

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

(CONAREME)

SESIÓN ORDINARIA DE LA COMISIÓN DE ACREDITACIÓN

ACTA N°35

MIÉRCOLES 17 DE AGOSTO DE 2022

Hora de Inicio	:	16:00 horas
Hora de Término	:	16:56 horas
Videoconferencia	:	Plataforma ZOOM de CONAREME

MIEMBROS ASISTENTES:

1. DR. MILTON MORALES BENDEZÚ	PRESIDE	Rep. MINSA
2. DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA	MIEMBRO	Rep. UPCH
3. DRA. LUZ MUJICA CALDERON	MIEMBRO	Rep. UNSA
4. DR. FILOMENO JÁUREGUI FRANCIA	MIEMBRO	Rep. URP

AUSENTES:

5. No hay representante	MIEMBRO	Rep. ANMRP
6. DR. JUAN PABLO JON RABINES	MIEMBRO	Rep. GOBIERNOS REGIONALES
7. DR. MARIO CARRIÓN CHAMBILLA	MIEMBRO	Rep. UNMSM
8. DR. JULIO ENRIQUE HUAIRA CONTRERAS	MIEMBRO	Rep. ESSALUD

AGENDA. –

1. COORDINACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN A LOS PARES EXTERNOS.

I. DESPACHO. –

RI 003634 08/08/2022 Vía Email **Documento - S/N** Dra. Martha Estrella Valdivia Jefa Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación Hospital Regional de Loreto. Informan que remitieron la documentación para subsanar las observaciones a través, por vía Courier. **Se toma conocimiento**

RI 003711 10/08/2022 Vía Email **Oficio - 005-2022-COREREME-HVCA-P** MC. Moyra Zaravia Ramos - Presidente del Consejo Regional de Residentado Médico - COREREME HUANCVELICA. Solicita información respecto al estado de la autoevaluación de la sede docente de la región (Hospital Departamental de Huancavelica). **Pasa a orden del día**

II. INFORMES. –

Doctora Mónica Alfonso informa que ya ha sido aprobado la lista de los 15 pares evaluadores por el Comité Directivo.

III. ORDEN DEL DIA. –

1. SOLICITUD DE INFORMACIÓN RESPECTO AL ESTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA SEDE DOCENTE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA

RI 003711 10/08/2022 Vía Email **Oficio - 005-2022-COREREME-HVCA-P** MC. Moyra Zaravia Ramos - Presidente del Consejo Regional de Residentado Médico - COREREME HUANCAMELICA. Solicita información respecto al estado de la autoevaluación de la sede docente de la región (Hospital Departamental de Huancavelica).

(Se procede a dar lectura del documento)

Dra. Mónica Alfonso: Comentario por favor doctores.

Dr. Milton Morales: Hay que remitirles información de manera general.

Dra. Mónica Alfonso: Lo que se le puede responder es que ha cumplido con la primera fase de enviar y con la segunda fase de remitir la información faltante, lo que estaría pendiente es programar la visita.

Constatando el quórum de 04 integrantes, se procedió a la siguiente votación:

A Favor: 03 (UNSA, UPCH, URP)

En contra: 00

Abstención: 00

Producida la votación, teniendo en cuenta que la presidencia tiene voto dirimente, se aprobó por unanimidad el siguiente acuerdo:

Acuerdo N°254-2022-CA: Aprobar remitir oficio a la MC Moyra Zaravia Presidente del Consejo Regional de Residentado Médico COREREME HUANCAMELICA, por medio de la Secretaría técnica del Comité Directivo de CONAREME, informando que el expediente de la solicitud de acreditación de sede docente del Hospital Departamental de Huancavelica ha sido recibido dentro de los plazos del cronograma aprobado, asimismo, se viene realizando la programación de la visita por parte de los pares evaluadores, el cual se le avisará con anticipación.

2. CAPACITACIÓN DE PARES EXTERNOS PARA EL PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

(Se procede a proyectar el documento)

Dra. Mónica Alfonso: Lo que hay que coordinar es la fecha de capacitación a los pares externos y la metodología porque se les tiene que tomar un pre y post test.

Dr. Milton Morales: Creo que tienen que ser dos días porque es bastante información y lo podríamos reforzar al día siguiente.

Podría ser la próxima semana miércoles y jueves de 4 a 6, haríamos un pre test al inicio y un post test al final

Dra. Mónica Alfonso: Estarían de acuerdo para poder enviar la invitación a los pares evaluadores.

Constatando el quórum de 04 integrantes, se procedió a la siguiente votación:

A Favor: 03 (UNSA, UPCH, URP)

En contra: 00

Abstención: 00

Producida la votación, teniendo en cuenta que la presidencia tiene voto dirimente, se aprobó por unanimidad los siguientes acuerdos:

Acuerdo N°255-2022: Aprobar remitir oficio a los pares externos aprobados mediante el acuerdo N° 092-COMITÉ DIRECTIVO CONAREME-2022, por medio de la Secretaria técnica del Comité Directivo de CONAREME, invitándolos a participar de la capacitación para el proceso de acreditación de sedes docentes a desarrollarse el 24 y 25 de agosto del 2022, adjuntando la siguiente documentación:

- Manual del Acreditación sedes docentes I nivel y sus anexos
- Manual del Acreditación sedes docentes II y III nivel; y sus anexos
- Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley del Residentado Médico en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional por los efectos del Coronavirus (COVID-19) - Decreto Supremo N° 016-2020-SA.

Asimismo, solicitar su disponibilidad de días para el mes de Agosto (desde el 26 al 31) y setiembre 2022, debiendo de remitirlo hasta el día 24 de Agosto del 2022.

