

Proceso de acreditación de residencias de Pediatría por el Consejo de Acreditación de Espacios de Formación

Pediatric residency program accreditation process by the Council for the Accreditation of Education Institutions

Dr. Juan B. Dartiguelongue^{a,b}, Dr. Alfredo Eymann^{b,c}, Dra. María P. Molina^{d,e},
Dr. Horacio Yulitta^{e,f} y Dr. Luis Urrutia^g

RESUMEN

Introducción. La formación médica de posgrado en un sistema de residencias constituye el mejor modelo para la formación de especialistas. La acreditación de residencias implica un proceso de armonización y normalización de criterios. Establece una base común y reproducible, que asegura una formación de calidad y con lineamientos curriculares universales.

Objetivo. Describir el proceso de acreditación de residencias de Pediatría por el Consejo de Acreditación de Espacios de Formación entre enero de 2011 y julio de 2017.

Métodos. El proceso de acreditación se desarrolló acorde al marco de referencia, que definía 6 dominios y 28 ítems. De acuerdo con su cumplimiento, se especificaron 3 categorías de acreditación. El análisis de las residencias acreditadas se categorizó en tres regiones geográficas: provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y otras regiones. Se dicotomizó cada ítem evaluado en no cumplimiento y cumplimiento parcial o total. Las variables categóricas se expresaron en números totales y porcentajes.

Resultados. Se evaluaron 94 programas de residencia de Pediatría: 34 (el 36 %) correspondieron a provincia de Buenos Aires; 25 (el 27 %), a CABA, y 35 (el 37 %), a otras regiones. Pertenecían a la gestión pública 79 (el 85 %). Alcanzaron la máxima categoría de acreditación 35 (el 37 %). No fueron acreditadas 4 (el 4 %). El cumplimiento de la mayoría de los ítems pertenecientes a los 6 dominios evaluados fue superior al 80 %.

Conclusión. La mayoría de las residencias evaluadas fueron acreditadas y cumplieron con los estándares de referencia.

Palabras clave: pediatría, internado y residencia, educación médica, acreditación.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.245>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.245>

- a. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina.
- b. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Sede Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- c. Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- d. Hospital General de Agudos José M. Penna, Buenos Aires, Argentina.
- e. Dirección General de Docencia y Capacitación, Buenos Aires, Argentina.
- f. Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina.
- g. Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Juan B.

Dartiguelongue:

jbdartiguelongue@hotmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 19-10-2019

Aceptado: 26-12-2019

Cómo citar: Dartiguelongue JB, Eymann A, Molina MP, Yulitta H, Urrutia L. Proceso de acreditación de residencias de Pediatría por el Consejo de Acreditación de Espacios de Formación. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):245-251.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia

En la Argentina, los médicos recién egresados tienen la posibilidad de continuar con su formación mediante la realización de una especialidad médica, o bien especializándose en docencia o investigación. En ciertas oportunidades, todas o algunas de estas actividades son realizadas de modo simultáneo.

Actualmente, se reconocen diferentes maneras de certificar la especialidad médica: 1) a través de la realización de una residencia; 2) obteniendo un título universitario de posgrado que acredite como médico especialista (muchas veces, realizado en conjunto con la residencia); 3) acreditando cinco años de entrenamiento en un servicio de la especialidad y rindiendo luego un examen; 4) mediante la certificación de competencias en una sociedad científica reconocida por el Ministerio de Salud (MSAL); y 5) alcanzando el título de profesor universitario en la materia relacionada con la especialidad.^{1,2}

Existe consenso en que la formación de posgrado en el marco de un sistema de residencias, como instancia de aprendizaje sistemático y asistemático con capacitación en servicio, constituye el mejor modelo para la formación de especialistas.³ En la Argentina, todos los médicos egresados tienen la posibilidad de acceder al sistema de residencias. Sin embargo, dado que la realización de una residencia no es un requerimiento deontológico para ejercer la profesión, aproximadamente,

la mitad de los médicos egresados decide realizarla. El ingreso se formaliza a través de concursos públicos o privados, mediante distintas instancias de selección.^{4,5}

De acuerdo con los relevamientos oficiales disponibles al momento actual, aproximadamente, el 70 % de los cargos de residencia son dependientes de instituciones del Estado en sus diferentes niveles (nacional, provincial o municipal); el 9 %, de universidades, y el 21 % restante, de instituciones privadas.^{6,7} Si bien no existe un registro unificado, completo y oficial de todos los espacios formadores de pediatras en la Argentina, recientemente, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), a través de una beca de investigación institucional, realizó un relevamiento nacional de residencias de Pediatría y elaboró un registro completo que abarcó 188 instituciones formadoras de pediatras.

