



**RESOLUCIÓN N° 1034/21 - C.D. -  
CORRIENTES, 27 de mayo de 2021.-**

**VISTO:**

El Expte. N° 10-2021-01439, por el cual el Sub Secretario de Post Grado de esta Facultad de Medicina, Méd. Raúl Ricardo Encina, eleva el **Sistema Informatizado de Carga de Programas de Residencias de Salud**, para su análisis y aprobación por parte del H. Consejo Directivo de esta Unidad Académica; y

**CONSIDERANDO:**

Que fundamenta la solicitud, en la necesidad de agilizar los trámites que actualmente se realizan, adaptándose los mismos a un sistema sustentado en la virtualidad;

Que el H. Consejo Directivo de esta Casa, analizó las actuaciones, las trató sobre tablas y resolvió aprobar la propuesta sin objeciones;

**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE  
EN SU SESIÓN DEL 20-05-21**

**R E S U E L V E :**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar el **Sistema Informatizado de Carga de Programas de Residencias de Salud**, por las razones enunciadas precedentemente y que como Anexo corre agregado a la presente Resolución.-

**ARTÍCULO 2°.-** Regístrese, comuníquese y archívese.-

Prof. JUAN JOSÉ DI BERNARDO  
Secretario Académico

Cas.

Prof. GERARDO OMAR LARROZA  
Decano



## SISTEMA INFORMATIZADO DE CARGA DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS EN SALUD

---

- Solicitar a la Subsecretaría de Posgrado al mail [residencias@med.unne.edu.ar](mailto:residencias@med.unne.edu.ar) el usuario para acceder al Sistema de Carga de Programas de Residencias consignado Nombre y Apellido, DNI y correo electrónico, el cual será el contacto.
- Dicho Sistema se encuentra en la página de la Facultad de Medicina, en el área de Residencias en Salud – Subsecretaría de Posgrado.
- Una vez cargado y guardado el contenido solicitado se generará un número de carga del programa (PR-0001, etc.).
- Enviar nota de carga de programa a [mesanotificaciones@med.unne.edu.ar](mailto:mesanotificaciones@med.unne.edu.ar) (ver modelo de nota, descargar en link dentro del Sistema).
- Una vez finalizadas las instancias de evaluación y sin observaciones generadas, se procede a la aprobación del mismo por el H. Consejo Directivo.
- Habiendo observaciones al programa, será notificado a través del sistema para su modificación. La misma será nuevamente evaluada para su eventual aprobación.

### DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA CARGA EN EL SISTEMA

---

- Autorización del director/a del programa.
- Autorización del director/a de docencia y/o de la máxima autoridad de la Institución.
- Autorización jurisdiccional.
- Programa de Residencia acorde a las Reglamentaciones Nacionales y Provinciales vigentes.

Al ingresar al sistema, para comenzar la carga deberá clicar en **“NUEVO PROGRAMA”** donde se desplegará el inicio del formulario de carga de datos formales y luego la suba de la documentación consignada como necesaria.

En el campo **“Adjuntar Otros”** se podrá subir información accesoria que se crea necesaria y no este contemplado en los campos anteriores. Al final se cuenta con un espacio para realizar comentarios a la presentación si se requiere.

Al finalizar, al **Guardar** la información se generará el PR-0000.

El siguiente paso es enviar la nota de carga del programa, la cual se puede descargar clicando **“Modelo Nota”**.

Una vez cargado el programa se procede a las correspondientes evaluaciones por la Subsecretaría de Posgrado, Facultad de Medicina y Evaluadores Expertos.

Una vez pasadas las instancias de evaluación se remitirá al mail de contacto la devolución del mismo. Habiendo observaciones al programa, será notificado a través del sistema para su



*Universidad Nacional  
del Nordeste*



**FACULTAD  
DE MEDICINA**  
Universidad Nacional  
del Nordeste

modificación. Una segunda presentación se realiza clicando **“Nueva Presentación”** -teniendo de ésta manera diferenciadas las presentaciones- siguiendo el mismo circuito que para una 1era presentación.

El usuario que carga el programa al igual que los evaluadores tienen acceso al contenido de la carga y de las evaluaciones, no teniendo acceso a modificar su contenido.