Acuerdo N°256-2022-CA: Aprobar la metodología de capacitación a los pares externos del Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes, según el cuadro adjunto:

CAPACITACIÓN PARA LOS PARES EXTERNOS PARA EL PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES	
24 de agosto del 2022 - I Sesión	
HORA	TEMA/SESIÓN
15:20 - 15:30	Apertura de Sala - Palabras de bienvenida
15:30 - 16:00	Pre Test*
16:00 - 18:00	Desarrollo de la I sesión
25 de agosto del 2022 - II Sesión	
HORA	TEMA/SESIÓN
15:50 - 16:00	Apertura de la sala
16:00 - 17:45	Desarrollo de la II sesión
17:45 - 18:15	Post Test**

* El cual debe ser remitido al correo recepcion@conareme.org.pe como máximo a la 4:10pm.

** El cual debe ser remitido al correo recepcion@conareme.org.pe como máximo a la 6:25pm.

Acuerdo N°257-2022-CA: Aprobar que la Dra. Mónica Alfonso Salas, Asesor Operativo de CONAREME estará a cargo de dar las Capacitaciones a los Pares evaluadores (I y II sesión) del proceso regular de acreditación de sedes docentes.

Acuerdo N°258-2022-CA: Aprobar el PPT de capacitación a los Pares evaluadores el cual será utilizado en las dos sesiones a realizar el día 24 y 15 de Agosto. (Se adjunta).

Acuerdo N°259-2022-CA: Aprobar el Pretest y Post test para la capacitación a los pares externos del Proceso de Acreditación de Sedes Docentes, la cual constara de 10 preguntas que están a continuación:

1. ¿Por quienes está conformado el Sistema Nacional de Residentado Médico?
2. ¿Cuál de las comisiones está a cargo del Proceso de Acreditación de Sedes Docentes?
3. Mencionar los procesos que se viene realizando según la Normativa del SINAREME.
4. Menciona la definición de la Acreditación de la sede docente
5. Marcar el que no es requisito para la Acreditación de sedes docentes
 - () Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder.
 - () Solicitud de Autorización de campos clínicos presentada por las Instituciones formadoras al CONAREME.
 - () Comprobante de Pago de la tasa establecida por CONAREME.
 - () Informe de Autoevaluación en el marco del Manual y de los Estándares entregados.
 - () Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.
6. ¿A que nos referimos cuando se solicita la fuente de verificación de implementación de la normatividad dada por SUSALUD?
7. ¿Con cuanta frecuencia de deben de realizar las reuniones de comité de sede docente?
8. Explicar las características del Convenio de Cooperación Interinstitucional de CONAREME
9. Mencionar dos evidencias de documento de registro de rotaciones realizadas
10. Mencionar que evidencia se envía relacionado al pago mensual y de guardias de los médicos residentes.

3. APROBACION DE LAS ACTAS N°34

(Se procede a revisar el documento)

Dra. Mónica Alfonso: Algún comentario doctores.
Al no haber ningún comentario pasamos a votación

Constatando el quórum de 04 integrantes, se procedió a la siguiente votación:

A Favor: 03 (UNSA, UPCH, URP)
En contra: 00
Abstención: 00

Producida la votación, teniendo en cuenta que la presidencia tiene voto dirimente, se aprobó por unanimidad el siguiente acuerdo:

Acuerdo N°260-2022-CA: Aprobar el acta N°34 del 10 de agosto del 2022 de la comisión de acreditación.

Dra. Mónica Alfonso: Gracias Doctores, nos estaríamos viendo el miércoles para la primera capacitación a los pares evaluadores. Buenas Tardes

Siendo las 16:56 horas se da por finalizada la sesión.

ANEXO 1



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

PROCESO REGULAR DE ACREDITACION DE SEDES DOCENTES 2022 CAPACITACION A PARES EVALUADORES

I SESION

COMISION DE ACREDITACION

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MEDICO

El Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME) es el conjunto de Instituciones Formadoras Universitarias (21) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (202-149), responsables de los procesos de formación de médicos especialistas.



Conareme

Consejo Nacional de Residentado Médico Ley N° 30453

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MEDICO (SINAREME)

1. El Ministerio de Salud.
2. Las universidades con programas de segunda especialización .
3. La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).
4. Las IPRESS: MINSA, EsSalud, Sanidades de las FFAA y de la PNP, los gobiernos regionales que financien vacantes en su ámbito y las entidades privadas que financien .
5. El Colegio Médico del Perú.
6. La Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú



Conareme

Consejo Nacional de Residentado Médico Ley N° 30453



ÁMBITO DE APLICACIÓN

*Ministerio de
Salud*

EsSalud

*Sanidades de
las Fuerzas
Armadas*

*Policía
Nacional del
Perú*

*Gobiernos
Regionales*

*Sector
Privado*

*Instituto de
Medicina
Legal*

FUNCIONES DEL SINAREME

1. Dirigir y planificar la implementación del SINAREME.
2. Promover la coordinación y la participación de los integrantes del SINAREME.
3. Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación del SINAREME.
4. Implementar las prioridades de formación especializada establecidas por el Ministerio de Salud, así como autorizar los campos clínicos, de acuerdo a las necesidades del SINAREME.
5. Evaluar periódicamente los establecimientos de salud donde se desarrollan los programas de segunda especialización.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453

Órganos del Sistema Nacional de Residentado Médico



Conareme

Consejo Nacional de Residentado Médico Ley N° 30453

Consejo Nacional de
Residentado Médico

Comité Directivo

Consejos Regionales de
Residentado Médico

Comités de Sedes
Docentes

SUB COMITÉS Y COMISIONES DEL COMITÉ DIRECTIVO



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453

ÁMBITO DE LOS SUBCOMITÉS Y COMISIONES



Se encuentran subordinados al Comité Directivo, y están integrados por un determinado número de instituciones que conforman el CONAREME.

Pueden ser convocadas para participar en sus sesiones otras instituciones, entidades o personas, en calidad de invitados.