Estos sistemas de educación superior implican una compleja interrelación entre los hospitales, la Universidad, el Estado, los colegios médicos, las sociedades científicas y la sociedad civil. Como responsable de la inversión pública para el desarrollo del capital humano, el Estado adquiere, en este escenario, un rol clave como evaluador y acreditador de los espacios de formación. Este fenómeno responde, justamente, a la necesidad de demostrar la veracidad o autenticidad del proceso formativo, así como de asegurar que todas las instancias que lo componen se adecúen a estándares de referencia.⁷

Estos procesos fueron formalizados hace más de 20 años en países como Estados Unidos e Inglaterra para, además de validar y justificar la inversión pública en formación de recursos humanos, afrontar la competencia económica internacional, optimizar la formación de posgrado y favorecer el desarrollo de nuevas tecnologías.⁷ Debían ser necesariamente confiables e implicaban el diseño de un modelo de acreditación reproducible, capaz de ser instrumentado por distintas entidades de diferentes países, dentro del marco de la globalización. Uno de los objetivos de la acreditación es promover espacios de formación de calidad que aseguren profesionales de la salud con una sólida formación para mejorar la salud de la población.^{2,4,5,8}

SITUACIÓN EN LA ARGENTINA

Las residencias médicas comenzaron en la Argentina impulsadas por el Dr. Tiburcio Padilla en 1944, a través de la creación de los primeros

cargos de residentes en el marco de la Cátedra de Semiología del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Sin embargo, no fue hasta fines de 1950 que las residencias comenzaron a tomar una dinámica y estructura semejante a la que se conoce hoy en día.

En 1957, el Dr. Juan P. Garrahan inició la residencia de Pediatría de nuestro país, en el Hospital de Clínicas, dentro del ámbito de la Universidad de Buenos Aires. Un año más tarde, el Dr. Carlos Gianantonio creó la primera residencia en forma organizada y sistemática en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Desde ese entonces, los centros formadores fueron multiplicándose a través de los años en todas las regiones del país.

El primer intento de evaluar los sistemas de formación en la Argentina se realizó en 1967, cuando el MSAL creó el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) y lo convirtió en un organismo normalizador y evaluador de las residencias. Por razones políticas, el CONAREME dejó de funcionar en 1973, por lo que los programas de acreditación de espacios de formación vieron interrumpido su proceso.⁹

En 1995, a través de la Ley de Educación Superior, el Estado creó la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), con el fin de asegurar y mejorar la calidad de la formación académica en las universidades.¹⁰ De acuerdo con esta ley, la acreditación era obligatoria para todas las carreras de especialistas universitarios y, según el Decreto Reglamentario de la Ley N° 499/96 (artículo 7), constituía una condición necesaria para el reconocimiento oficial de los títulos y su consecuente validez nacional por parte del Ministerio de Educación.

En lo referente a las residencias médicas, la inclusión de una residencia en el sistema de acreditación es voluntaria, excepto aquellas cuyos cargos se financien desde el MSAL, para las cuales la acreditación es obligatoria. En 1997, la SAP estableció un procedimiento para acreditar en forma optativa los espacios de formación a través de la Subcomisión de Acreditación de Residencias. Este mecanismo permitió definir los estándares de formación, supervisar el cumplimiento de los programas y de las distintas instancias de aprendizaje y evaluación de los residentes. A su vez, permitía asesorar en términos de fortalezas y debilidades a las diferentes residencias para poder mejorar la formación de especialistas.^{11,12}

En 2006, el MSAL (mediante la Resolución Ministerial 450/2006) creó el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) y el Registro Único de Entidades Evaluadoras.⁴ A través de sus reglamentaciones, la SAP se constituyó como entidad evaluadora y fue incorporada formalmente a partir de 2009.

En este escenario, se conformó, en el MSAL, la Comisión de Pediatría, en la que participaron representantes de universidades, sociedades científicas y académicas, asociaciones de profesionales y miembros de programas nacionales o jurisdiccionales vinculados con la especialidad. El objetivo de esta Comisión fue confeccionar el marco de referencia nacional para la formación de especialistas en Pediatría, el cual fue presentado formalmente en diciembre de 2010.⁸ En 2011, se creó, en la SAP, el Consejo de Acreditación de Espacios de Formación (CAEF) para garantizar el proceso de acreditación.

