la de articular las actividades asistenciales y académicas para aumentar las posibilidades de aprendizaje así como gestionar los convenios para las rotaciones en los casos en que sea necesario. Debe asegurar la supervisión directa de la tarea del residente, garantizar que las exigencias asistenciales respondan en primer término a propósitos educativos y que las prácticas que realizan no excedan la capacidad real y autónoma para cada nivel de formación.

El **Jefe de residentes** es un profesional que habitualmente es elegido por sus pares entre los que han culminado en forma reciente el mismo programa de la residencia. Se desempeña en sus funciones durante un año, bajo el mismo sistema de dedicación que los residentes. Es quien organiza y coordina las tareas de los residentes y ejerce funciones de acompañamiento y tutoría. Se reúne por lo menos una vez al día con los residentes y periódicamente con el Jefe de Servicio o Unidad para coordinar las tareas de los mismos. Le compete coordinar tareas con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios; promover el trabajo interdisciplinario durante la residencia; participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético y asegurar la concurrencia de los residentes a las actividades docentes del programa.

El **Instructor de residentes** es una figura importante, que se suma al equipo docente cuando la cantidad de residentes de una sede es numerosa. Es el encargado de asistir al Coordinador Docente en la articulación de toda la actividad académica de la residencia (sistemáticas, clases, ateneos, trabajos para presentar, asistencia a congresos, etc.). También cubre el rol del jefe de residentes en los casos en que no haya esta figura. Puede ser un profesional del servicio sede que asume funciones específicas de formación.

Tanto el Coordinador como el Instructor deben poseer formación docente.

### **3.2.3. Las actividades y ámbitos de formación**

---

El residente participa de todas las actividades habituales del servicio o efector tanto asistenciales, como de intercambio o formación teórica tales como Actividades Comunitarias, Atención en Centro de Salud, Consultorios Externos, Salas de internación, Guardia, Interconsultas, Pases de Sala, Pases de Guardia, Reuniones de equipo, Ateneos, Clases programadas, etc.

La participación del residente en los sectores de Guardia merece una consideración especial: la Guardia es sin duda el ámbito más pertinente para el aprendizaje del manejo de la urgencia, no obstante la participación del residente en dicho ámbito debe responder a

principios de formación. Esto significa que es necesario proveer supervisión permanente durante la guardia, garantizar que los tiempos destinados a esta actividad no excedan en ningún caso más de dos guardias semanales, y que se respete un tiempo no menor a 6 hs de recuperación o descanso post-guardia.

Se promueve además una distribución uniforme de las guardias a lo largo de todos los años de residencia, porque no parece haber razones pedagógicas para sostener la distribución “tradicional” según la cual los residentes de primer año son los que más guardias cumplen disminuyendo éstas en la medida que avanzan en su formación.

La limitación en el número de guardias y la inclusión de descanso post-guardia responde tanto a motivos de orden pedagógico como asistenciales: por una parte la sobrecarga asistencial excesiva limita las posibilidades de aprendizaje; por otra parte en los últimos años se ha acumulado evidencia sobre la cantidad de errores asistenciales atribuibles al cansancio.

En el programa se contemplan momentos de intercambio y trabajo conjunto con profesionales del propio servicio, como de otras áreas o especialidades. El trabajo interdisciplinario y en equipo es parte de la formación del residente y debe tener un espacio en el transcurso de la formación a través de la realización de ateneos, interconsultas, clases conjuntas, actividades comunitarias, proyectos especiales u otras estrategias. El abordaje de los denominados Bloques de Contenidos Transversales puede constituirse es un espacio privilegiado para el desarrollo de actividades Inter-residencias.

La formación de los residentes debe prever y sostener el desarrollo de espacios de formación teórica y teórico práctica. Estos espacios de formación pueden desarrollarse según distintos formatos: clases, cursos, ateneos, discusión o resolución de casos, búsquedas bibliográficas, redacción de informes, preparación de clases, etc. Se distinguen de las actividades asistenciales porque se orientan hacia la organización, sistematización o transmisión de conocimientos y saberes. Debe garantizarse una frecuencia mínima de dos veces por semana para este tipo de actividades y también el acceso a bases de datos bibliográficas y publicaciones.