Los Sub Comités y Comisiones para efecto del desarrollo de los encargos, coordinan con la Secretaria Técnica del Comité Directivo, la asistencia a los mismos.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

PROCESOS





Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

COMISIÓN DE ACREDITACIÓN

(Aprobado)

MINSA	Preside
S.D. ESSALUD	Miembro
GOBIERNOS REGIONALES	Miembro
UNSA	Miembro
URP	Miembro
UNMSM	Miembro
UPCH	Miembro
ANMRP	Miembro

ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS

Proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las **IPRESS**, en relación al cumplimiento de los estándares y procedimientos aprobados por el CONAREME, que conduce al reconocimiento de éstas como ***sedes docentes*** para la formación del especialista en los Programas de Residencia Médico, con el objetivo de mejorar la calidad de la formación.



DURACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

Tiene una duración máxima de cinco (5) años; su renovación implica un nuevo procedimiento de acreditación.

Al detectarse que la Institución Prestadora de Servicios de Salud en su condición de Sede Docente, no cumple con las condiciones de la acreditación, ésta acreditación será observada y apercibida por el Comité Directivo a su cumplimiento en un plazo perentorio, de no cumplirse, se elevará al CONAREME para las acciones correspondientes.



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453

PERIODOS DE ACREDITACION

No acredita Si al menos una dimensión obtiene un puntaje $< 60\%$

Acredita 2 años Si al menos todas las dimensiones logran un puntaje $\geq 60\%$

Acredita 5 años Todas las dimensiones $\geq 80\%$ (*)

(*) En el caso de no cumplir plenamente un factor crítico, entonces la acreditación será por 2 años



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN

Son causales de suspensión o pérdida de la acreditación:

1. Operar o realizar actividades de formación de médicos cirujanos sin contar con la autorización de los campos clínicos del CONAREME.
2. Incumplir con los pagos correspondientes al médico residente.
3. Incumplir con las medidas de bioseguridad, descanso post guardia, alimentación y pago de guardias de ser el caso.
4. No brindar el equipamiento adecuado de acuerdo a los estándares del campo clínico autorizado



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

Artículo 1.- Modificación de la Segunda Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico aprobada por el Decreto Supremo N° 007-2017-SA

Modifícase la Segunda Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico (SINAREME) aprobado por Decreto Supremo N° 007-2017-SA, en los siguientes términos:

“Segunda.- Para los Concursos Nacionales de Admisión al Residencia Médico de los años 2020 al 2023, se consideran los campos clínicos que fueron autorizados conforme a la normativa anterior para las instituciones universitarias formadoras en las instituciones prestadoras de servicios de salud, y de acuerdo con los alcances del artículo 4° de la Ley N° 30453.

Durante el periodo antes indicado, el CONAREME aprueba los procedimientos de autorización y acreditación contemplados en el Título VIII del presente Reglamento, con la finalidad de adecuarse a las disposiciones de la Ley N° 30453, al presente Reglamento y al Estatuto del CONAREME”.



Fuente: Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley del Residencia Médico en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional por los efectos del Coronavirus (COVID-19) DECRETO SUPREMO N° 016-2020-SA



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

II CRONOGRAMA AMPLIADO DEL PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

DESCRIPCIÓN		FECHA/DIA/MES
1	El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME) aprueba los documentos, cronograma e instrumentos para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como Sede Docente.	Viernes 03 de junio de 2022.
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA/DIA/MES
2	Publicación del Cronograma.	Viernes 03 de junio de 2022.
3	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud presentan ante el Comité Directivo de CONAREME la solicitud de Acreditación, Informe de autoevaluación y sus anexos y Declaración Juada. Éste es remitido a la Comisión de Acreditación de Sede Docente.	Lunes 06 de junio al viernes 17 de junio de 2022.
4	Verificación de la Información remitida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Información faltante).	Hasta al 20 de junio de 2022.
5	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben de enviar la información faltante.	Hasta el 05 de agosto de 2022.
6	La Comisión de Acreditación de Sede Docente emite Informe Final de Acreditación de Sede Docente y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME.	Hasta el miércoles 15 de marzo del 2023.
7	El Comité Directivo del CONAREME, en Sesión Extraordinaria revisa el Informe final de Acreditación de Sede Docente (publicación de acta). Se aprueba la acreditación de sede docente. De no aprobarse, la institución prestadora de servicios de salud presentará el recurso de reconsideración correspondiente.	Hasta el viernes 17 de marzo de 2023.
8	Plazo para interponer Recurso de Reconsideración.	15 días hábiles.
9	La Secretaría Técnica remite a la Comisión de Acreditación el recurso de reconsideración, para su revisión y emite informe.	Hasta el martes 02 de mayo de 2023.
10	La Comisión de Acreditación de Sede Docente emite Informe Final de los recursos de Acreditación de Sede Docente presentados y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME.	30 días calendarios.
11	El Comité Directivo del CONAREME, en la Sesión Extraordinaria resuelve el Recurso de Reconsideración y agota la vía administrativa.	Hasta el viernes 16 de junio de 2023.



ACREDITACION DE SEDE DOCENTE

Proceso voluntario mediante el cual, las ***Instituciones solicitantes*** miden la calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos, frente a estándares aprobados por el CONAREME, y conduce al reconocimiento como ***SEDE DOCENTE*** para la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana, mediante los Programas de Residentado Médico.



Conareme
Consejo Nacional de Residentado Médico Ley N° 30453



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema Nacional de Salud, que la **Sede Docente**, cuenta con capacidades para formar especialistas en medicina humana con calidad, sobre la base del cumplimiento de dimensiones y estándares, previamente establecidos por el CONAREME.

ACREDITACION DE INSTITUCIONES SOLICITANTES

Dar fe pública de la calidad de la institución acreditada, acción que realiza y otorga CONAREME a las Instituciones solicitantes, en relación con el cumplimiento de las ***dimensiones*** , ***estándares*** y ***procedimientos aprobados***.