### **COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIAS**

---

- Caratula: datos básicos del programa y la sede.
- Tipo de residencia: básica, posbásica, articulada.
- “A término” o “No a término”.
- Número de residentes por año.
- Responsable/s del programa.
- Fundamentación: ¿Por qué/ Para qué se presenta la propuesta de formación? ¿A qué intereses o necesidades intenta dar respuesta? Fundamentación argumentando necesidades de creación de la residencia.
- Perfil del Egresado: ¿Cuáles son las responsabilidades y tareas que deberá estar en condiciones de asumir el especialista al finalizar su formación?
- Cronograma de Rotaciones: ¿Cómo se estructuran las rotaciones en el transcurso de la residencia? ¿Qué rotaciones están previstas, cuál es su duración y orden?
- Objetivos Generales por año: ¿Qué aprendizajes tendrán que haber alcanzado los residentes al finalizar cada año de formación?
- Contenidos por año: ¿Qué conocimientos, prácticas, capacidades deberá adquirir el residente al finalizar cada año de formación? Bloques transversales.
- Actividades a realizar por año con carga horaria y contenidos para cada tarea: asistencial, guardias, ateneos (clínicos y bibliográficos), trabajos de investigación, presentación de temas en congresos y reuniones científicas de la especialidad, etc.



*Universidad Nacional  
del Nordeste*



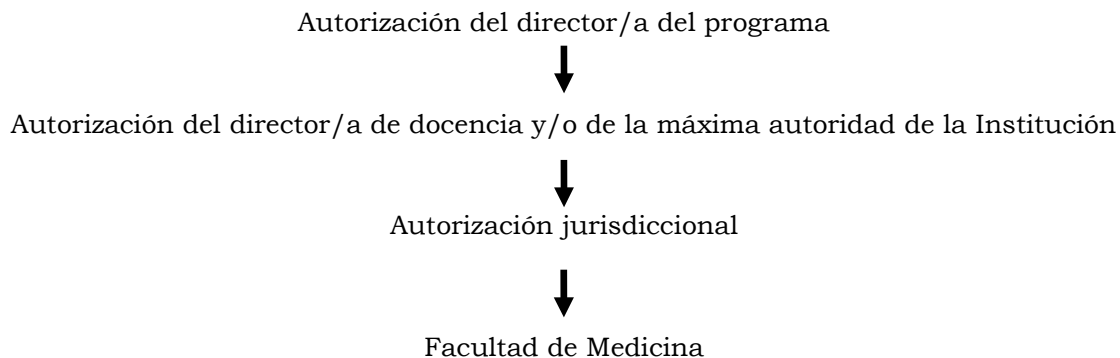
**FACULTAD  
DE MEDICINA**  
Universidad Nacional  
del Nordeste

- Cronograma semanal de actividades: ¿Cuáles son las actividades habituales en las que está previsto que participen los residentes? ¿Cómo se despliegan en una semana tipo de trabajo. ¿Se incluyen ateneos, clases, pases de sala, revisión de historias clínicas, búsquedas bibliográficas, etc.?
- Tipo de prácticas a realizar y su número mínimo por año de residencia.
- Recursos (infraestructura y equipamiento): ¿Con qué recursos materiales y humanos cuenta la institución para el desarrollo del programa de residencias?
- Modalidades de Evaluación de los residentes: ¿Cuáles son las instancias y modalidades de evaluación previstas en el transcurso de la residencia?
- Bibliografía General.

## **CIRCUITO DE PRESENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIAS**

---

(Indispensable que se cumpla para ser considerado por la facultad)





*Universidad Nacional  
del Nordeste*



**FACULTAD  
DE MEDICINA**  
Universidad Nacional  
del Nordeste

CORRIENTES, .....

Al señor Decano de la  
Facultad de Medicina

**Prof. GERARDO OMAR LARROZA**

S/D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su intermedio ante quien corresponda con el fin de remitir el Programa de Residencia en Salud, para su conocimiento, evaluación y posterior aprobación, atento a lo establecido por el Reglamento General de Residencias en Salud del NEA.

- Código de carga del programa al sistema:
- Especialidad:
- Carrera:
- Sede Institucional:

Sin otro particular, lo saludo muy atte.