### ***La estructura de las residencias en red aumenta y diversifica la oferta formativa.***

La formación en cada especialidad se desarrolla en diferentes ámbitos asistenciales de la red de servicios, de manera que el trayecto de formación de los residentes tiene que ser pensado incorporando esta diversidad. La circulación por diferentes espacios permite ampliar y complementar la formación con conocimientos y prácticas no siempre accesibles en el servicio sede y contribuye además al conocimiento de diferentes modos de organización y gestión institucional, estilos y modalidades de comunicación y modelos de desempeño profesional y reconocimiento de otros referentes.

Los ámbitos de rotación deben ser anticipados en el Programa de Formación teniendo en cuenta las oportunidades de aprendizaje que ofrece cada sede y consolidados por medio de convenios en los que se definan las condiciones básicas de la rotación: tiempos, horarios, programa, responsables a cargo.

### **3.2.4. El contrato de formación.**

---

La relación entre el residente y la institución que se va a responsabilizar de su formación debe formalizarse a través de un contrato, en el que se hagan explícitas las obligaciones de ambas partes. Al tratarse de un modelo de características particulares, en el cual las mayores tensiones derivan del hecho de que en él confluyen modalidades formativas y de trabajo, el contrato ayuda a resolver estas tensiones.

Se trata de un contrato de formación en tanto la continuidad del mismo está dada por el cumplimiento de los requisitos académicos: la evaluación favorable que se funda en el cumplimiento de los requisitos de asistencia (no menos del 75%) y en el logro de los aprendizajes definidos en el programa, es necesaria para que el contrato continúe vigente. Se trata también de un contrato que involucra prestación profesional en servicio, ya que para que el postulante pueda acceder al mismo debe contar con la habilitación pertinente. Pero, a su vez, la complejidad de la prestación estará en relación con el programa de formación, no debiendo soslayarse la responsabilidad de la supervisión docente de la práctica.

El sistema de residencias establece que el residente debe recibir una remuneración adecuada, implementada en forma de beca anual. La beca fue concebida como un estímulo a la formación y una forma de compensar la dedicación a tiempo completo que el sistema requiere. Así se establece en la Ley N° 22.127 de organización del sistema de residencias del año 1979. Si bien en ese momento no se hace mención alguna a obligaciones respecto de las cargas sociales y protección sobre riesgos de trabajo, en el contexto actual de la legislación laboral en nuestro país, es de esperar que las contrataciones contemplen beneficios sociales, licencias y seguro de riesgos de trabajo, como de hecho muchas ya lo hacen.

### **3.2.5. La evaluación en el sistema de residencias.**

---

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación, que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. Esto supone:

- ❖ Asumir de manera sistemática la función orientadora y reguladora de la evaluación. Ello requiere definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, tomar decisiones y dar orientaciones claras sobre avances, dificultades e instancias remediales.
- ❖ Entender que, aunque la observación cotidiana y continua de la actividad tiene un inestimable valor pedagógico, debe ser acompañada con evaluaciones sistemáticas.
- ❖ Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su confiabilidad y disminuir los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.
- ❖ Prever instancias de evaluación en el transcurso de la residencia, al finalizar diferentes etapas (por ej. años o rotaciones) y al finalizar el proceso de formación, en forma previa al egreso.

- ❖ Promover el registro sistemático de procedimientos claves de la especialidad que cada residente tiene oportunidad de realizar.
- ❖ Centrar la evaluación preferentemente en el desarrollo de competencias que integren diferentes tipos de conocimientos y saberes (teóricos, prácticos, generales, específicos, deductivos, inductivos, etc.).

Se considera necesaria la inclusión de, por lo menos, las siguientes instancias de evaluación en el transcurso de la residencia:

- ❖ Evaluación anual integradora de carácter teórico práctico.
- ❖ Evaluación post-rotación de carácter teórico práctico.
- ❖ Evaluación final de la Residencia de carácter teórico práctico



## 4. Glosario de Residencias del Equipo de Salud

---

**ACREDITACION DE RESIDENCIAS:** La acreditación de residencias es un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación, que establece una base común buscando asegurar una formación de calidad en todo el territorio nacional, generando lineamientos curriculares comunes. El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, está regulado por las Resoluciones Ministeriales 450/06 y 1342/07. Este sistema cuenta con la adhesión de todas las jurisdicciones, a través de su aprobación por el Consejo Federal de Salud (COFESA), lo que le da carácter Federal al mismo.