Desde entonces, la acreditación de residencias de Pediatría, implementada por el MSAL a través de la SAP, implicó un proceso de armonización y normalización de los criterios mínimos para la formación de pediatras. Estableció una base común y reproducible, que buscaba asegurar una formación de calidad y generar lineamientos curriculares universales. Para cumplir con este objetivo, el CAEF, conformado por un grupo de especialistas y subespecialistas pediátricos con experiencia en procesos de evaluación y acreditación, debía asegurar, en cada instancia, la evaluación del desarrollo de las propuestas formativas (tanto teóricas como prácticas), el seguimiento y evaluación de los aprendizajes, la adecuación en cantidad y diversidad de los casos que ofrecían los escenarios de formación (para garantizar la adquisición de competencias), la composición y antecedentes del cuerpo docente y las condiciones materiales sobre las que se desarrollaban los escenarios de aprendizaje.

Se ha reportado un estudio que describe los resultados del proceso de evaluación y acreditación de 37 residencias de Cardiología en nuestro país.¹³ Sin embargo, no se han encontrado publicados, a la fecha, estudios que describan el proceso de acreditación de residencias de Pediatría.

OBJETIVO

Describir el proceso de acreditación de residencias de Pediatría por el CAEF entre enero de 2011 y julio de 2017.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal. Se definió *acreditación* el proceso sistemático, independiente y documentado por el que se reconocía la cualificación de un centro o servicio como centro docente o unidad docente para la formación de especialistas en Pediatría, de acuerdo con requisitos o estándares que incluían, entre otros, los mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente e investigadora y calidad de atención.

El proceso de acreditación se desarrolló con los siguientes pasos: 1) solicitud voluntaria de acreditación ante el MSAL y la SAP; 2) envío de documentación (autoevaluación estandarizada y programa), visita de 2 integrantes del CAEF (visita de las instalaciones, entrevista con las autoridades y cuerpo docente, entrevista con los residentes); 3) elaboración de un informe consensuado en equipo, de acuerdo con la matriz de evaluación para la categorización de residencias, que definía la acreditación en 4 categorías: A) de 4 a 5 años; B) 3 años; C) 2 años; y no acreditado.

De acuerdo con el marco de referencia para la acreditación, se definieron 6 dominios y 28 ítems:

- 1. Condiciones de contratación mínimas:** beca de formación con seguridad social; número de 20 a 40 consultas ambulatorias semanales por residente; número de 6 a 8 camas a cargo por residente; oportunidad para realizar prácticas y procedimientos.
- 2. Características de la oferta formativa:** mínimo de 1 médico de planta con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17 horas; mínimo de 18 camas de internación; acceso a servicios de diagnóstico (Laboratorio Clínico y Microbiológico e Imágenes); acceso a interconsultas; equipo interdisciplinario de salud (enfermería, trabajador social, salud mental); biblioteca y/o acceso a base de datos; aula y condiciones de alojamiento (dormitorio, baño, comida); registro de prácticas y procedimientos.
- 3. Carga horaria y sistema de guardias:** duración del programa de 3 años o mayor; permanencia máxima de 80 horas semanales, que incluían las horas de guardia; máximo de 2 guardias por semana, que debían estar separadas, como mínimo, por 24 horas, y descanso posguardia efectivo de seis 6 horas de corrido en el ámbito intra- o extrainstitucional.
- 4. Rotaciones obligatorias:** Neonatología, Terapia Intensiva Pediátrica, Centros de Salud y Servicio de Adolescencia o Consultorio

Externo que atendiera a adolescentes.

5. **Actividades académicas:** tiempo semanal de 5 h dedicado a actividades teóricas (clases, búsquedas bibliográficas, discusión de casos, redacción de informes, simulaciones, talleres, etc.); mínimo de 1 ateneo clínico por semana; participación en trabajos de investigación.
6. **Sistema de evaluación:** evaluación anual integradora de carácter teórico-práctico; evaluación posrotación de carácter teórico-práctico y evaluación final de la residencia de carácter teórico-práctico.

Se categorizó para el análisis en tres regiones geográficas: provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y otras regiones. Se dicotomizó cada ítem en no cumplimiento y cumplimiento parcial o total. Las variables categóricas se expresaron en números totales y porcentajes.