SEDE DOCENTE



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453



REQUISITOS

- 1) Solicitud de visita previa cuando corresponda.
- 2) Informe de la visita previa de reconocimiento de la Institución .
- 3) Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME.
- 4) Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder.
- 5) Comprobante de Pago de la tasa establecida por CONAREME.
- 6) Informe de Autoevaluación en el marco del Manual y de los Estándares entregados.
- 7) Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.

PROCESO DE ACREDITACION

- Informe de autoevaluación
- Evaluación en detalle por un equipo de expertos (informe de los pares externos)
- Decisión del Comité Directivo
- Ratificación por el CONAREME y otorgamiento del Certificado de ser aprobada.

La finalidad de este proceso es favorecer el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, de la formación de especialistas, de la seguridad de los usuarios de los servicios de atención, mediante estándares de excelencia.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453



- 1) El Sub Comité de Calidad, a través de su Comisión de Acreditación, elabora y actualiza las herramientas .
- 2) El CONAREME, aprueba el Manual, los estándares e instrumentos .
- 3) El CONAREME, ratifica la acreditación y emite el Certificado correspondiente, de ser aprobada y ratificada la Acreditación.
- 4) Durante la visita previa, de aceptarse iniciar el proceso de acreditación, CONAREME hace entrega del Manual, las dimensiones y los Estándares, herramientas e instrumentos para realizar la Autoevaluación.
- 5) La institución solicitante, formará una comisión auto evaluadora.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

- 6) Se cancela el 30% de la UIT por concepto del costo del Proceso .
- 7) Las Instituciones solicitantes, realiza el proceso de autoevaluación y elabora el Informe de Autoevaluación (90 páginas).
- 8) El informe de autoevaluación debe ser redactado por una sola cara, en letra Arial Narrow N° 11, con espacio interlineal 1.15, incluyendo diagramas y gráficos relacionados al texto y de acuerdo con lo requerido.
- 9) Se entrega el informe con los anexos en PDF al correo :
repcion@conareme.org.pe.
- 10) El Comité Directivo designa un equipo de **pares evaluadores**.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

- 11) El Equipo de Pares Evaluadores realiza la visita .
 - a. El Equipo de pares Evaluadores elabora un informe que eleva al Comité Directivo, en el cual, sugiere o no la acreditación, sustentando las razones de su decisión.
 - b. El Comité Directivo aprueba o no la Acreditación y eleva el expediente al Consejo Nacional de Residencia Médica para su ratificación y entrega del Certificado de Acreditación correspondiente.
- 12) El CONAREME entrega a la Institución solicitante un Certificado de Acreditación con duración de 5 años.
- 13) Habrá una relación en la Página Web de CONAREME, de las instituciones Acreditadas y en proceso de evaluación.

METODOLOGIA DE VISITA A LA INSTITUCION SOLICITANTE

Lugar:

- Ambiente de la Institución solicitante destinado para la Visita de Acreditación.

Participantes:

- Comisión responsable de la Acreditación de la Institución solicitante
- Pares evaluadores
- Invitados(máximo 2)



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médico Ley N° 30453



Visita a la Institución solicitante

PASO	DESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSIBLE	DURACION
I.RECEPCION DE PARES EXTERNOS			
1	Recepción a la Comisión de Pares Evaluadores por parte de la Comisión de Acreditación de la Institución solicitante	COMISION DE ACREDITACION DE LA INSTITUCION SOLICITANTE	15 minutos
II.REUNION DE ACREDITACION DE SEDE DOCENTE			
II.1 REUNION DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE I PARTE			
2	Presentación de cada participante(Pares Evaluadores-Comisión de Acreditación) en al ambiente destinado	COMISION DE ACREDITACION DE LA INSTITUCION SOLICITANTE/PARES EVALUADORES	15 minutos
3	Elaboración y firma del Acta de la reunión	PARES EVALUADORES	15 minutos
4	Lectura de la Matriz para la evaluación a la Institución solicitante	PARES EVALUADORES	30 minutos
5	Consultas de parte de los Pares Evaluadores a la Comisión de Acreditación de la Institución solicitante	PARES EVALUADORES	30 minutos
6	Respuestas a las consultas realizadas por los Pares Evaluadores	COMISION DE ACREDITACION DE LA INSTITUCION SOLICITANTE	30 minutos
II.2. VISITAS A LOS AMBIENTES			
7	Visita a los ambientes de la Institución solicitante	COMISION DE ACREDITACION DE LA INSTITUCION SOLICITANTE/PARES EVALUADORES	1 hora
II.3.REUNION DE ACREDITACION DE SEDE DOCENTE II PARTE			
8	Completar el llenado de la Matriz con sus respectivas observaciones	PARES EVALUADORES	30 minutos
9	Firma final del Acta	COMISION DE ACREDITACION DE LA INSTITUCION SOLICITANTE/PARES EVALUADORES	15 minutos



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

PROCESO REGULAR DE ACREDITACION DE SEDES DOCENTES 2022
CAPACITACION A PARES EVALUADORES

II SESION

COMISION DE ACREDITACION



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

INSTITUCIONES SOLICITANTES

***Ministerio de
Salud***

EsSalud

***Sanidades de
las Fuerzas
Armadas***

***Policía
Nacional del
Perú***

***Gobiernos
Regionales***

***Sector
Privado***

***Instituto de
Medicina
Legal***

MATRIZ DE DIMENSIONES, ESTÁNDARES Y VALORACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE COMO SEDE DOCENTE

I.- SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención													
La institución solicitante incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario									No cuenta con Plan de Gestión de Calidad	Cuenta con Plan de Gestión de la Calidad que incorpora estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación aprobado.	Cuenta con Plan de Gestión de Calidad con estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación implementado y propuestas de mejora.	1. Informe de implementación del Plan de Gestión de la Calidad con estrategias para promover la atención segura y humana (1) 2. Consentimiento Informado (Derecho a acceder a una copia de la historia clínica y de carácter reservado, consentimiento informado por escrito)	