**ACTIVIDAD ACADÉMICA:** Actividad de producción y trasmisión de conocimiento que puede realizarse de acuerdo a diferentes estrategias o modalidades: clases, talleres, seminarios.

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL:** Se define como actividad asistencial al proceso de atención generado entre los trabajadores de la salud y la comunidad a la que se dirigen. Puede desarrollarse en distintos ámbitos como hospitales, centros de atención, o en escuelas y espacios comunitarios. Debiera contener una visión integradora del proceso salud – enfermedad- atención y llevarse adelante dentro de sistemas y servicios de atención de la salud con características adecuadas a sus fines.

**ATENEO:** Es una actividad en la cual interactúan profesionales/técnicos de todas las áreas para generar una *definición* lo más precisa posible alrededor de un problema de la práctica asistencial. Son análisis de casos particulares estudiados por un equipo de especialistas y consultantes logrando, gracias a este enfoque multidisciplinario, respuestas más rápidas, completas y seguras.

**COMPETENCIA:** es un conjunto ordenado de capacidades (actividades) que se ejercen sobre los contenidos de aprendizaje, y cuya integración permite resolver los problemas que se plantean dentro de una categoría de situaciones. Se trata pues de ejecutar una tarea compleja, o un conjunto de tareas más o menos del mismo tipo, dentro de una familia de situaciones.

**EGRESADO:** Persona que sale de un programa de formación después de haber terminado sus estudios.

**EQUIPO DE SALUD:** Es la unidad de salud básica conformada por trabajadores de salud de distintas disciplinas, responsable por la atención integral (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) de las personas y su grupo familiar y por la continuidad de su seguimiento.

**ESPECIALIDAD:** Tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

**ESTRATEGIA DE APS:** Es una política sanitaria que fue acordada por los representantes de los estados en Alma Ata – 1978, como la estrategia que brinda “... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...”.

Esta definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que deben realizarse independientemente del grado de complejidad de los efectores en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

Es así como la Atención Primaria en Salud (APS) concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad tanto del individuo como del conjunto social, implicando una organización que sostiene la integración de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención, y la rehabilitación.

La APS tiende a lograr un cambio en la orientación del sistema de salud, desde la tradicional atención de la enfermedad hacia la búsqueda de mejores niveles de calidad de vida, favoreciendo la coordinación entre el sector salud y todos aquellos que intervienen en el proceso de construcción de una calidad de vida adecuada.

**PERFIL PROFESIONAL:** El perfil profesional define las competencias que un profesional puede desarrollar en situaciones de trabajo propias de su área ocupacional, siendo una referencia fundamental para el diseño del proceso formativo. Refiere a la expresión ordenada y sistemática de un conjunto de funciones, actividades y habilidades que un profesional está capacitado para desplegar en el mundo del trabajo.

**PROGRAMA DE FORMACION:** Es el diseño de las actividades que permite organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos: propósitos, objetivos, contenidos, actividades, etc. Otorga previsibilidad a la tarea y le confiere mayores posibilidades de logro. Establece cómo se desarrollará la formación en consonancia con los Marcos de Referencia de cada especialidad y de acuerdo a las características y condiciones locales de cada sede.

En el Programa de Formación se deben definir y articular los siguientes aspectos:

- ❖ ¿Cuáles son los propósitos del Programa de la Formación?
- ❖ ¿Cuál es el perfil de especialista que se desea formar? ¿Cuáles son las competencias que lo integran?

- ❖ ¿Qué aprendizajes se espera que realicen los residentes durante la residencia? ¿Cuáles son los conocimientos, saberes, capacidades, competencias centrales para el ejercicio de la especialidad que deberán adquirir?
- ❖ ¿Cómo se ordenan y secuencian dichos aprendizajes a través de los distintos años de formación?
- ❖ ¿Qué actividades se prevé que desarrollen los residentes? ¿Cuáles son las más adecuadas para la adquisición de los conocimientos, saberes, capacidades identificadas como centrales para la especialidad?
- ❖ ¿En qué espacios se desarrollan? ¿cuál es el nivel de autonomía y responsabilidad previsto en cada nivel de residencia? ¿De qué manera se monitorea, supervisa, dosifica la actividad? ¿Qué tiempo o cuántas veces se requerirá practicar cada procedimiento para adquirir un manejo fluido del mismo?
- ❖ ¿De qué manera se espera evaluar el desempeño del residente, en qué momento y qué se evaluará? ¿Qué aspectos se tendrán en cuenta, por qué, quiénes serán responsables del desarrollo de la evaluación, qué implicancias o usos tendrán los resultados de la evaluación?