RESULTADOS

Se evaluaron 94 programas de residencia de Pediatría. Se distribuyeron en provincia de

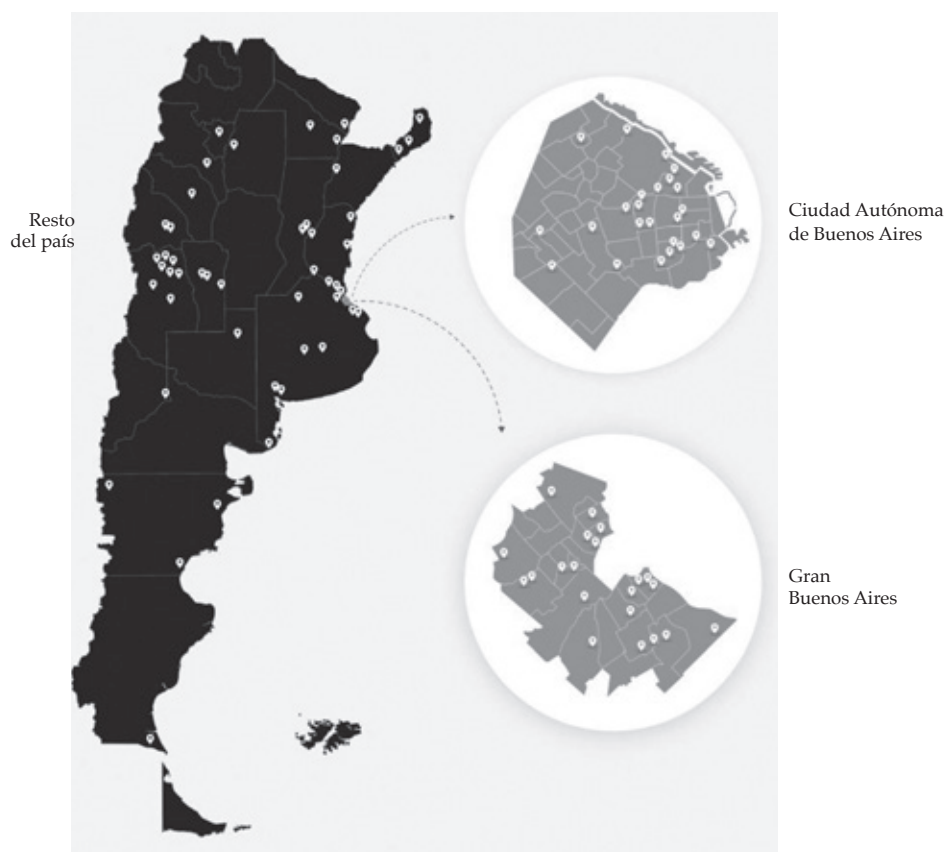
Buenos Aires (34), CABA (25) y otras regiones (35). La *Figura 1* describe la distribución geográfica de los programas de residencia. La *Tabla 1* detalla la distribución de residencias en públicas y privadas, y las categorías de acreditación por regiones. El cumplimiento de los 6 dominios definidos discriminados por región se describe en la *Tabla 2*.

DISCUSIÓN

En el período estudiado, el CAEF, conjuntamente con el MSAL, evaluó en forma satisfactoria 94 residencias de Pediatría en 20 provincias argentinas. La mayoría de los centros formadores (> 60 %) se encontraban en la CABA y la provincia de Buenos Aires. Si bien ambas regiones representaban el 40 % de la población argentina, implicó una distribución centralizada y poco equitativa de recursos.

El registro de las prácticas y procedimientos fue adecuado en la CABA y menor en las residencias de la provincia de Buenos Aires y otras regiones. Este ítem fue observado, a su vez,

FIGURA 1. Distribución geográfica de las residencias evaluadas



por otras agencias acreditadoras, tales como la CONEAU.