1. INFORME DE IMPLEMENTACION 2021-2022
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO/MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)/TRAMITES UNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS(TUPA)/FORMATO UNICO DE TRAMITES(FUT)/SOLICITUD SIMPLE

Se debe de solicitar el documento de aprobación del proceso o documento utilizado para esta solicitud.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
Seguridad del paciente y humanización de la atención	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La institución solicitante cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud* (infecciones nosocomiales)									No cuenta con normas para vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	Cuenta y ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud.	Ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud; así como la disponibilidad de los recursos necesarios para que asegure las atenciones de salud con calidad.	1. Informe del Comité de infecciones Intrahospitalarias 2. Informe del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo	

1. Informe 2021. Cuando es I nivel puede variar el nombre a Comisión de Bioseguridad u otros (Si envían actas de cada reunión deben de adjuntar un informe anual).
2. Informe 2021. Algunos tienen este Comité a nivel de Redes. (Si envían actas de cada reunión deben de adjuntar un informe anual).

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención									No cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana.	Cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana pero aún no se implementa.	Cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana e implementado.	1. Norma que aprueba el PDP (plan de desarrollo de las personas) o su equivalente en las instituciones del sector.	

1.Resolución de Dirección (RD)/Resolución de DIRESA(RD)/Resolución Gerencial(RG)/Resolución de Presidencia(RP)/Resolución Jefatural(RJ)

El nombre de este documento también puede cambiar en algunos casos, observar estos casos en INML e Instituciones privadas.

Este documento puede estar a nivel de Redes de I nivel y de Redes por EsSalud.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención													
La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno									No cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno.	Cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno, pero aún no se implementa	Cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno implementado y cuenta con propuestas de mejoras continuas de calidad.	1. Informe de avances del monitoreo de satisfacción del usuario.	

1.La Instituciones solicitantes deberían tener informes trimestrales y estos los deberían de presentar. Se han encontrado algunas que lo tienen semestral o anualmente. Estos se debe de tener en cuenta al momento de solicitar este informe de avances.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
Seguridad del paciente y humanización de la atención	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y quejas de los usuarios									No cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios.	Cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios y no da respuesta a los mismos.	Cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios, y da respuesta e inicia los procedimientos administrativos correspondientes según normatividad emitida por SUSALUD	1. La institución solicitante debe exhibir de manera visible y de fácil acceso, el procedimiento para la atención de reclamos de las personas usuarias. 2. Registro de reclamos y quejas de los usuarios; así como las respuestas. 3. Implementación de la normatividad que emite SUSALUD.	

- Se solicita que envíen foto de donde esta exhibiendo la información. Se debe de verificar cuando se realice la visita a la Institución solicitante.
- Libro de Reclamos y quejas donde se encuentran estos registros además de las respuestas. Se debe de respetar los datos personales.
- Oficina del PAUS su organización y horario de atención así como el personal responsable de su atención quien debe ser designado y cumplir determinada características

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención													
La Institución Solicitante ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de salud y para la docencia. *									No cuenta con los procesos de Consentimiento Informado que le otorga al usuario el derecho de aprobar o negar su consentimiento.	Cuenta con los procesos de Consentimiento Informado que le otorga al usuario el derecho de aprobar o negar su consentimiento mediante documento escrito y firmado o huella digital.	Cuenta con los Consentimiento Informado los cuales están incorporados en las historias clínicas.	1.Documentos escritos, firmados o huella digital por los usuarios otorgando o negando su consentimiento, para el procedimiento o tratamiento y la docencia. 2. Historias Clínicas de las personas usuarias, con consentimiento informado	

1. Consentimiento Informado para procesos y procedimientos así como el consentimiento informado de docencia. Estos deben de contar con un documento de aprobación para su uso en la institución.
2. La Historia clínica donde se evidencia la utilización de estos consentimientos respetando los datos personales.

II.- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con un programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente) *									No cuenta con un programa de inducción para el Residentado médico	Cuenta con un programa de inducción de Residentado, pero no se ejecuta	Cuenta con programa de inducción de Residentado y se ejecuta	1. Programa de inducción aprobado por la institución. 2. Informe de cumplimiento del programa de inducción.	

- 1. El Programa de inducción puede ser de años anteriores y debe de estar firmado por el área correspondiente.
- 2. El Informe de cumplimiento puede ser de años anteriores y debe de estar firmado por el área correspondiente.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
Educación Médica e Investigación	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con un representante de los Médicos Residentes acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMRP) según reglamento de Ley del SINAREME (solo si ya es sede docente)									No cuenta con un médico residente representante de los residentes de la sede.	Cuenta con un médico residente representante de los residentes de la sede con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección.	Cuenta con un médico residente representante de los residentes con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección y participa en el comité de sede docente.	1. Acta de elección del representante de los residentes de la sede docente o carta de presentación de la ANMRP u oficio de designación de la ANMRP. 2. Resolución de conformación de la sede docente que incluya al médico residente representante como miembro 3. Copia del Acta de las 2 últimas reuniones del Comité de sede docente	

1. Puede ser el oficio emitido por la ANMRP o el acta de elección de los médicos residentes.
2. Resolución de conformación del comité de sede docente
3. Copia de las dos ultimas reuniones (estas reuniones se realizan mensualmente)

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación									No cuenta con Plan de capacitación anual.	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado y se ejecuta parcialmente.	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado, implementado y evaluado	1. Plan de capacitación anual aprobado, del año en curso 2. Informe de evaluación del plan anual ejecutado el año anterior	

- Este Plan de Capacitación debe de ser del 2022 , el cual debe incluir las capacitaciones dirigidas a los médicos especialistas firmado por el área correspondiente.
- Este informe es sobre la evaluación del Plan de Capacitación del 2021 firmador por el área correspondiente.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación													
La Institución Solicitante, cuenta con un responsable que articula el trabajo de la universidad con la Institución Solicitante, según corresponda. *									No cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación, encargado de la interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la sede docente	Cuenta con responsable del área de capacitación, docencia e investigación y no logra interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la Institución solicitante.	Cuenta con responsable del área de capacitación, docencia e investigación y logra la interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la Institución solicitante.	1. Documento de designación del responsable del área de capacitación, docencia e investigación 2. Gestión documentaria de la interacción /coordinación entre Institución solicitante y universidades.	