**PROMOCIÓN:** Es el acto mediante el cual se toman decisiones vinculadas con el pasaje de un tramo a otro de la formación, a partir de criterios definidos.

**RESIDENCIAS BASICAS:** Se denomina residencias básicas a aquellas que ofrecen formación en el servicio sede de la especialidad elegida durante todo el trayecto de formación. En tanto básicas, no requieren formación previa en otra especialidad. Tienen una duración de tres o cuatro años. Son ejemplos de esta modalidad las tradicionales residencias de Pediatría, Tocoginecología, Medicina General y/o Familiar, Clínica Médica y Cirugía General.

**RESIDENCIAS POSBÁSICAS:** Se denomina residencia posbásica a la modalidad de formación que profundiza el conocimiento en un área específica de una especialidad básica (subespecialidad). Es requisito para acceder a estas residencias haber aprobado dos o tres años de una residencia básica. Tienen una duración de dos años. Se encuentran dentro de esta categoría las subespecialidades pediátricas, como Cardiología Infantil, Nefrología Infantil, Hematología Infantil, etc.

**RESIDENCIA ARTICULADA O CON ORIENTACIÓN:** La residencia articulada o con orientación es la modalidad que combina formación en una especialidad básica durante el primero y/o segundo año, con dos o tres años posteriores de formación en la especialidad. La especialidad de articulación se elige al momento de la inscripción al sistema, pero se comienza la formación con la rotación en la sede de la especialidad básica. Se ingresa con el Título de grado. Tienen una duración total de tres o cuatro años.

ROTACIONES: La rotación caracteriza un ámbito de desempeño diferente al servicio que es sede del programa de residencia y en el cual el residente adquiere conocimientos, saberes y destrezas vinculados a la especialidad cuyo aprendizaje no es posible en la sede. Dichos saberes completan y/o complementan su formación como especialista. La rotación puede ser *interna*, esto es, dentro del ámbito institucional al que pertenece la residencia, o *externa* por fuera de éste. El tiempo y tipo de rotaciones se encuentra definido en el programa de formación. El desarrollo de rotaciones externas requiere del establecimiento de convenios que definan quiénes se hacen cargo de coordinar y supervisar las actividades de los residentes durante la rotación. La actividad del residente durante la rotación debe ser supervisada y evaluada de acuerdo a los parámetros establecidos en el programa de formación.

ROTACIONES OPTATIVAS: Son rotaciones de elección libre para cada residente, pero las mismas deben encontrarse dentro de un marco preestablecido y aportan a completar la formación en la especialidad que está realizando. Se deben cubrir los requisitos de coordinación/supervisión y evaluación como en cualquier otra rotación.

SISTEMA DE RESIDENCIA: Es un sistema remunerado de formación integral de posgrado para profesionales de reciente graduación, que complementa la formación profesional a través del ejercicio de prácticas formativas de complejidad creciente. Se caracteriza por la formación intensiva, en servicio, a tiempo completo y dedicación exclusiva. Se accede a ella a través de un proceso de selección de convocatoria abierta.

## 5. Anexo Normativo

---

- Ley 17.132/ Enero 1967. Normas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración.
- Ley 22.127/79. Crea el Sistema Nacional de Residencias de Salud
- Ley 23.873/90. Modifica art. 21 y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional. Habilita la obtención del certificado de especialista con residencia completa.
- Ley 24.195/93. Ley Federal de Educación
- Ley 24.521/95. Ley de Educación Superior.
- Ley 26.206/06. Ley de Educación Nacional.
- Decreto 10/2003. Reglamenta la Ley 23.873.
- Resol.1778/60 R.M Adóptase en los establecimientos asistenciales el Sistema de Residencia Médica Hospitalaria. Su reglamentación.
- Resol. N° 223. Enero 1961. Residencias Básicas.
- Resol. N° 224. Enero 1961. Normas para el establecimiento de la Residencia Médica Hospitalaria.
- Resol. N° 622/67. Creación del Consejo Nacional de Residencias Médicas. (CONAREME).
- Resol. 683/67. Consejo Nacional de Residencias Médicas. Reglamento.
- Resol. 476/86. Duración de Residencias Básicas y Post-Básicas.
- Resol. 479/87. Articulación de Residencias Médicas.
- Resol. 516/87. Nuevas Residencias Articuladas.
- Resol. 454/88. Articulación de Residencias.
- Resol. 174/88. Creación Comité de Evaluación de Residencias.
- Resol. 389/89. Reglamento de Residencias.
- Resol. 596/91. Modifica Resol N° 174/88.
- Resol. 1.168/97 Establece estándares y criterios de la CONEAU
- Resol. 450/06 Crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
- Resol. 1.923/2006 Listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.
- Resol. 1.342/07 Reglamenta el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

Resol. 303/08. Reglamento Nacional de Residencias.

