ANEXO IV

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECONOCIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES Y CAPACITACIONES ESPECIALIZADAS

Consigne la información según corresponda y acompañe la documentación respaldatoria prevista en el Anexo III. Los cuadros son extensibles y podrán agregarse filas. Cuando un apartado no resulte aplicable, indique «No corresponde».

1. TIPO DE CALIFICACIÓN QUE SE SOLICITA RECONOCER

Seleccione la categoría y el tipo de presentación. En caso de módulo complementario, identifique la capacitación especializada de la cual forma parte.

☐ Especialidad ☐ Especialidad dependiente ☐ Especialidad multiprofesional

☐ Capacitación especializada ☐ Módulo complementario

☐ Nuevo reconocimiento ☐ Actualización o modificación ☐ Marco de referencia

En caso de módulo, capacitación especializada de referencia:

_____

Indique la formación exigida para acceder a la calificación solicitada:

☐ Formación de grado en la carrera de: _____

☐ Certificación de una especialidad previa en: _____

☐ Formación de grado en distintas carreras del equipo de salud: _____

☐ Certificación previa en las especialidades de: _____

2. NOMBRE PROPUESTO PARA LA ESPECIALIDAD O CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA

3. INSTITUCIÓN/ES QUE PRESENTAN LA SOLICITUD Y AVALES JURISDICCIONALES

Podrán presentar la solicitud los sujetos habilitados en el Anexo III. Si se presenta a propuesta del COFESA, adjunte el acta o instrumento correspondiente.

Institución / organismo solicitante	Carácter institucional	Responsable y contacto

Adjunte los avales expresos de los Ministerios de Salud o máximas autoridades sanitarias de por lo menos TRES (3) jurisdicciones distintas.

Jurisdicción	Autoridad sanitaria que avala	Instrumento / fecha

Jurisdicción	Autoridad sanitaria que avala	Instrumento / fecha

4. DEFINICIÓN

¿Qué se entiende por la especialidad, especialidad dependiente, capacitación especializada o módulo complementario cuya aprobación se solicita?

5. FUNDAMENTACIÓN

¿Por qué es necesario el reconocimiento solicitado? Transcriba los aspectos principales del marco de formación y justifique su pertinencia sanitaria.

6. AUTONOMÍA, SOLAPAMIENTO Y COMPLEMENTARIEDAD

Identifique las áreas de autonomía, solapamiento y complementariedad con especialidades afines y/o profesiones sanitarias que intervienen en el mismo campo. Cuando se trate de una capacitación o módulo, delimite su alcance respecto de la especialidad previa.

7. OBJETIVO

¿Para qué deben existir profesionales con la formación o capacitación que se solicita reconocer?

8. ANTECEDENTES NACIONALES

Informe los antecedentes de reconocimiento o formación en al menos TRES (3) jurisdicciones del país y adjunte la documentación respaldatoria. Para capacitaciones especializadas o módulos complementarios novedosos, podrá fundamentarse la solicitud de excepción prevista en el Anexo III.

Jurisdicción	Reconocimiento / formación existente	Documentación respaldatoria

En su caso, fundamento de la excepción:

_____

9. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE RECONOCIMIENTO

Informe los antecedentes internacionales de la especialidad o capacitación propuesta, cuando existan.

10. PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS

Indique publicaciones y documentos científicos pertinentes. Adjunte las referencias bibliográficas a la solicitud.

11. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PROFESIONALES A FORMAR

Estime la cantidad de profesionales a formar durante los próximos CINCO (5) años y las instituciones en las que se insertarían laboralmente.

12. OTROS ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO / ESTADO DE SITUACIÓN

Consigne otra información del contexto que explique la necesidad de la formación solicitada.

FORMACIÓN DE POSGRADO

Consigne las opciones formativas existentes y sus requisitos. Los puntos 13 a 19 se completarán según corresponda al tipo de solicitud. Para capacitaciones especializadas y módulos complementarios podrán consignarse trayectos de formación diferentes de las residencias y carreras universitarias; en esos casos, detalle el plan de formación en la documentación adjunta.

13. FORMACIONES AFINES QUE ACTUALMENTE SE DESARROLLAN

Indique las modalidades de formación existentes vinculadas con la especialidad, especialidad dependiente, capacitación especializada o módulo propuesto.