Firma:

Aclaración:

DNI:



Universidad Nacional  
del Nordeste



FACULTAD  
DE MEDICINA  
Universidad Nacional  
del Nordeste

## ANEXO – FORMATO DEL SISTEMA INFORMATIZADO DE CARGA DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS EN SALUD

---

DNI

Contraseña

Mantener sesión activa

[¿Olvidó su contraseña?](#) **INICIAR SESIÓN**

Mis Programas    Modelo de Nota    Walter ▾

Programas presentados NUEVO PROGRAMA

#	ESPECIALIDAD	CARRERA	INSTITUCIÓN	ESTADO
---	--------------	---------	-------------	--------



### Nuevo programa

Especialidad

Carrera

Tipo

Seleccione un tipo... ▾

Institución

Adjuntar autorizaciones (directores del programa y docencia, y autoridad jurisdiccional)

Arrastra y suelta tus archivos o Busca en tu equipo

Adjuntar Programa de Residencia

Arrastra y suelta tus archivos o Busca en tu equipo

Adjuntar Otros (notas, registros de expedientes, etc.)





Arrastra y suelta tus archivos o Busca en tu equipo

Comentarios de la presentación

GUARDAR



Detalles del programa

<p>Apellido y Nombre: Encina Raúl Ricardo</p> <p>1° Presentación</p> <p>2° Presentación</p> <p>Nueva Presentación</p>	<p><b>PROGRAMA</b></p>	<p>1° EVALUACIÓN</p>	<p>2° EVALUACIÓN</p>	
	Fecha presentación	30/04/2021	Estado del proyecto	Evaluado
	Especialidad	Residencias		
	Carrera	Enf-Med-Kin		
	Tipo	Básica		
	Institución	UNNE		
	Autorizaciones (directores del programa y docencia, y autoridad jurisdiccional)	CRONOGRAMA-FU-28-07-(Nación).pdf  		
	Programa	Cronograma-CancRes-1518-20-CO1.pdf  		
	Otros (notas, registros de expedientes, etc.)	Ninguno...		
	<p>DESCARGAR TODOS</p>			
Comentarios de la presentación				





Detalles del programa

<p>Apellido y Nombre: Encina Raúl Ricardo</p> <p>1ª Presentación</p> <p>2ª Presentación</p> <p>Nueva Presentación</p>	<p>PROGRAMA</p>	<p>1ª EVALUACIÓN</p>	<p>2ª EVALUACIÓN</p>
	<p>Fecha evaluación: 30/04/2021</p>		<p>EXPORTAR PDF</p>
	<p>Evaluador: Encina, Raul</p>		
	<p><b>Aspectos Formales</b></p> <p>Presenta carátula con datos básicos y Sede</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente</p> <p>_____</p>		
	<p>Especialidad</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente</p> <p>_____</p>		
<p>Centro asistencial o Dependencia Jurisdicción</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente</p> <p>_____</p>			
<p>Año de creación; autoridades de la residencia; dirección postal, teléfono, correo electrónico y página web si la tuviera</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente</p> <p>_____</p>			
<p>Adjunta autorización de Recursos Humanos del MSP</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente</p> <p>_____</p>			



Detalles del programa

Apellido y Nombre: Encina Raul Ricardo	PROGRAMA	1ª EVALUACIÓN	2ª EVALUACIÓN
	Fecha evaluación: 30/04/2021 Evaluador: Encina, Raul R.		EXPORTAR PDF
1ª Presentación	<b>Fundamentación</b>		
2ª Presentación	Presenta una fundamentación argumentando necesidades de creación de la residencia		
Nueva Presentación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		
	Finaliza mencionando los propósitos de formación		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		
	<b>Perfil del Egresado</b>		
	¿El perfil del egresado propuesto es acorde con las características sanitarias de la región?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		
	¿Se encuentra en concordancia con el perfil definido por el Marco de Referencia de la especialidad?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		
	¿Considera el desempeño actual de especialistas en el área, e incorpora probables requerimientos futuros?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		
	¿Contempla las capacidades que son necesarias para el desempeño de la especialidad en diferentes ámbitos (por ej. diferentes niveles de complejidad/zonas rural y urbana)?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente		
	<input type="text"/>		