Las condiciones de contratación mínima y características de la oferta formativa de las residencias evaluadas cumplían la mayoría de los estándares requeridos. La disponibilidad

de bibliotecas o acceso a material educativo fue parcial en las tres regiones evaluadas, sobre todo, en la categoría correspondiente a otras regiones. Esto, probablemente, se haya debido a la limitación de recursos disponibles para la suscripción a revistas o bases de datos

TABLA 1. Características de las residencias acreditadas por categoría de acreditación y tipo de gestión según la región

		Provincia de Buenos Aires (n = 34)	CABA* (n = 25)	Otras regiones (n = 35)	Total
Categoría de acreditación	4-5 años	9	13	13	35
	3 años	16	9	12	37
	2 años	7	3	8	18
	No acredita	2	0	2	4
Tipo de gestión	Pública	32	16	31	79
	Privada	2	9	4	15

* Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

TABLA 2. Cumplimiento de las condiciones según la región (%)

	Provincia de Buenos Aires (n = 34)	CABA* (n = 25)	Otras regiones (n = 35)
Cumplimiento de las condiciones de contratación y oportunidades de formación			
Camas a cargo de residentes	97,1	100	97,1
Consultas ambulatorias	100	100	100
Registro de prácticas y procedimientos	47	84	40
Contrato	97,1	100	100
Cumplimiento de las condiciones de formación			
Médicos de planta	100	100	100
Número de camas	100	100	97,1
Servicios de diagnóstico	100	100	100
Equipo interdisciplinario	100	100	97,1
Interconsulta	100	100	97,1
Aula	94,1	100	88,6
Biblioteca	85,3	76	62,9
Alojamiento	97,1	100	100
Cumplimiento de la carga horaria y sistema de guardias			
Duración del programa	100	100	100
Carga horaria	97	100	100
Guardias	97	100	91,4
Descanso posguardia	50	92	20
Cumplimiento de las rotaciones obligatorias según la región			
UTIP	100	100	91,4
Neonatología	100	100	94,3
Centro de salud	85,3	96	88,6
Adolescencia	35,3	80	22,9
Cumplimiento de las actividades académicas según la región			
Ateneos	97,1	96	85,7
Actividades teóricas	100	96	94,3
Investigación	91,2	72	71,4
Cumplimiento de la evaluación a los residentes según la región			
Posrotación	91,2	100	91,2
Anual	97,1	96	97,1
Final de residencia	79,4	95,8	85,7

* Ciudad Autónoma de Buenos Aires; UTIP: Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

internacionales, así como para la compra de material de estudio.

La duración del programa fue adecuada en todas las residencias evaluadas, al igual que la carga horaria estipulada. El sistema de guardias se adecuó al estándar de referencia, excepto en el descanso posguardia, cuando se observó un cumplimiento mayor en la CABA que en el resto del país. Este aspecto constituyó una variable de relevancia, vinculada a dos instancias que formaban parte de la problemática médica actual: el agotamiento profesional y el error médico. Ambas, incrementadas por el estrés (físico y psíquico) y la falta de descanso.¹⁴⁻¹⁶

Actualmente, las residencias de la CABA se encuentran reguladas por la Ley 4702, sancionada en 2013, la cual limita a un máximo semanal de guardias y asegura el descanso posguardia. Además, la Resolución 1993/2015 del MSAL estipula, en su artículo 10, el número máximo semanal de guardias y el descanso obligatorio posguardia. Esta resolución es de carácter obligatorio para las residencias de gestión nacional y define el marco de referencia para la acreditación por el MSAL en este dominio.

El sistema de rotaciones se ajustó al estándar en las rotaciones por Neonatología, Terapia Intensiva y Atención Ambulatoria, excepto en la rotación por Adolescencia. En la CABA, tuvo un cumplimiento del 80 %, pero fue menor en el resto de las regiones. Este hecho, probablemente, haya estado relacionado con que, si bien Adolescencia constituía una subespecialidad pediátrica con larga trayectoria asistencial, disponía de pocos centros formadores en el país y no era una subespecialidad reconocida por el MSAL.

Las actividades académicas, tales como ateneos y actividades teóricas, se ajustaron al estándar de referencia en todas las regiones evaluadas. Con respecto a la actividad en investigación, fue menor en la CABA y en otras regiones que en la provincia de Buenos Aires. Todas las sedes evaluadas manifestaron la intención de propender al cumplimiento de este estándar. Sin embargo, dado que las principales actividades en las residencias se encontraban sumidas en tareas asistenciales y docentes, la producción en investigación se traducía, en su mayoría, en reportes de casos clínicos.

El sistema de evaluación, tanto anual como al finalizar cada rotación obligatoria, se ajustó al marco de referencia en todas las regiones evaluadas. En relación con la evaluación de fin

de residencia, en la CABA, tuvo un cumplimiento mayor que en el resto de las regiones. La mayoría de las evaluaciones consistieron en exámenes de selección múltiple, resolución de situaciones clínicas y evaluaciones de desempeño. El examen clínico objetivo y estructurado se utilizó únicamente como instrumento de evaluación en la CABA para los residentes de primer año como estrategia formativa.

Dado que la inclusión de una residencia en el sistema de acreditación es voluntaria (a excepción de las residencias cuyos cargos se financian desde el MSAL, para las cuales es obligatoria), es probable que el análisis de las residencias incluidas en este trabajo se haya realizado, en su mayoría, sobre aquellas cuyos programas de formación gozan de una mayor trayectoria educativa y, en función de su buen funcionamiento, hayan solicitado voluntariamente la acreditación. Queda por conocer la situación de las 94 residencias restantes, que completan las 188 residencias de Pediatría relevadas en la Argentina al momento actual.

Las asimetrías encontradas entre las regiones pueden explicarse porque el sistema de residencias posee una trayectoria mayor en territorios como la CABA y la provincia de Buenos Aires. Es probable que estas regiones hayan tenido más oportunidades para mejorar sus estándares de formación, gracias a las visitas de los sistemas de acreditación y a la reflexión sobre sus programas.

La responsabilidad de favorecer el desarrollo de programas de alta calidad para formar profesionales que contribuyan a mejorar la salud de la población es compartida por los propios responsables de los programas, las sociedades científicas y los organismos del Estado provincial y nacional. El proceso de acreditación resulta fundamental para garantizar la calidad educativa de los centros formadores. El desempeño en el examen de certificación de médico pediatra de la SAP resulta un buen ejemplo de esto último. La probabilidad de aprobar este examen demostró ser casi 3 veces superior en aquellos aspirantes provenientes de programas de formación con la máxima categoría de acreditación.¹⁷

CONCLUSIÓN

La mayoría de las residencias evaluadas (el 96 %) fueron acreditadas y cumplieron con los estándares de referencia propuestos por el CAEF y la Dirección de Capital Humano del MSAL. ■

REFERENCIAS

1. Ley 23873. Arte de curar. Modificase la Ley 17132 Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Poder Legislativo Nacional. Buenos Aires, Argentina; 24 de octubre de 1990.
2. Borrell Bentz RM. La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: OPS; 2005.
3. Centeno A, Campos S. La educación médica en argentina. *FEM*. 2017; 20(6):265-71.
4. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Argentina; 2015. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/publicaciones>.
5. Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y gestión del sistema nacional de residencias en Argentina. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud. Argentina; 2013. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dure-daverio-dursi-observatrhuss_planif_gestion_sistresid-2013.pdf.
6. Duré I. El sistema nacional de acreditación de residencias. Avances y desafíos. Presentación en la ACAP. Argentina; 2014. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento5.pdf>.
7. Duré I, Attme de Ceballos I, Cadile M, Calbi M, et al. Procesos de Acreditación de la Formación de Posgrado de Carreras de Salud en Argentina. Hacia la consolidación de un sistema articulado. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acreditacion-de-formacion-posgrado-carreras-salud-argentina.pdf>.
8. Ministerio de Salud. Marco de referencia para la formación en residencias médicas. Especialidad Pediatría. 2010. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pediatria.pdf>.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud. 2011. [Acceso: 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_marco_residencias_ok.pdf.
10. Ley N° 24521. Educación Superior. InfoLEG. Buenos Aires, Argentina; 7 de agosto de 1995.
11. Subcomisión de Acreditación de Residencias. Evaluación del primer ciclo de acreditación de residencias. *Arch Argent Pediatr*. 2001; 99(6):542-4.
12. Subcomisión de Acreditación de Residencias de la Sociedad Argentina de Pediatría. En búsqueda de estándares mínimos para acceder a la acreditación de una residencia en clínica pediátrica. *Arch Argent Pediatr*. 2004; 102(5):397-401.
13. Lobianco M, Galli A, Swieszkowski S, Kazelian L, et al. Evaluación y acreditación de residencias de cardiología. Años 2010-21017. *Rev Argent Cardiol*. 2019; 87:296-300.
14. IsHak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, et al. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *J Grad Med Educ*. 2009; 1(2):236-42.
15. Pereira-Lima K, Luoreiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015; 20(3):353-62.
16. Bradley CK, Fischer MA, Walsh KE. Trends in medical error education: are we failing our residents? *Acad Pediatr*. 2013; 13(1):59-64.
17. Ferrero F, Yulitta H, Molina MP, Valli R. Resultado del examen de certificación de médico pediatra de la Sociedad Argentina de Pediatría, años 2001-2010. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(4):321-5.