- Este documento debe de ser emitido por la Institución solicitante, dependiendo del personal puede ser RD, memo o documento de designación.
- Esta gestión documentaria dependerá del numero de Instituciones formadoras que se encuentran desarrollando los programas en la Institución solicitante.

Ejemplo:
- Si son dos universidades se debe de evidenciar las coordinaciones de ida y vuelta con estas universidades

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación													
La Institución Solicitante, cuenta con convenios con las instituciones formadoras (sedes docentes acreditadas) y planes de trabajo e inicio de gestión (para sedes docentes nuevas)									No cuenta con convenios marco y específicos con las instituciones formadoras	Cuenta con convenios marco y específicos en trámite	Cuenta con convenios marco y específicos con las instituciones formadoras	1. Convenios marco y específicos con las instituciones formadoras, firmados y vigentes.	

1. El Convenio Marco existe mayormente a nivel regional.

El Convenio específico se refiere al Convenio de Cooperación Interinstitucional de CONAREME (modelo en la web de CONAREME) el cual debe de estar firmado por la Institución solicitante y la Institución formadora con la Resolución dada por CONAREME

Si se considerará el Convenio de Cooperación Interinstitucional de CONAREME que no este vigente (Acuerdo)

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
Educación Médica e Investigación	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.									No provee de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	Provee parcialmente de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	Provee de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	1. Registros de entrega de los servicios o en la unidad funcional de la seguridad y salud en el trabajo.	

1. Registro de entrega de EPP a los médicos residentes el cual debe de estar firmado por la autoridad correspondiente. Pueden ser cuadernos de cargos, lista de recepción, entrega por farmacia, entrega por servicios; se debe de tener en cuenta todos los medios de entrega.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
Educación Médica e Investigación	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).									La Institución Solicitante no realiza educación médica de pregrado	La Institución Solicitante está en trámite de realizar educación médica de pregrado	La Institución Solicitante realiza educación médica de pregrado	1. Verificación de asistencia de alumnos.	
												2. Registro de convenios y solicitud de campos clínicos.	
												3.Registro de gestión de tramites	

NO APLICA PARA NINGUNA INSTITUCION SOLICITANTE

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje									La Institución Solicitante no cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos no adecuados para la enseñanza y aprendizaje	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje	1. Observación de ambientes (auditorio/aula/sala de reuniones) y equipos tecnológicos para la docencia (computadoras, proyector, salas de cómputo con acceso a internet, bases de datos virtuales)	

1. Cuando diga OBSERVACION deben de haber enviado fotos y al momento de la visita se verifica las fotos enviadas.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉRITOS	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	III-E				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación									La Institución Solicitante no cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación ni tiene publicaciones en revistas indexadas	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación, pero no tiene publicaciones en revistas indexadas	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación, y tiene publicaciones en revistas indexadas	1. Documento de registro líneas de investigación	
												2. Listado de investigadores	
												3. Listado de trabajos de investigación	
												4. Lista de publicaciones	

1. Este documento pueden variar de nombre en las Instituciones solicitantes y pueden ser de cada instituciones o a nivel de redes. Deben de anexar el documento de aprobación.
2. Listado firmado por el área correspondiente. Los investigadores pueden ser cualquier médico especialista de la institución solicitante.
3. Listado firmado por el área correspondiente. En el listado de trabajos de investigaciones debe de estar los autores.
4. Listado firmado por el área correspondiente. En el listado de publicaciones debe de estar los autores y las direcciones.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia									La Institución Solicitante no cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia	La Institución Solicitante cuenta con menos del 10% de su personal médico especialista con capacitación en docencia	La Institución Solicitante cuenta con más del 10% de su personal médico especialista con capacitación en docencia.	1. Listado total de personal especialista 2. Verificación de lista de especialistas con capacitación en docencia	

1. Es el Listado de todos los médicos especialistas de la sede docente no es necesario que sea tutor ni coordinador.
2. De estos médicos especialistas quienes de ellos tienen capacitación en docencia con sus respectivas constancias.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
Educación Médica e Investigación	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta con el Plan de rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas) *									La Institución Solicitante no cuenta con el Plan rotaciones de los médicos residentes	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes y no se cumple	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes actualizada y se cumple	1. Cuenta con el Plan de Rotaciones. 2. Documento de Registro de las rotaciones realizadas por los residentes	

1. Este Plan de rotaciones debe de estar firmador por el área correspondiente. No es necesario que envíen de todos los programas que se desarrollan en la Institución solicitante .
2. Esta evidencia debe de dar la información que se realizaron las rotaciones externas como asistencias o fichas de registro de notas donde se evidencia las firmas de quienes estuvieron a cargo de esta rotación.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).									La Institución Solicitante no cuenta con programación de actividades académicas*	La Institución Solicitante, cuenta, pero no se cumple regularmente con programación de actividades académicas*	La Institución Solicitante cuenta y se cumple regularmente con programación de actividades académicas*	1. Programación de Actividades Académicas (mensual). 2. Registro de asistencia de las actividades académicas (mensual). Se considerará al azar (2 especialidades)	