Tipo de formación	¿Existe?	Requisitos de ingreso	Carga horaria mínima	Observaciones adicionales
Residencia	☐ Sí ☐ No			
Carrera universitaria	☐ Sí ☐ No			
Otras (concurrencia, formación en sociedades científicas, etc.)	☐ Sí ☐ No			
Módulo / trayecto complementario	☐ Sí ☐ No			

14. EXISTENCIA DE RESIDENCIAS EN EL PAÍS

Indique si actualmente existen residencias destinadas a esa formación. Si la modalidad no corresponde, seleccione «No corresponde».

☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ No corresponde

15. INFORMACIÓN SOBRE LAS RESIDENCIAS (SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE)

Consigne los establecimientos conocidos. Agregue filas y documentación cuando corresponda.

N°	Nombre de la residencia	Institución donde se realiza	Requisitos de ingreso	Duración	Acreditación y vigencia	Observaciones
1						
2						

N°	Nombre de la residencia	Institución donde se realiza	Requisitos de ingreso	Duración	Acreditación y vigencia	Observaciones
3						
4						

16. ROTACIONES POR OTRA ESPECIALIDAD

¿Alguna de esas residencias posee rotaciones por otra especialidad durante el primer año o por un período mayor?

☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ No corresponde

17. INFORMACIÓN SOBRE LAS ROTACIONES (SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE)

Indique la residencia, la institución, la especialidad en la que se realiza la rotación y su duración en meses.

N°	Residencia	Institución	Especialidad de rotación	Duración (meses)	Observaciones
1					
2					
3					
4					

18. EXISTENCIA DE CARRERAS UNIVERSITARIAS EN EL PAÍS

Indique si actualmente existen carreras universitarias destinadas a esa formación.

☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ No corresponde

19. INFORMACIÓN SOBRE CARRERAS UNIVERSITARIAS (SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE)

Detalle las carreras conocidas. Si no se trata de una carrera universitaria, consigne «No corresponde» en el punto 18 y describa la modalidad pertinente en el punto 13 y en el marco de formación.

N°	Nombre de la carrera	Universidad	Requisitos de ingreso	Duración y % de teoría/práctica	Asociada a residencia / concurrencia	Acreditación y vigencia
1						
2						

N°	Nombre de la carrera	Universidad	Requisitos de ingreso	Duración y % de teoría/práctica	Asociada a residencia / concurrencia	Acreditación y vigencia
3						

20. DENOMINACIÓN COMPARTIDA CON OTRAS PROFESIONES

Indique si otras profesiones de grado universitario en salud pueden tener una especialidad o capacitación con igual denominación.

☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

21. IDENTIFICACIÓN DE OTRAS PROFESIONES (SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE)

Indique cuáles son y, de corresponder, cómo se diferencian las competencias de cada profesión.

22. OTROS ANTECEDENTES

Indique los antecedentes no solicitados expresamente que considere pertinentes para evaluar la solicitud.

23. CONDICIONES DE SEGURIDAD, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS

Complete este apartado cuando la formación involucre prácticas de riesgo especial. Identifique prácticas, equipamiento, supervisión, ámbitos asistenciales y mecanismos de evaluación que aseguren la calidad y seguridad de la formación.

☐ La formación comprende prácticas de riesgo especial ☐ No comprende prácticas de riesgo especial

Prácticas / riesgos	Equipamiento y ámbito de práctica	Supervisión	Evaluación y seguridad

DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑADA Y RESPONSABLE DE LA PRESENTACIÓN

La información declarada deberá acompañarse con las constancias previstas en el Anexo III: marco de referencia o plan formativo; antecedentes jurisdiccionales; avales sanitarios; habilitaciones/acreditaciones; y demás documentación pertinente.

☐ Marco de formación ☐ Documentación científica ☐ Avales de tres autoridades sanitarias

☐ Antecedentes en tres jurisdicciones o fundamento de excepción ☐ Habilitaciones / acreditaciones

☐ Acta o propuesta del COFESA (si corresponde) ☐ Documentación sobre seguridad (si corresponde)

Nombre, cargo y firma del responsable:

_____

Organismo / institución:

_____

Lugar y fecha:

_____

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: IF-2026-107568368-APN-DNCYDTS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 4 de Noviembre de 2026

Referencia: EX-2026-107564102- -APN-DGD#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.11.04 20:13:47 -03:00

Juan Pablo Vivas
Director Nacional
Dirección Nacional de Calidad y Desarrollo del Talento en Salud
Ministerio de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.11.04 20:13:48 -03:00