Resol. 2273/10 Apruébase el listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación

## 6. Bibliografía

---

- ABRAMZÓN M. (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud- OPS.
- ABRAMZÓN M, AIROLDI S, CADILE MC, FERRERO L (2002) *Argentina: recursos humanos en salud en 2001*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud- OPS
- ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA (1960) Jornadas sobre residencias hospitalarias, Buenos Aires 18 de Noviembre de 1959. Rev. Asociación Médica Argentina. 74 (3).
- AAVV (2008) La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de Castilla-La Mancha. *Rev Clín Med Fam* 2 (4): 156-161
- ACOSTA, C, BOLONESE, M. E., ESTEVE, K, RODRÍGUEZ, P., YULITTA, H( 2008) *Guía para la elaboración de programas docentes de las residencias*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- ALBEROLA, J. B. (2003) El tribunal de Luxemburgo y el asunto SIMAP. *El observador de la actualidad médica*, n° 70, marzo
- BORRELL, BENTZ, ROSA MARÍA (2005) *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud OPS.
- DAVINI, C. et al. (2003) *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*, Buenos Aires, OPS, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud, UBA. Instituto Gino Germani.
- CATSICARIS C, EYMANN A, CACCHIARELLI N Y USANDIVARA, I (2007) La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch. Argentinos de Pediatría* 105(3):236-240
- GALLI, A. Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educ. méd.* [online]. 2009, vol.12, n.1 [citado 2011-04-10], pp. 3-5 . Disponible en: [http://www.archivosdemedicina.com](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-GARNÉS ROS, A.F. (2001) Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. <i>Centro de Salud</i> 9:99, 568-572</a></p><p>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. (2003) <i>Las residencias del Equipo de Salud</i>. En: <i>Las residencias del Equipo de Salud: desafíos en el contexto actual</i>. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Gráfica Laf S.R.L.</p><p>INVERNIZZI C, LÓPEZ VAL L (2001) <i>Digesto de recursos humanos en salud. Leyes y normativas nacionales</i>, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud/ OMS.</p><p>MALAMUD ISABEL (2008) <i>Notas para la evaluación del sistema de residencias Médicas</i>. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires 28( 2) 71-74</p><p>MENÉNDEZ GONZÁLEZ M.; RYAN MURÚA P., GARCÍA SALAVERRI B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes en España, en <i>Archivos de medicina</i>, URL: <a href=)

ROA, RUBÉN (1997) *Medicina Familiar* Tomo I. Buenos Aires Akadia Editorial.

VIDAL H, SILBERMAN F, AGUILAR GIRALDES D, MANRIQUE J, PRADIER R (2010): Las residencias médicas. Su papel en la educación de postgrado en la República Argentina. Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado (ACAP). Buenos Aires Mimeo.



MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CATAMARCA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CATAMARCA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CHACO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CHACO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CHUBUT

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CHUBUT

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CORRIENTES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CORRIENTES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CÒRDOBA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE CÒRDOBA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE ENTRE RÌOS

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE FORMOSA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE FORMOSA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE JUJUY

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE JUJUY

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE LA PAMPA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE LA PAMPA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE LA RIOJA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE LA RIOJA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE MENDOZA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE MENDOZA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE MISIONES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE MISIONES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE NEUQUEN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE NEUQUEN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE RIO NEGRO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE RIO NEGRO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SALTA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SALTA

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SAN JUAN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SAN JUAN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SAN LUIS

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SAN LUIS

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTA FÉ

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTA FÉ

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTIAGO DEL  
ESTERO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE SANTIAGO DEL  
ESTERO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE TUCUMAN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE TUCUMAN

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS  
AIRES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS  
AIRES

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
DE NACION

MINISTERIO DE SALUD DE LA  
DE NACION