1. Este programa debe de estar firmado por el área correspondiente. Docencia puede enviar el conglomerado de las actividades académicas de cada servicio.
2. Se debe de evidenciar la realización de estas actividades pudiendo ser presencial o virtual.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación La Institución Solicitante cuenta con coordinador por institución formadora para el Residentado Médico (para sedes docentes acreditadas).									La Institución Solicitante no cuenta con coordinadores de residentes de cada institución formadora para el Residentado, con las que tiene convenio,	La Institución Solicitante cuenta con coordinadores de Residentado de solo algunas instituciones formadoras con las que tiene convenio	La Institución Solicitante cuenta con coordinadores de Residentado de todas las instituciones formadoras con las que tiene convenio	1. Documentos de designación de Coordinadores de Residentado Médico de las Instituciones Formadoras	

1.Este documento debe de ser enviado por la Institución formadora , pudiendo ser Resolución del Decanato u Oficio donde especifique el Coordinador de la Institución formadora en la sede docente.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación El comité de sede docente se reúne regularmente y suscribe actas (para sedes docentes acreditadas).									El comité de sede docente no está conformado	El comité de sede docente está conformado y no se reúne regularmente*	El comité de sede docente está conformado, se reúne regularmente	1. Acta de la conformación del Comité de Sede Docente. 2. Actas de reuniones del Comité de sede docente.	

1. Esta acta debe ser vigente
2. Las reuniones de los Comités de sedes docente se realizan en forma mensual.

III.- ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría									No ha incorporado las actividades de docencia e investigación, en los Documentos de Gestión según categoría	Ha incorporado las actividades de docencia e investigación, en los Documentos de Gestión, pero no ejecuta según categoría	Ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los Documentos de Gestión según categoría	1. Plan o Documento que evidencia la programación de actividades de investigación y docencia 2. Informe de ejecución de actividades de investigación y docencia	

1. Este Plan debe de contener temas exclusivos de Investigación y docencia . Ejemplo : Como publicar , elaboración de casos clínicos , competencias en el resindentado médico.
2. Este informe debe de estar en relación al cumplimiento de este Plan.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Institución solicitante													
La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos, de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia. *									No cuenta con RRHH especializados	Cuenta con recursos humanos especializados insuficientes según categoría.	Cuenta con RRHH especializados suficientes y tienen funciones de docencia definidas en los documentos correspondientes	1. Relación de médicos especialistas en la Institución Solicitante (IS nueva) y relación de médicos especialistas que se desempeñan como tutores en la Institución solicitante 2. Documento de gestión donde se establezcan las funciones de docencia por parte del personal asistencial	

1. Se refiere a la Resolución o Oficio emitido por la Institución formadora donde designa al médico especialista tutor de cada especialidad. Será un documento por cada universidad que desarrolle el programa en la sede docente.
2. Mayormente están presentando ROF y su documento de aprobación respetivo. En algunos IPRESS privadas están presentando Políticas de la Institución.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución solicitante cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura), según categoría									No cuenta con servicios de consulta externa organizados ni implementados	Cuenta con servicios de consulta externa de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados o implementado	Cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados según categoría	1. Verificación directa de ambientes de consulta externa	
La Institución solicitante cuenta con servicios de Hospitalización organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de hospitalización de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de hospitalización de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados e implementado, según	Cuenta con servicios de hospitalización debidamente organizados e implementados, según categoría.	1. Verificación directa de los servicios de hospitalización	
La Institución Solicitante cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados e implementados, según categoría.									No cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados ni implementados de acuerdo con su nivel de complejidad	Cuenta con servicios de Centro Quirúrgico de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no están debidamente organizados o implementados.	Cuenta con servicios de Centro Quirúrgico debidamente organizados e implementados	1. Verificación de ambientes de Centro Quirúrgico	

1. Deben de enviar foto y se verificara en la visita.
2. Deben de enviar foto y se verificara en la visita.
3. Deben de enviar foto y se verificara en la visita.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉRIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	III-E				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de Emergencia de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de Emergencia de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados o implementados.	cuenta con servicios de Emergencia debidamente organizados e implementados	1. Verificación de ambientes del servicio de emergencia	
La Institución Solicitante cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico organizados e implementados, de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico en proceso de organización o implementación de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico organizados e implementados de acuerdo con su nivel de complejidad	1. Verificación directa de los ambientes de los servicios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y anatomía patológica	

- 1 Deben de enviar foto y se verificara en la visita.
- 2 Deben de enviar foto y se verificara en la visita

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución solicitante, cuenta con unidades administrativas para la docencia, según categoría									No cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia	Cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia, cumpliendo parcialmente sus funciones	Cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia, cumpliendo sus funciones.	1. Reglamento de organización y funciones que establece la unidad orgánica de investigación y docencia o similar 2. Verificación directa de los ambientes de las unidades administrativas	
La Institución Solicitante cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación)									No cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación)	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación) en proceso de implementación	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente debidamente implementado (ambientes de descanso, estudio, alimentación)	1. Verificación directa de ambientes destinados para los médicos residentes para descanso, estudio y alimentación	

- 1.El ROF y el documento que lo aprueba
2. Foto de un ambiente administrativo
1. Deben de enviar foto y se verificara en la visita.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Institución solicitante													
La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes									No cuenta con un registro ni con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	Cuenta con un registro, pero no con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	Cuenta con un registro y con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	1. Verificación del registro de asistencia e informe mensual de asistencia de los residentes por parte de la oficina de recursos humanos	

1. Se deben de adjuntar el Informe mensual de asistencia firmado por el área correspondiente y la verificación de registro de asistencia el cual puede ser manual o biométrico dependiendo de la Institución solicitante.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	III-E				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución solicitante cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna (para sedes acreditadas) *									No cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna	Cumple con las remuneraciones, pero no de manera oportuna	Cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna	1. Verificación en las planillas de pago.	
La Institución solicitante cumple con pago de guardias al residente de manera oportuna									No cumple con el pago de guardias al residente de manera oportuna	Cumple el pago de guardias al residente de manera incompleta	Cumple con el pago de guardias al residente de manera oportuna y completa	1. Verificación de la Programación de guardias y las planillas de pago.	

(*) Estándares críticos

Si en la evaluación resulta 0 o 1, debe ser regularizado con prioridad

1. Para la Verificación del pago mensual y de guardias pueden enviar un Oficio del área correspondiente de epagis de la Institución solicitante el cual contenga :

- El Informe mensual de asistencia que envían al MINSA para su pago mensual
- La RD para el pago de guardias
- Una boleta del MR donde se evidencie el pago mensual y el de guardias.

IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución solicitante, elabora y ejecuta el plan anual de calidad.									No cuenta con un plan anual de calidad	Cuenta con un plan anual de calidad.	Cuenta con un plan anual de calidad y se ejecuta.	1. Evidencia el plan anual de calidad. 2. Informe de Avance de Ejecución del Plan anual de Calidad	

- 1. Deben de enviar el documento que aprueba el Plan Anual de calidad y el Plan.
- 2. El informe se debe de referir sobre el avance de cumplimiento de este plan anual de calidad.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Atención de la salud									No cuenta con el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	Cuenta, pero no desarrolla el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	Cuenta y desarrolla el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	1. Programa de actividades intramurales 2. Programa de actividades extramurales de atención de salud	

1. Las actividades intramurales se refieren a todos lo que realiza el médico residente en la misma sede docente : guardias , atención en consultorio etc.
2. Las actividades extramurales se refiere a las actividades que realiza fuera de la sede docente : partctiacpn en campa ade donación de sangre , vacunatorios etc.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Atención de la salud													
La Institución Solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes									No cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia	Cuenta con una persona responsable para la gestión del sistema de referencia y contrarreferencia	Cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia con adecuado funcionamiento	1. Documento que designa al responsable a cargo del sistema de referencia y contrarreferencia.	
												2. Estadística del sistema de referencia y contrarreferencia.	

1.Documento que designe al responsable pudiendo ser RD , memo . Se debe de leer las especificaciones de funciones por que hay varios con ,múltiples funciones

2.Se refiere al informe estadístico de referencia y contrarreferencia del 2021 firmado por el área correspondiente.

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Atención de la salud													
La Institución Solicitante, cuenta con estadísticas de las prestaciones de salud realizadas*									No cuenta con reporte estadístico de las prestaciones de salud	Cuenta con sistema de registro de prestaciones de salud, pero no se generan reportes estadísticos periódicos	Cuenta con sistema de registro de prestaciones de salud y se generan reportes estadísticos y de indicadores periódicos	1. Verificación del sistema de registro de prestaciones de salud.	
												2. Estadísticas mensuales de las prestaciones de salud registradas.	

1. El sistema de registro de prestaciones se puede evidenciar enviando un Oficio por el área correspondiente que especifique que registro utilizan y la captura de pantalla de este.
2. Se refiere a las estadísticas mensuales que los tienen en su informe del 2021.

IX. VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES Y ESTÁNDARES DE LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES



ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

N° de Expediente:

Nombre de la Institución Prestadora de Salud (IPRES):

Código RENAES:

Ubicación:

Dirección:

Teléfono:

Nombres y Apellidos del Director General:

Nombres y Apellidos del Responsable de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación:

Nombres y Apellidos de los integrantes del Equipo Evaluador:

COSTO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES				
TASAS, DERECHOS E INSCRIPCIONES				
(UIT 2022: S/ 4 600.00)				
N°	DESCRIPCION DERECHOS Y/O TASAS	BASE DE CALCULO	%	IMPORTE S/
1	Costo del proceso de Acreditación de Sedes Docentes	1UIT	30%	S/1,380.000

SIRVASE PAGAR MEDIANTE ABONO Y/O TRANSFERENCIA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

RUC N°20601699177

ENTIDAD BANCARIA: BANCO SCOTIABANK

CUENTA DE AHORRO SOLES:

CTA N°127-0324674

CCI: 009-040-201270324674-77

**SOLICITUD DE ACREDITACION DE INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD COMO
SEDE DOCENTE:**

Señor Doctor(a)
Presidente(a) del Comité Directivo
CONAREME
Presente. -

Yo,, con DNI N°, en el cargo de Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o representante legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, ubicado en, del distrito de, Provincia.....del Departamento de

Solicito a Usted, se sirva acreditar como Sede Docente a la institución prestadora de servicios de salud:, para lo cual cumplo con adjuntar los documentos requeridos conforme al Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes, aprobado por el CONAREME, bajo los alcances del Acuerdo N°....., en Asamblea General del y el Acuerdo N° del Comité Directivo del CONAREME, en Sesión Extraordinaria de fecha; en el marco del Decreto Supremo N° 016-2020-SA:

1. Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME que contenga una copia de los siguientes documentos:
 - a. Resolución de Categorización de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - b. Registro RENAES.
 - c. Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces, o representante legal de la institución solicitante.
 - d. Documento Nacional de Identidad del firmante.
2. Informe de Autoevaluación y sus anexos que lo sustentan.

Que, la información y documentación presentada en el Proceso Regular de Acreditación de Institución Prestadora de Servicio de Salud, regulado en el Reglamento de la Ley N° 30453, aprobado por el Decreto Supremo N° 007-2017-SA y los acuerdos administrativos del CONAREME, sobre la materia, es veraz y no contraviene las normas vigentes ni ha sido elaborada con fraude a la Ley.

Lo que declaro al amparo del principio de presunción de veracidad normado en el artículo 51° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe adulteración, falsedad o inexactitud alguna de los consignados en la presente declaración jurada o de cualquier documento o información presentada, con motivo de la acreditación, bajo los alcances del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Suscribo la presente, como señal de conformidad, veracidad y cumplimiento, con pleno uso de mis facultades y de acuerdo con los alcances del principio de Autonomía de la Voluntad, establecido por el Código Civil vigente.

....., ... de del 2022.

.....
Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o
representante legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud