

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

(CONAREME)

SESION EXTRAORDINARIA DEL SUB COMITÉ DE CALIDAD

ACTA N° 02

LUNES 05 DE FEBRERO DE 2024

Hora de Inicio	:	12:00 horas
Hora de Término	:	13:27 horas
Videoconferencia	:	Plataforma ZOOM de CONAREME

MIEMBROS ASISTENTES:

1. DR. VICENTE CRUZATE CABREJOS	PRESIDENTE CONAREME
2. DRA. MERY ARANDA ALFREDO	MIEMBRO SEC. TÉCNICO CONAREME
3. DR. VICENTE CRUZATE CABREJOS	PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE CONTROL
4. DR. GUALBERTO SEGOVIA MEZA	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ACREDITACIÓN
5. DRA. MARIA CUZCO RUIZ	PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE ADMISIÓN
6. DR. ADRIEL OLOTEGUI YZU	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN

MIEMBROS AUSENTES:

7. DR. JUAN CARLOS MEZA GARCÍA	PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE ESTÁNDARES
--------------------------------	---

AGENDA:

1. APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS.
2. APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE PARA EL I NIVEL.
3. APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE PARA EL NIVEL II Y III
4. DISPENSA DEL ACTA

I. DESPACHO. –

No hay despacho

II. INFORMES. –

No hay informes

III. PEDIDOS. –

No hay pedidos

IV. ORDEN DEL DIA. –

Dra. Mery Aranda: Vamos a empezar tomando asistencia para corroborar el quorum de la presente sesión.
(Se toma asistencia)

1. APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS. (Anexo 01)

Dra. Mery Aranda: Habiendo quorum, vamos a presentar los puntos de agenda.
(Se procede a proyectar la preacta)

Dra. Mery Aranda: Como primer punto esta la revisión del manual, instrumento y cronograma del procesos regulares autorización.
(Se procede a proyectar el documento)

Dra. Mónica Alfonso: Doctores, ¿tienen algún comentario respecto al documento?

Dra. Maria Cuzco: Buenos días con todos, una consulta en relación al cronograma ¿cuántos programas se van a evaluar?

Dra. Mónica Alfonso: Aproximadamente de 600 programas.

Dra. Maria Cuzco: En el periodo que se está considerando la evaluación lo va a realizar la comisión de autorización o se está pensado que van a haber grupos de trabajo son bastantes programas.

Dra. Mónica Alfonso: Para el Proceso Regular se va a trabajar con un equipo de evaluadores, que son los pares externos, a diferencia del proceso excepcional, el cual lo realizaba la misma comisión.

Dra. Maria Cuzco: Entonces si va a haber evaluadores por eso se está considerando en el cronograma. La otra consulta es en relación al pago, no hay problemas en el caso de los programas, así como está pasando con algunas sedes docentes, lo digo para ir previendo ese tema porque estamos hablando de universidades públicas que manejan un número importante de programas y ver bien cómo se va a establecer porque no queremos que un número importante pueda quedarse fuera del proceso por limitaciones.

Dra. Mónica Alfonso: Vamos a aclarar ese punto, el año pasado se había convocado al proceso de autorización de programas, pero se realizó una revisión del manual y lo que significa que para este proceso que se está convocando ya todas las universidades han pagado.

Dra. Maria Cuzco: Muchas gracias por la aclaración.

Dra. Mery Aranda: Al no haber más comentarios, pasamos a votación.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 06 integrantes:

A favor: 04 (Pres. Com. Acreditación, Pres. Com. Autorización, Pres. Sub. Control, Sec. Técnico)

Abstenciones: 00

En contra: 00

Se deja constancia de que la representante del Ministerio de Salud no emite su voto.

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

Acuerdo N°004-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar el manual, instrumento y cronograma del Proceso Regular de Autorización del Funcionamiento de Programas, y elevarlo al Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), a través de la secretaría técnica del Comité Directivo.

2. APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE PARA EL SENGO, TERCER Y PRIMER NIVEL. (Anexo 02)

Dra. Mery Aranda: El siguiente punto de agenda es la revisión del manual de acreditación del Segundo y Tercer nivel segundo.
(Se procede a proyectar el documento)

Dra. Mónica Alfonso: Comentarios por favor.

Dr. Gualberto Segovia: En el manual no se ha especificado el significado de pares externos, se debería de agregar esa información.

Dra. Mónica Alfonso: Efectivamente esa información no se encuentra dentro del manual, se agregará ese requerimiento.

Dra. Mery Aranda: Doctores ¿alguna otra sugerencia o consulta?
Tomando nota lo mencionado por el doctor Segovia, vamos a pasar a votación.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 06 integrantes:

A favor: 05 (Pres. Com. Acreditación, Pres. Com. Autorización, Pres. Sub. Admisión, Pres. Sub. Control, Sec. Técnico)

Abstenciones: 00

En contra: 00

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

Acuerdo N°005-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar el manual, instrumento y cronograma del Proceso Regular de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud como Sede Docente para el Primer Nivel, y elevarlo al Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), a través de la secretaría técnica del Comité Directivo.

Acuerdo N°006-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar el manual, instrumento y cronograma del Proceso Regular de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud como Sede Docente para el Segundo y Tercer Nivel, y elevarlo al Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), a través de la secretaría técnica del Comité Directivo.

3. DISPENSA DEL ACTA

Dra. Mery Aranda: Vamos a dispensa del acta como tercer punto de agenda.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 06 integrantes:

A favor: 05 (Pres. Com. Acreditación, Pres. Com. Autorización, Pres. Sub. Admisión, Pres. Sub. Control, Sec. Técnico)

Abstenciones: 00

En contra: 00

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

Acuerdo N°007-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar la dispensa del trámite del acta, para la ejecución inmediata de los acuerdos adoptados en la presente reunión.

Dra. Mery Aranda: Les agradecemos a todos.

Dr. Vicente Cruzate: Muchas gracias por su participación en este subcomité, nos vemos hasta la próxima oportunidad. Gracias

Siendo 13:27 horas se da por culminada la sesión.

ANXO 01



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

MANUAL DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADOMÉDICO

Febrero de 2024

MANUAL DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MÉDICO

(Aprobado)

I. INTRODUCCIÓN

El 10 de junio del 2016, es publicada en el Diario El Peruano, diario oficial del Perú, la Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico y el 2 de marzo del 2017 es publicado su Reglamento, el Decreto Supremo N°007-2017-SA. Estas normas instauran los procesos necesarios para lograr una formación especializada con calidad en el Perú, ello a partir del proceso de Acreditación de Sedes Docentes, la Autorización de Funcionamiento de los Programas de Residentado Médico y la Autorización de Campos Clínicos.

Es así, que se describe en la Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico – SINAREME, en su artículo 9, numeral 4: *“Establecer los requisitos para la autorización de funcionamiento de los Programas de Residentado Médico”*. Artículo 6. Numeral 4: *“Autorizar los campos clínicos, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud”*, y Artículo 9, numeral 5: *“Acreditar a las instituciones prestadoras de servicios de salud donde se desarrolla este programa y supervisar su aplicación”*

Y es en el Reglamento de la Ley N°30453, Decreto Supremo N°007-2017-SA que se describe en su artículo 8, numeral 1: *“Autorizar el funcionamiento de los programas de Residentado Médico”*; contribuyéndose en los pilares sobre los cuales CONAREME, se orienta a la mejora continua de la calidad de la formación del especialista que el país requiere.

La formación de especialistas en medicina humana bajo la modalidad de Residentado Médico, requiere de un programa universitario, un currículo de estudios, plan de estudios que contengan todos los aspectos y elementos indispensable que guíen el proceso formativo y determine los requisitos que deben cumplir los campos clínicos, aprobados y autorizados en las Sedes Docentes, y así permitan la ejecución y el desarrollo del Programa universitario. Por ello, es necesario definir el concepto de Programa de Residentado Médico en el Sistema Nacional de Residentado Médico, siendo aquel instrumento académico técnico cuyo contenido permite desarrollar las competencias en favor del médico residente, este programa de residentado médico, describe las actividades que desarrolla por año el médico residente.

En aplicación de la Ley y el Reglamento del SINAREME y su modificatoria, el Sub Comité de Calidad a través de la Comisión de Autorización del CONAREME, tiene elaborado la propuesta del Manual de Autorización de Funcionamiento de Programas de Residentado Médico, instrumento que permite el inicio de un proceso de cumplimiento de competencias por cada especialidad o subespecialidad que serán aprobadas por el CONAREME; y para su ejecución es necesario cumplir inicialmente requisitos, procedimientos e instrumentos.

La Autorización de Programas consiste entonces en un proceso mediante el cual, las Instituciones formadoras universitarias solicitantes cumplan a través de este proceso continuo con estandarizar competencias aprobadas por el CONAREME, las cuales comprenden nomenclatura de la especialidad o subespecialidad, tiempo de duración de la especialidad o subespecialidad y determinar la especialidad requisito.

II. FINALIDAD

La Institución formadora universitaria inicia el proceso de Autorización de Funcionamiento de Programas de Residentado Médico basado en competencias por cada especialidad o subespecialidad aprobadas por el CONAREME.

Este proceso comprende una etapa de cumplimiento de requisitos básicos para el funcionamiento del programa de residentado médico, ello permite en el tiempo, adecuar los contenidos del programa de residentado médico a la nueva metodología por competencias que apruebe el CONAREME, por cada especialidad o subespecialidad.

III. OBJETIVOS

- 3.1 Establecer los requisitos, los procedimientos y los instrumentos para realizar el inicio del proceso de autorización de funcionamiento de los Programas de Residentado Médico.
- 3.2 Establecer la autorización del funcionamiento del programa de la especialidad o subespecialidad por un periodo determinado.
- 3.3 Adecuar en el tiempo por la institución formadora universitaria las competencias aprobadas por el CONAREME.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Manual de Autorización Funcionamiento de Programas de Residentado Médico, es de aplicación obligatoria por todas de las Instituciones Formadoras Universitarias integrantes del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME) con la finalidad de desarrollarse el programa académico en un campo clínico autorizado de una sede docente acreditada por el CONAREME.

V. BASE LEGAL

- 5.1 Ley N°30220, Ley Universitaria.
- 5.2 Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico.
- 5.3 Ley N°30757, Ley que modifica los artículos 4 y 8 de la Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME).
- 5.4 Decreto Supremo N°007-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME).
- 5.5 Decreto Supremo N°016-2020-SA 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).
- 5.6 Normativa interna de las Instituciones Formadoras Universitarias integrantes del Sistema Nacional de Residentado Médico – SINAREME que no contravengan al Marco Normativo del SINAREME.
- 5.7 Ley N° 30947 Ley de Salud Mental
- 5.8 Decreto Supremo N.° 007-2020-SA que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental
- 5.9 Ley N° 31870 Ley que modifica la Ley N° m31336 Ley Nacional del cáncer
- 5.10 Decreto Supremo N° 004-2022-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer

VI. DISPOSICIONES GENERALES

Este proceso de Autorización de Funcionamiento de Programas de Residentado Médico implica, que la Institución Formadora Universitaria, presente el programa de formación que incluya en su etapa inicial, lo siguiente:

- Plan de estudios que cumpla el perfil de competencias de la especialidad o subespecialidad
- El plan curricular de la especialidad/subespecialidad, debe de contener los cursos a desarrollar por año, rotaciones internas y externas (nacional e internacional), creditaje y proyecto de investigación. Así también que se especifique cuenta con coordinador, tutores,

- Establece los parámetros y formatos de evaluación del desempeño del médico residente. Teniendo como resultado: aprobarlo o reprobalo, retirarlo o promoverlo al año superior

El de proceso de autorización de programas de Residentado médico consta de 2 etapas :

Primera etapa: Basada en cumplimiento de requisitos, la Universidad presente los documentos (requisitos) exigidos de acuerdo con sus criterios, siendo que una vez se cuente con las competencias y consideraciones técnicas aprobadas por el CONAREME, deberá adecuarse a lo aprobado.

Segunda etapa: Basada en el cumplimiento de competencias o estándares que aprobara en su momento el CONAREME.

En la primera etapa la Institución Formadora Universitaria, adjuntará a la solicitud de autorización de funcionamiento de programas, el informe de autoevaluación y la constancia de pago de acuerdo con la tarifa establecida por CONAREME.

Recibe las solicitudes de Autorización de Funcionamiento de Programas enviadas por las Instituciones Formadoras Universitarias.

Revisa el expediente recibido de la Institución Formadora Universitaria solicitante, verificando el cumplimiento de los requisitos que contiene el expediente, informando sobre el nivel de conformidad.

6.1 Fases de la Autorización (Primera Etapa del Proceso)

6.1.1 Autoevaluación

La naturaleza y alcance de la autoevaluación está determinada por el Manual de Autorización de Funcionamiento de los Programas de Residentado Médico, que la institución formadora universitaria debe aplicar.

La secretaria técnica de CONAREME resuelve consultas con relación al proceso de autoevaluación, si la institución lo solicita.

6.1.2 Evaluación del Programa

Esta es responsabilidad de un equipo evaluador (par externo) designado por la Comisión de Autorización.

6.1.3 Resultados de la Evaluación

1. Resolución emitida por el Comité Directivo
 - a. **Autorizado:** Mayor o igual al 80% del cumplimiento de los requisitos.
 - Si es igual al 100% se autoriza por 5 años
 - Si es mayor o igual al 80%, pero menor al 100%, se autoriza por 3 años
 - b. **No autorizado:** Menor del 80% del cumplimiento de los requisitos.
2. El recurso de reconsideración se registrará bajo el cronograma que establezca CONAREME, en el caso de que la Comisión califique al Programa como **No Autorizado**.

6.1.4 Otorgamiento de la Autorización

El Comité Directivo, emite la resolución correspondiente de ser aprobada la autorización de funcionamiento de programas en esta primera etapa.

6.1.5 Procedimiento para la Autorización de Programas

1. El consejo Nacional de Residentado Médico realiza la convocatoria para el Proceso Regular de Autorización de Funcionamiento de Programas.
2. La Institución Formadora Universitaria, remite la solicitud de autorización del Programa según la denominación de CONAREME, adjuntando la autoevaluación de todos los criterios establecidos para el programa solicitado y los documentos sustentatorios.
3. A través de la secretaria técnica se evalúa el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria verificando el cumplimiento de los requisitos, de forma ordenada, foliada.
4. La Comisión de Autorización elabora el informe de la documentación faltante, de ser el caso.
5. La Institución Formadora Universitaria remite a CONAREME la documentación faltante.
6. La Comisión de Autorización designa a los pares externos que van a realizar la evaluación virtual con la Institución Formadora Universitaria.

7. Los pares externos elaboran y remiten el informe de evaluación virtual a la Comisión de Autorización.
8. La Comisión de Autorización elabora y remite el informe de la evaluación virtual al Comité Directivo.
9. De no ser autorizado el programa, la Institución Formadora Universitaria presentará su recurso de reconsideración, según cronograma.
10. La Comisión de Autorización elabora el informe del recurso de reconsideración presentado por la Institución Formadora Universitaria y eleva al Comité Directivo.
11. El Comité Directivo emite la resolución de autorización del funcionamiento de programa, de ser el caso, en caso de no haber sido autorizado, la secretaria técnica informa a la Institución Formadora Universitaria.
12. Todos los programas autorizados serán publicados en la página web de CONAREME.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Requisitos de la Institución Formadora Universitaria

7.1.1 De la Presentación del expediente a CONAREME

- El expediente es presentado en mesa de partes en forma electrónica en un solo archivo formato PDF, foliado en orden ascendente, al correo electrónico institucional: recepcion@conareme.org.pe
- La secretaria técnica de CONAREME, una vez recibido y revisado el expediente electrónico, remite un correo electrónico confirmando la recepción del expediente completo, en caso contrario será devuelto para levantamiento de las observaciones.(Información faltante)
- La secretaria técnica de CONAREME, remite el expediente completo a la comisión de autorización de programas para la evaluación.
- La Comisión evalúa los expedientes recibidos para la revisión respectiva por el equipo evaluador.

7.1.2 Documentos para presentar:

1. De la Institución Formadora Universitaria, solicita la autorización del Programa según modelo, adjuntando el informe de autoevaluación, y los requisitos señalados:
 - a. Solicitud de Autorización de Programa (según modelo), firmado por la máxima autoridad de la facultad (decano) de la Institución Formadora Universitaria.
2. De la organización de la Universidad/facultad o escuela/unidad de posgrado: (Documento a presentar, según fuente de verificación):
 - a. Unidad de posgrado - UPG, definida en el ROF (responsable del Programa de Residencia Médico).
 - b. Manual de Organización y Funciones de la unidad de posgrado.
 - c. Jefe de la unidad de posgrado o la que haga sus veces y dependencia jerárquicamente.
 - d. Secretaria UPG o la que haga sus veces responsable del Residencia Médico.
 - e. Comité de Especialidad o equivalente, acreditado oficialmente.
 - f. Acta de reunión del Comité de especialidad, donde se aprueba el contenido del programa de cada especialidad.
 - g. Programa con denominación oficial y tiempo de duración según CONAREME (en especialidades nuevas se establecerá la denominación).

7.2 Criterios de Evaluación

- 7.2.1 Estructura del plan curricular de la Institución Formadora Universitaria.
 - 7.2.1.1 Perfil del Egresado.
 - 7.2.1.2 Modelo Pedagógico
 - 7.2.1.3 Modalidad: Programa Regular de modo presencial en los campos hospitalarios.
 - 7.2.1.4 Especialidad base, en caso de ser especialidad con requisito
 - 7.2.1.5 Estrategias de Formación y recursos de aprendizaje.
 - 7.2.1.5.1 Estrategias de Formación.
 - 7.2.1.5.2 Recursos de Aprendizaje.
 - 7.2.1.5.3 La unidad de posgrado de la universidad cuenta con intranet para los residentes
 - 7.2.1.6 Cronograma de actividades académico – asistencial bajo tutoría.
 - 7.2.1.7 Competencias, capacidades o aprendizajes a alcanzar o adquirir por año lectivo
 - 7.2.1.8 Rol de rotaciones internas y externas (nacionales e internacionales), según plan curricular dando cumplimiento al marco legal del SINAREME
 - 7.2.1.9 Formato de evaluación del médico residente.
 - 7.2.1.10 Requisitos para la titulación del médico residente
 - 7.2.1.11 Actualización o adecuación del programa de residentado de acuerdo a las competencias aprobadas por CONAREME.
 - 7.2.1.12 Contenidos de formación general en salud, debe mencionar la bibliografía actualizada y reconocidas por las sociedades científicas y otras normativas, según la especialidad
 - 7.2.1.13 Cursos de metodología de la investigación señalado por año en el plan curricular del programa.
 - 7.2.1.14 Salud mental: (Nociones básicas de psiquiatría, curso mínimo de tres créditos en el último año de la residencia).
 - 7.2.1.15 Atención primaria de salud en plan curricular del programa, según especialidad **(COLOCAR LAS ESPECIALIDADES)**.
 - 7.2.1.16 Tele-salud y telemedicina a partir del segundo año de formación, bajo tutoría.
- 7.2.2 Condiciones Generales del Desarrollo del Programa: Ejecución
 - 7.2.2.1 Los médicos residentes realizan las historias clínicas completas, las evoluciones, diagnóstico, el plan de trabajo y las epicrisis de los pacientes asignados bajo supervisión directa o indirecta del médico asistente o de su tutor. Los problemas que el residente tiene oportunidad de atender/abordar/resolver, se ajustan en número y tipo a los requeridos, según lo establecido para la especialidad.
 - 7.2.2.2 Los residentes tienen a su alcance los estudios de apoyo al diagnóstico requeridos o necesarios para sus pacientes.
 - 7.2.2.3 Los procedimientos que los médicos residentes tienen oportunidad de realizar se ajustan en número y tipo al marco de referencia de la especialidad; se lleva un registro sistemático de los procedimientos que realiza cada residente en la sede y durante las rotaciones.
 - 7.2.2.4 Los mecanismos de interconsulta están instalados y constituyen una práctica habitual del servicio, en la que participan los médicos residentes. Se accede a servicios de diagnóstico y de tratamiento que resultan relevantes para la especialidad de manera regular y fluida.
 - 7.2.2.5 Son obligaciones académico - asistenciales del Médico Residente en la docencia en servicio:
 - 7.2.2.5.1 Cumplir el número de horas semanales de las actividades académico – asistenciales, que no podrán ser menor a sesenta (60) horas, de acuerdo a su programa de formación.
 - 7.2.2.5.2 El Programa establece guardias diurnas o nocturnas, según especialidad.

- 7.2.2.5.3 La guardia es remunerada, no debe exceder de doce (12) horas continuas. El número de guardias no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de diez (10) al mes.
- 7.2.2.5.4 La programación de guardias y su número debe depender del requerimiento del programa de formación, de la capacidad presupuestal de la institución que financia la vacante y de la normativa vigente. La guardia se desarrolla en servicios de emergencia, unidades críticas, hospitalización o similares.
- 7.2.2.5.5 El médico residente programado en guardia nocturna tiene derecho al descanso pos-guardia, a partir de las 13:00 horas del día siguiente. Al día siguiente de realizada la guardia nocturna, el residente no puede tener actividades que requieran estado de alerta máxima.
- 7.2.2.5.6 El médico residente tiene derecho a veinticuatro (24) horas de descanso continuo a la semana, según programación. Durante el primer año de residencia de cualquier especialidad, el Médico Residente, realiza sus guardias en los Servicios de Emergencia. En segundo, tercero, cuarto y quinto año, según corresponda y de acuerdo con su programa en: Emergencia, Cuidados Críticos, Recuperación o Piso de Hospitalización de haber pacientes que requieran la presencia del Médico Residente. (No acudir o ausentarse de una guardia sin autorización o motivo de fuerza mayor demostrable es una falta muy grave.)
- 7.2.3 Condiciones Generales del Desarrollo del Programa: Control
 - 7.2.3.1 Los médicos residentes, como parte de su programa de formación realizan rotaciones internas en su sede y externas en una sede docente distinta a la sede de formación a nivel nacional o en el extranjero. La institución formadora universitaria debe garantizar que los residentes realicen todas las rotaciones bajo la asistencia de un tutor.
 - 7.2.3.2 En relación a las rotaciones externas debe observarse lo siguiente:
 - a) Las rotaciones externas a nivel nacional, establecidas en el Programa, y de acuerdo a la normativa legal de CONAREME.
 - b) Las rotaciones externas en el extranjero, según normativa legal de CONAREME.
 - c) Es responsabilidad de la institución formadora universitaria, la calidad de las sedes docentes de rotación externa, que garanticen la adecuada formación del médico residente. En el caso de las rotaciones externas a nivel nacional solo podrán realizarse en sedes docentes que cuenten con convenios vigentes con la institución formadora universitaria.
 - 7.2.3.3 Se dedican actividades académicos - asistenciales, en las que se incluyen por lo menos tres de las siguientes: Reuniones para discutir casos, seminarios, grupos de discusión, simulación, grupo de reflexión, revisión de artículos de revistas.
 - 7.2.3.4 Se incorporan los contenidos transversales en la actividades académicos - asistenciales de manera sistemática y cotidiana.
 - 7.2.3.5 Se programan temas, tópicos, casos, etc. Como actividades académicas.
 - 7.2.3.6 Los médicos residentes de especialidad presentarán al inicio del primer semestre del segundo año, un proyecto de investigación de la especialidad, el que deberá ser evaluado y aprobado por la instancia correspondiente de la institución formadora universitaria de ser el caso, durante el segundo semestre del segundo año.
 - 7.2.3.7 Se realizan actividades de investigación en las que participan residentes de los distintos años con niveles crecientes de responsabilidad para presentar trabajos en eventos científicos.
- 7.2.4 La evaluación y titulación al médico residente será según el marco normativo de CONAREME.

Los requisitos son de cumplimiento obligatorio, el incumplimiento de uno de ellos no permite continuar con la evaluación.

VIII. RESPONSABILIDADES

8.1 Consejo Nacional de Residentado Médico – CONAREME

1. Aprobar el manual del Proceso de Autorización de Funcionamiento de Programa, cronograma, presupuesto y su correspondiente publicación en la página web institucional: www.conareme.org.pe
2. El CONAREME delega al comité Directivo el desarrollo del Proceso de Autorización de Funcionamiento de Programa.

8.2 Comité Directivo

1. Aprueba el perfil de los evaluadores (pares externos), la convocatoria y cronograma
2. Aprueba la lista de evaluadores (pares externos), según convocatoria.
3. Recibir las solicitudes de autorización del funcionamiento de programas enviadas por Institución Formadora Universitaria y lo deriva a la comisión de autorización.
4. Desarrolla el Proceso de Autorización de Funcionamiento de Programa por autorización de CONAREME:
 - 4.1 Revisa los informes enviados por la Comisión de Autorización para su aprobación de ser el caso.
 - 4.2 Revisa los informes enviados por la Comisión de Autorización del recurso de reconsideración para su aprobación de ser el caso.
 - 4.3 A través de la presidencia, emite la resolución de autorización correspondiente.

8.3 Comisión de Autorización

1. Recepciona los expedientes derivados por el Comité Directivo de CONAREME.
2. Revisa el expediente enviado por la Institución Formadora Universitaria.
3. Elabora el informe de la documentación faltante de la Institución Formadora Universitaria.
4. Conformar el equipo de pares externos.
5. Programar las fechas de las evaluaciones a las Instituciones Formadoras Universitarias.
6. Revisa y aprueban el informe de los pares externos.
7. Elabora el informe de conformidad dirigido al Comité Directivo
8. En caso de no conformidad, revisan el recurso de reconsideración presentado por la Institución Formadora Universitaria.
9. Elabora el informe final de autorización del funcionamiento de programas y lo eleva al Comité Directivo para su aprobación correspondiente.

8.4 Equipo Evaluador

El equipo de pares externos que participa en el Proceso Regular de Autorización del Funcionamiento de Programas está constituido por 02 médicos especialistas:

- 1 médico especialista par externo del área clínica/quirúrgica/administrativa según corresponda.
- 1 médico especialista par externo con experiencia en docencia universitaria.

El equipo de par externo revisará el expediente electrónico, las coordinaciones necesarias y emitirán un informe con las observaciones si las hubiera, luego la Institución formadora universitaria presentará el recurso de reconsideración; el cual determinará la procedencia o no de continuar con el proceso de evaluación para autorización de funcionamiento del programa.

- a. El equipo de par externo realizará la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria solicitante.

- b. El equipo de par externo aplica la matriz durante la evaluación virtual.
- c. El equipo de par externo eleva a la Comisión de Autorización el informe y la matriz, señalando la calificación obtenida y con las firmas respectivas.

8.5 Institución Formadora Universitaria

1. Solicitar ante CONAREME la autorización de Funcionamiento de programas, adjuntando la constancia de pago correspondiente y el informe de autoevaluación con el cumplimiento de los requisitos, según la matriz que se encuentra publicada en la página web de CONAREME.
2. Cumplir con el cronograma de autorización de programa.
3. Cumplir con la evaluación virtual programada por CONAREME, en la que participe un representante del comité de la especialidad y de la unidad de posgrado, acreditados.
4. Presentar la documentación señalada en el manual de autorización, debidamente foliado, según cronograma establecido.

IX. DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA: Para la segunda etapa del proceso de autorización de funcionamiento del programa de residentado médico la Institución formadora universitaria que obtenga la autorización del funcionamiento de programas, se obliga a estandarizar los programas de residentado médico según las competencias aprobadas por el CONAREME, de acuerdo al nuevo modelo de EPAS (actividades profesionales confiables).

SEGUNDA: La Institución formadora universitaria que haya obtenido la autorización respectiva de sus programas y adecue según competencias aprobadas por CONAREME deberá emitir la Resolución Rectoral, debiendo presentarlo a CONAREME.

DISPOSICIONES FINALES

TERCERA: Aquellas Instituciones formadoras universitarias que han participado de algún proceso de autorización de funcionamiento de programas de RM en el año anterior a la vigencia de este manual de autorización y que hayan efectuado pago previo se le compensara en el proceso de autorización correspondiente que convoque el CONAREME.

CUARTA: Para el caso de aquellas Instituciones formadoras universitarias que presenten nuevas solicitudes de autorización de funcionamiento de programas de residentado médico que convoque el CONAREME se aplicara la tasa correspondiente actualizada al valor de la UIT (20%UIT)

X. MATRIZ DE PARA LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMA

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD/SUBESPECIALIDAD (Currículo de especialización, Plan Curricular)			
I.- PROPUESTA PEDAGÓGICA – ESTRUCTURA CURRICULAR – REQUISITOS MÍNIMOS			
DIMENSIÓN	VARIABLE	(REQUISITO)	FUENTE DE VERIFICACIÓN
1. ORGANIZACIÓN GENERAL	1.1 Organización de la Unidad	Unidad de posgrado - UPG, definida en el ROF (responsable del Programa de Residentado Médico).	Resolución o acuerdo de creación
		MOF de la UPG de la unidad responsable del Residentado Médico o la que haga sus veces	Resolución o acuerdo de creación
		Jefe de la UPG o la que haga sus veces y dependencia jerárquicamente.	Resolución o acuerdo de designación
		Secretaría UPG o la que haga sus veces responsable del Residentado Médico.	Resolución o acuerdo de designación
		Acta de reunión del Comité de especialidad donde se aprueba el contenido del Programa	Acta de reunión
		Comité de Especialidad o equivalente, acreditado oficialmente	Resolución Decanal
		Programa con denominación oficial y tiempo de duración según CONAREME (en especialidades nuevas se establecerá la denominación)	Resolución Rectoral

	VARIABLE	(REQUISITO) CRITERIOS	NORMA LEGAL
DIMENSIÓN			
2. PROGRAMA: FORMULACIÓN, PERFIL DE EGRESO. ESTRUCTURA CURRICULAR, RESULTADOS Y VINCULACIÓN CON EL MEDIO	2.1 Programa Estructura curricular, Elementos básicos constitutivos	Perfil de egresado	Debe de estar incorporado en el Programa
		Modelo Pedagógico	
		Modalidad: Programa Regular de modo presencial en los campos hospitalarios.	
		Especialidad base, en caso de ser especialidad con requisito.	
		Estrategias de Formación y Recursos de Aprendizaje	
		La unidad de posgrado de la universidad cuenta con intranet para los residentes	
		Cronograma de actividades académico-asistencial bajo tutoría	
		Competencias, capacidades o aprendizajes a alcanzar o adquirir por año lectivo	
		Formato de evaluación del médico residente	
		Requisitos para la titulación del médico residente.	
		Evaluación del programa de la Universidad (adecuación y actualización)	

2.2 Contenidos Transversales	Contenidos de formación general en salud: El programa debe incluirlos, referidos al sistema sanitario, las guías y programas nacionales según especialidad, la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, entre otros	Debe estar incorporado en el programa ***En proceso
	Cursos de metodología de la Investigación señalados por año en el plan curricular del programa	
	Salud oncológica: Cursos a ser incorporados en el programa según Ley de cáncer. Una vez autorizado el programa la institución Universitaria se compromete a cumplir la Ley de Cáncer en la especialidad correspondiente ***	
	Salud mental: (Nociones básicas de psiquiatría, curso mínimo de tres créditos en el primer año de la residencia).	
	Atención primaria de salud en plan curricular del programa según especialidad	
	Tele-salud y telemedicina a partir del segundo año de formación, bajo tutoría.	

II.REQUISITOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN			
CRITERIOS			
DIMENSIÓN	VARIABLE	REQUISITOS	NORMA LEGAL
3. CONDICIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA: EJECUCIÓN	3.1 Actividades Asistenciales	Los médicos residentes realizan las historias clínicas completa, las evoluciones, diagnóstico, el plan de trabajo y las epicrisis de los pacientes asignados bajo supervisión directa o indirecta del médico asistente o de su tutor. Los problemas que el residente tiene oportunidad de atender/abordar/resolver, se ajustan en número y tipo a los requerido, según lo establecido para la especialidad.	Información incorporada en el programa
		Los residentes tienen a su alcance los estudios de apoyo al diagnóstico requeridos o necesarios para sus pacientes.	
	3.2 Procedimientos Interconsultas	Los procedimientos que los médicos residentes tienen oportunidad de realizar se ajustan en número y tipo al marco de referencia de la especialidad; se lleva un registro sistemático de los procedimientos que realiza cada residente en la sede y durante las rotaciones.	Información incorporada en el programa
		Los mecanismos de interconsulta están instalados y constituyen una práctica habitual del servicio, en la que participan los médicos residentes. Se accede a servicios de diagnóstico y de tratamiento que resultan relevantes para la especialidad de manera regular y fluida.	
	3.3 Guardias Establecidas en el Programa	Son obligaciones académico - asistenciales del Médico Residente en la docencia en servicio:	Información incorporada en el programa
		Cumplir el número de horas semanales de las actividades académico asistenciales que no podrán ser menor a sesenta (60) horas de acuerdo a su programa de formación	
		El programa establece guardias diurnas o nocturnas según especialidad	
		La guardia es remunerada, no debe exceder de doce (12) horas continuas. El número de guardias no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de diez (10) al mes.	
		La programación de guardias y su número debe depender del requerimiento del programa de formación , de la capacidad presupuestal de la institución que financia la vacante y de la normativa vigente. La guardia se desarrolla en servicios de emergencia, unidades críticas, hospitalización o similares.	
		El médico residente programado en guardia nocturna tiene derecho al descanso pos-guardia, a partir de las 13:00 horas del día siguiente. Al día siguiente de realizada la guardia nocturna, el residente no puede tener actividades que requieran estado de alerta máxima	

		El médico residente tiene derecho a veinticuatro (24) horas de descanso continuo a la semana, según programación. Durante el primer año de residencia de cualquier especialidad, el Médico Residente, realiza sus guardias en los Servicios de Emergencia. En segundo, tercero, cuarto y quinto año, según corresponda y de acuerdo con su programa en: Emergencia, Cuidados Críticos, Recuperación o Piso de Hospitalización de haber pacientes que requieran la presencia del Médico Residente. (No acudir o ausentarse de una guardia sin autorización o motivo de fuerza mayor demostrable es una falta muy grave.)	
4. CONDICIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA: CONTROL	4.1 Rotaciones/escenarios de aprendizaje	Los médicos residentes, como parte de su programa de formación realizan rotaciones internas en su sede y externas en una sede docente distinta a la sede de formación a nivel nacional o en el extranjero . La institución formadora universitaria debe garantizar que los residentes realicen todas las rotaciones bajo la asistencia de un tutor.	Información incorporada en el programa
		En relación a las rotaciones externas debe observarse lo siguiente:	Debe estar incorporado en el programa
		a) Las rotaciones externas a nivel nacional, establecidas en el Programa y de acuerdo a la normativa legal de CONAREME	
		b) Las rotaciones externas en el extranjero según normativa legal de CONAREME	
		c) Es responsabilidad de la institución formadora universitaria, la calidad de las sedes docentes de rotación externa, que garanticen la adecuada formación del médico residente. En el caso de las rotaciones externas a nivel nacional solo podrán realizarse en sedes docentes que cuenten con convenios vigentes con la institución formadora universitaria.	
	4.2 Actividades de Integración Teórico-práctico	Se dedican actividades académico asistenciales en las que se incluyen por lo menos tres de las siguientes: Reuniones para discutir casos, clases, seminarios, grupos de discusión, simulación, grupo de reflexión.	Debe estar incorporado en el programa
		Se incorporan los contenidos transversales en la integración teórico – práctica de manera sistemática y cotidiana.	
		Se programan temas, tópicos, casos, etc. Como actividades académicas.	
	4.3 Investigación	Los médicos residentes de especialidad presentarán al inicio del primer semestre del segundo año , un proyecto de investigación de la especialidad, el que deberá ser evaluado y aprobado por la instancia correspondiente de la institución formadora universitaria de ser el caso, durante el segundo semestre del segundo año.	Debe estar incorporado en el programa
		Se realizan actividades de investigación en las que participan los médicos residentes de los distintos años con niveles crecientes de responsabilidad para presentar trabajos a eventos científicos.	

5. EVALUACIÓN: NOTA APROBATORIA, DESAPROBADOS Y RETIRADOS. TITULACIÓN	5.1 Evaluación y Titulación	La evaluación y titulación al médico residente será según el marco normativo de CONAREME	Debe estar incorporado en el programa
---	-----------------------------	--	---------------------------------------

XI. DESCRIPCIÓN DE TERMINOS

- **Autorización de Funcionamiento de Programas de Residentado Médico:**
Es el proceso de autoevaluación, de evaluación y de reconocimiento que realiza el Consejo Nacional de Residentado Médico a los programas de formación de especialistas de las universidades con relación al cumplimiento de los requisitos y estándares aprobados por el CONAREME, según lo establece la ley, mediante procedimientos establecidos por tal fin, que conduce al reconocimiento de la calidad de los programas como guía para la formación del especialista.
- **Calidad en la Formación:**
Es el nivel óptimo de formación que deben alcanzar los médicos residentes para enfrentar los retos de la atención a los pacientes, del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida.
- **Campos de Formación (Clínico, de Gestión y Administración y de Medicina Legal):**
Espacio de formación de las sedes docentes, que reúnen las condiciones y requisitos establecidos y necesarios para la formación de especialistas en las diferentes ramas de la medicina.
- **Coordinador de Residentado:**
El coordinador es designado por la sección de posgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad y es responsable de la implementación del programa académico respectivo por la institución universitaria en la sede docente, en caso de existir un número menor de cinco residentes de la especialidad en la sede docente, este asume adicionalmente las funciones del tutor.
- **Docente:**
Especialista miembro del equipo de la sede docente que participa en las actividades de enseñanza- aprendizaje establecidas en el Plan Curricular de la Especialidad.
- **Residentado Médico:**
Residentado Médico es una modalidad de formación de posgrado, a través de un programa de adquisición y evaluación progresiva de competencias, por el cual, el médico cirujano accede a su formación especializada que conduce a la obtención del Título de Especialista.
- **Institución Prestadora de Servicio de Salud:**
La Institución Prestadora de Servicio de Salud – IPRESS según la Ley 30453, ley del SINAREME, es aquella que financia vacantes y se constituyen en sedes docentes, cuando el CONAREME, la evalúa y la reconozca en relación con el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo de estudios de segunda especialización en la modalidad de Residentado Médico.
- **Institución Formadora:**
Facultad o Escuela de Medicina o de Ciencias de la Salud, de una universidad integrante del Sistema Universitario Peruano y del Sistema Nacional de Residentado.
- **OADI:**
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, o la que haga sus veces. Es la unidad orgánica de la sede docente, encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación.
- **Programa o Plan curricular:**
Documento que describe la organización y articulación de los elementos del proceso educativo con base en los objetos y las competencias que deben alcanzar los residentes. Deben considerar

necesariamente: el perfil de formación, las funciones y competencias del egresado, los objetivos curriculares del programa, el plan de Estudios, el sumario de los cursos (en los casos pertinentes) precisando objetivos específicos de las rotaciones programadas, los logros mínimos a alcanzar, desagregados por año académico, el sistema de evaluación a emplear, y normas administrativas universitarias internas pertinentes.

- **Plan de Estudios:**

Documento que describe secuencialmente las asignaturas, rotaciones del programa y actividades y prácticas en servicio. Se encuentra estructurado en función de la distribución del tiempo, por año académico.

- **Profesiones de las Ciencias de la Salud:**

Se entiende a todas aquellas profesiones reconocidas por la ley N°23536 – Ley de los Profesionales de la Salud y sus complementarias.

- **Sede Docente:**

Es la Institución Prestadora de Servicio de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses acreditada por el Consejo Nacional de Residencia Médica – CONAREME en las que se forman especialistas en medicina humana.

- **Tutor:**

Médico de la Sede Docente, designación por la sección de posgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad de desarrollar las actividades de docencia en servicio del Plan curricular de formación.

Los cursos a cargo de la institución formadora universitaria no deberían estar incluidas en la jornada asistencial (Jornada de adquisición de competencias en la sede docente)

- **Unidad, Sección, Dirección o equivalente de posgrado:**

Unidad académico-administrativa de la Facultad, responsable de la formación de especialistas.

XII. ANEXO

ANEXO 1

COSTO DEL PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MÉDICO				
TASAS, DERECHOS E INSCRIPCIONES				
(UIT 2022: S/ 4 600.00)				
N°	DESCRIPCION DERECHOS Y/O TASAS	BASE DE CALCULO	%	IMPORTE S/
1	Costo del procedimiento de autorización de funcionamiento de los programas de Residentado Médico (Instituciones formadoras Universitarias). Por programa.	1UIT	20%	S/920.00

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



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

Av. Paseo de la República N° 6236 Of. 101 Miraflores – LimaE-mail
recepcion@conareme.org.pe
Web: www.conareme.org.pe Teléfono: (51) 01
7172663

PROCESO REGULAR DE AUTORIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MEDICO 2024		
DESCRIPCION		FECHA (día, mes)
1	El Comité Directivo del CONAREME aprueba los documentos, cronograma e instrumentos para la Autorización del Funcionamiento de Programas de Residetado Médico	Viernes 9 de febrero de 2024
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		
2	Publicación del Cronograma	Viernes 9 de febrero de 2024
3	Las Instituciones formadoras universitarias presentan ante el Comité Directivo del CONAREME la solicitud de Autorización del Funcionamiento de Programas, Informe de autoevaluación y sus anexos y Declaración jurada y es remitido a la Comisión de Autorización	Del viernes 09 de febrero al lunes 04 de marzo del 2024
4	La Comisión de autorización verifica la información remitida por las instituciones formadoras universitarias (Información faltante)	Hasta el 11 de marzo de 2024
5	Las Instituciones formadoras universitarias deben de enviar la información faltante	Hasta el 15 de marzo de 2024
6	La comisión de autorización emite el informe final de Autorización del Funcionamiento de Programas y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME	Hasta el 24 de mayo del 2024
7	El Comité Directivo de CONAREME, en Sesión Extraordinaria revisa el Informe Final de Autorización del Funcionamiento de Programa (publicación de acta). Se aprueba la Autorización del Funcionamiento de Programa de Residentado Médico. De no aprobarse la institución formadora universitaria presentará el recurso de reconsideración correspondiente.	Hasta el 28 de mayo
8	Plazo para interponer el Recurso de reconsideración y remisión por parte de la Secretaria Técnica a la Comisión de Autorización	10 días hábiles
9	Distribución de los recursos de reconsideración a la Comisión de Autorización	Hasta el 12 de junio
10	Revisión de expedientes de los recursos de reconsideración	Hasta el 17 de junio
11	La Comisión de autorización emite el informe final de los recursos de reconsideración presentados y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME	Hasta el 26 de junio de 2024
12	El Comité Directivo de CONAREME, en Sesión Extraordinaria resuelve Recurso de Reconsideración y agota la vía administrativa	Hasta el 28 de junio de 2024



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES DEL PRIMER NIVEL

**(Aprobado en Asamblea General
Extraordinaria de CONAREME del
18 de Marzo 2022)**

**Dirección: Av. Paseo de la República 6236, Oficina N°
101. Miraflores – Lima (Perú).**

Teléfono: (01)717-2663.

Email: recepcion@conareme.org.pe

MISIÓN DEL CONAREME

“Somos un sistema concertado que articula entidades formadoras y prestadoras de servicios de salud, que tiene por función la regulación de la formación de especialistas en medicina humana”

VISIÓN DEL CONAREME

“Ser un sistema concertado que articule de manera efectiva sus componentes para la planificación y formación de especialistas en medicina humana con estándares de calidad y que responda a las necesidades prioritarias de salud del país”

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

DR. Vicente Cruzate
Presidente del CONAREME

DRA. Mery Aranda
Secretario Técnico del CONAREME

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

Instituciones Formadoras en Residentado Médico

1. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Universidad Nacional Federico Villarreal.
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
4. Universidad de San Martín de Porres.
5. Universidad Ricardo Palma.
6. Universidad Nacional de San Agustín.
7. Universidad Católica Santa María.
8. Universidad Nacional de Trujillo.
9. Universidad Nacional de Piura.
10. Universidad Privada Antenor Orrego.
11. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
12. Universidad Nacional del Centro del Perú.
13. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
14. Universidad Nacional del Altiplano.
15. Universidad Nacional de Cajamarca.
16. Universidad Peruana Los Andes.
17. Universidad Científica del Sur.
18. Universidad Cesar Vallejo.
19. Universidad Privada San Juan Bautista.
20. Universidad Privada de Tacna.
21. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

1. Ministerio de Salud.
2. Gobiernos Regionales.
3. ESSALUD.
4. Instituto de Medicina legal.
5. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
6. Sanidad de las Fuerzas Armadas.
7. Instituciones Privadas.

Instituciones Representativas

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina.
2. Colegio Médico del Perú.
3. Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.



COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

DR. JOSE LOAYZA ALTAMIRANO

Rep. MINSA

Presidente

DRA. LUZ MUJICA CALDERÓN

Rep. UNSA

DR. MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANÍ

Rep. ANMRP

DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA

Rep. UPCH

DR. JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Rep. UNMSM

DR. FILOMENO JAUREGUI FRANCIA

Rep. URP

DR. EDDIE VARGAS ENCALADA

Rep. UNMSM

DR. JULIO ENRIQUE HUAIRA CONTRERAS

Rep. ESSALUD

DR. NADHIA MENDOZA BRIONES

**Rep. GOBIERNOS
REGIONALES**

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- I. OBJETIVO GENERAL**
- II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- IV. BASE LEGAL**
- V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUCIÓN SOLICITANTE, COMO SEDE DOCENTE**
- VI. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- VII. DIMENSIONES Y ESTÁNDARES DE LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- VIII. MATRIZ DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- IX. MATRIZ DE VALORACIÓN DE LOS ESTANDARES**

ANEXO 1. GUÍA DEL EVALUADOR

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE DEL PRIMER NIVEL

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento, tiene por objeto realizar el Proceso de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el Sistema Nacional de Residencia Médica, bajo los alcances del Acuerdo N° , aprobado por el Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME) en Asamblea y en el contexto de lo establecido por el Decreto Supremo N° 034- 2023

Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Asimismo, promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.

A partir del 10 de junio del 2016, la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica - SINAREME, instituye en su Artículo 6, numeral 4: *“Implementar las prioridades de formación especializada establecidas por el Ministerio de Salud, así como **autorizar los campos clínicos**, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud”*; así mismo en el Artículo 9, numeral 5: *“**Acreditar a las instituciones prestadoras de servicios de salud** donde se desarrolla este programa y supervisar su aplicación”*.

La formación de especialistas en medicina humana, Residencia médica, requiere, para la adquisición de competencias profesionales, instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico-Legales, en las cuales, se congreguen todos los elementos necesarios para desarrollar competencias especializadas, este espacio acreditado es la **Sede Docente**.

En aplicación de la Ley del SINAREME, la Comisión de Acreditación de Sede Docente del CONAREME, ha elaborado el **Manual de Acreditación de Sedes Docentes**, en el que se establece el procedimiento de acreditación y contiene las dimensiones y los estándares y las herramientas para su aplicación.

El proceso de Acreditación de Sede Docente consiste en un proceso mediante el cual, las **Instituciones solicitantes** son capaces de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos, frente a estándares aprobados y reconocidos a nivel nacional, por el Consejo Nacional de Residencia Médica, y que conduce al reconocimiento como **SEDE DOCENTE** para la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana, mediante los Programas de Residencia Médica. El procedimiento desarrollado procura realimentar de manera continua a las instituciones de salud y formadoras para que formulen esfuerzos de desarrollo en beneficio de la formación de especialistas y subespecialistas.

Para la construcción del presente manual se han tomado como antecedentes los instrumentos de acreditación de campos clínicos del CONAREME: Normas y Procedimientos de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina. Asimismo, han participado en su producción asesores externos de Institución Acreditadoras y Expertos internacionales, que con sus aportes enriquecieron el trabajo de construcción.

I. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema Nacional de Salud, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con categoría I-2, I-3 y I-4 debidamente acreditadas como Sede Docente, cuenten con capacidades para formar especialistas en medicina humana con calidad, sobre la base del cumplimiento de dimensiones y estándares, previamente establecidos por el Consejo Nacional de Residencia Médica - CONAREME.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1 Acreditar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con categoría I-2, I-3 y I-4 como Sedes Docentes, adoptando criterios tendientes a facilitar los procesos de mejoramiento de la calidad en la formación de especialistas en medicina humana.
- 2.2 Lograr en la Sede Docente, la formación de especialistas altamente calificados científica, humana y éticamente, para la atención de salud, docencia e investigación de calidad.
- 2.3 Proveer a la sociedad civil, confianza en el sistema de atención de salud, en relación con la calidad de la formación de especialistas en medicina humana.
- 2.4 Propiciar la autoevaluación permanente en las Sedes Docentes.
- 2.5 Verificar, que las Sedes Docentes, cuenten con el factor humano y los recursos de infraestructura, equipamiento, tecnologías e información, para el desarrollo de la formación de especialistas en medicina humana.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones del presente Manual de Acreditación de Sede Docente son de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y Sector Privado; el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico- Legales; Instituciones que financien o financiarán vacantes en los camposclínicos autorizados a las universidades integrantes del sistema, que forman especialistas en medicina humana en las sedes docentes.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N°26842, Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N°30220, Ley Universitaria.
- 4.3. Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médico.
- 4.4. Ley N°30757, Ley que modifica los artículos 4 y 8 de la Ley 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico (SINAREME).
- 4.5. Decreto Supremo N°007-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médico.
- 4.6. Normatividad interna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las Instituciones Formadoras integrantes del Sistema Nacional de Residencia Médico - SINAREME que no contravengan el marco normativo del SINAREME.
- 4.7. Decreto Supremo N°021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES).
- 4.8. Decreto Legislativo N°1161, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.9. Decreto Legislativo N°1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 4.10. Resolución Suprema N°032-2005-SA, Bases para la celebración de Convenios de cooperación docente-asistencial entre el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y las universidades con facultades o escuelas de ciencias de la salud.
- 4.11. Resolución Ministerial N°769-2004/MINSA, que establece la categorización de establecimientos del Sector Salud.
- 4.12. Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, se aprueba la guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud.
- 4.13. Resolución Ministerial N°945-2005/MINSA, Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente-Asistencial a celebrarse entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y las universidades que tienen facultades o escuelas de ciencias de la salud.

- 4.14. Resolución Ministerial N°045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención” y modificatorias.
- 4.15. Decreto Supremo N°034-2023-SA

V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en adelante se denominarán **Instituciones solicitantes**.

5.1. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES SOLICITANTES COMO SEDE DOCENTE

La **Acreditación** implica 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 los requisitos(dimensiones) y procedimientos aprobados, y que conduce al reconocimiento de éstas como **SEDE DOCENTE** para la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana mediante los Programas de Residencia Médica.

El **proceso de acreditación** permite a las **Instituciones solicitantes** realizar una evaluación con base en los estándares, con sus dimensiones y estándares: Seguridad y Humanización de la Atención, Educación Médica Profesional e Investigación, Organización de las respectivas Instituciones y Organización en la Atención en Salud, mediante la participación de los involucrados en la atención de salud y formación en salud.

El **proceso de acreditación** implica la autoevaluación (informe de autoevaluación); evaluación en detalle por un equipo de expertos, pares externos (informe de los pares externos); decisión del Comité Directivo y ratificación por el Consejo Nacional de Residencia Médica 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.

Las **Instituciones solicitantes**, que actualmente son sedes docentes, deben ser acreditadas con la finalidad de continuar como tales para el proceso de admisión del siguiente año.

Las **Instituciones solicitantes** que no son sedes docentes en la actualidad y desean serlo, deben solicitar su acreditación previamente a realizar convenios de posgrado – especialización, con las universidades. Estas instituciones deben solicitar la visita previa.

5.2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

5.2.1 Consejo Nacional de Residencia Médica

Funciones con relación al proceso de acreditación

- Aprobar el Manual de Acreditación de Sede Docente.
- Supervisar el proceso de Acreditación de Sede Docente.
- Aprobar el Tarifario por concepto de Acreditación de Sede Docente.
- Aprobar el Informe Final de la Comisión de Acreditación de Sede Docente, remitido al Consejo por el Comité Directivo de CONAREME.
- Otorgar la Constancia y la Resolución de Acreditación de Sede Docente.

5.2.2 Sub-Comité de Calidad

Funciones con relación al proceso de acreditación:

- Remitir al Secretario Técnico del Comité Directivo de CONAREME, la propuesta de Manual de Acreditación de Sede Docente y sus Instrumentos, elaborados por la

Comisión de Acreditación de Sede Docente

- b) Remitir al Secretario Técnico del Comité Directivo de CONAREME, los Dictámenes Finales aprobados por la Comisión de Acreditación de Sede Docente

5.2.3 Comisión de Acreditación de Sede Docente

Funciones con relación al proceso de acreditación

- a) Cita a Sesión Ordinaria y Extraordinaria de la Comisión de Acreditación, en coordinación con el Secretario Técnico del Comité Directivo del CONAREME, estableciendo la agenda de la reunión.
- b) Recibir las solicitudes de acreditación de las instituciones solicitantes derivadas por la Secretaría técnica.
- c) Revisar, la información recibida por las instituciones solicitantes, informando sobre el nivel de conformidad.
- d) Coordina con los pares externos la realización de la visita a la Institución solicitante
- e) Recibe y revisa los informes de los pares externos en relación con las visitas a las instituciones solicitantes
- f) Elabora Informes de la misma comisión con relación a las visitas realizadas por los pares externos
- g) Fundamentar ante el Consejo Nacional de Residencia Médico, los acuerdos adoptados por la Comisión de Acreditación, incluyendo los Dictámenes Finales aprobados.

5.2.4 Principios del Proceso de Acreditación de Sede Docente

a) Transparencia y Confiabilidad

Garantizando que el proceso se desarrollará con independencia de juicio, sobre lineamientos técnicos previamente aprobados. Esta condición abarca el, desempeño del conjunto de personas e instituciones vinculadas al proceso, incluyendo la propia institución que solicita la acreditación. Se basa en la confianza en que el juicio de los evaluadores y la decisión de la Comisión de Acreditación se basará en una apreciación técnica y responsable de la Institución Solicitante.

b) Calidad, Relevancia y Pertinencia

Se basa en la asunción de que el proceso se desarrolla dentro de estándares procedimentales y técnicos internacionalmente aceptables, evaluando las características propias de la Institución Solicitante, trascendentes para el logro de los objetivos de formación de especialistas, conforme a lo establecido en el Manual de Acreditación de Sede Docente.

5.3. REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

- 1) Solicitud de visita previa cuando corresponda, con la finalidad de evaluar si procede iniciar el proceso de acreditación.
- 2) Informe de la visita previa de reconocimiento de la Institución y de corresponder, acta de entrega del Manual de Acreditación con la finalidad que realicen la autoevaluación con base en las dimensiones por CONAREME.
- 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.
- 7) Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.

5.4. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

- 1) El Sub-Comité de Calidad, a través de su Comisión de Acreditación, elabora y actualiza el manual, los estándares y las herramientas para la acreditación de Sedes Docentes.
- 2) El Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME), aprueba el Manual, los

estándares e instrumentos para la acreditación.

- 3) El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), ratifica la acreditación y emite el Certificado correspondiente, de ser aprobada y ratificada la Acreditación.
- 4) Las **Instituciones solicitantes**, accederán, cuando corresponda, a la visita previa; en ella, se determina si la institución reúne las condiciones generales mínimas para proceder al proceso de acreditación.
- 5) 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.
- 6) La institución solicitante, formará una comisión o unidad de evaluación, la que se encargará de realizar el proceso de autoevaluación: recolección de datos duros, realización de encuestas, entrevistas y grupos focales, a fin de contar con la información requerida para redactar el informe de autoevaluación.
- 7) Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, cancela el 30% de la UIT vigente por concepto del costo del Proceso de Acreditación de Sedes Docentes.
- 8) Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, realiza el proceso de autoevaluación y elabora el Informe de Autoevaluación, el cual, no debe tener más de 90 páginas.
- 9) 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 de acuerdo con lo requerido.
- 10) La Institución solicitante entrega el informe con los anexos que lo sustentan a CONAREME en PDF al correo electrónico institucional: recepcion@conareme.org.pe.
- 11) El Comité Directivo designa un equipo de (par externo) , quienes revisarán el expediente enviado por la Institución solicitante , pudiendo solicitar ampliaciones, explicaciones o aclaraciones.
 - a. De ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME notifica a la Institución solicitante y al equipo de pares evaluadores.
 - b. La Institución solicitante coordina con CONAREME el programa de la visita a la sede.
 - c. De no ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME devuelve la documentación con las observaciones correspondientes, otorgando un plazo de 90 días calendarios con la finalidad de subsanar las deficiencias. De no hacerlo, la **Institución solicitante** pierde el proceso y NO tendrá ingresantes en el Concurso Nacional de Admisión al Residencia Médica del siguiente año.
- 12) Si es conforme, el Equipo de Pares Evaluadores realiza la visita a la Institución solicitante.
 - a. El Equipo de pares Externos elabora un informe, el cual es derivado por la Secretaria técnica de CONAREME a la Comisión de Acreditación.
 - b. La Comisión de acreditación elabora un informe que eleva al Comité Directivo, en el cual, sugiere o no la acreditación, sustentando las razones de su decisión.
 - c. 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.
- 13) El Consejo Nacional de Residencia Médica, entrega a la Institución solicitante un Certificado de Acreditación con duración de 5 años o de 2 años según sea el caso.
- 14) Habrá una relación en la Página Web de CONAREME, de las instituciones Acreditadas y en proceso de evaluación.

5.5. DURACIÓN DE LA ACREDITACIÓN COMO SEDE DOCENTE. –

La acreditación como sede docente tiene una duración máxima de hasta 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, esta acreditación será observada y apercibida la Sede Docente por el Comité Directivo a su cumplimiento en un plazo perentorio, de no cumplirse, se elevará

al CONAREME para las acciones correspondientes.

5.6. PERÍODOS DE ACREDITACIÓN. –

Criterios para determinar si una institución acredita como sede docente y el periodo de acreditación de corresponder:

No acredita	Si al menos una dimensión obtiene un puntaje < 60%
Acredita 2 años	Si al menos todas las dimensiones logran un puntaje >= 60%
Acredita 5 años	Todas las dimensiones >= 80% (*)

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

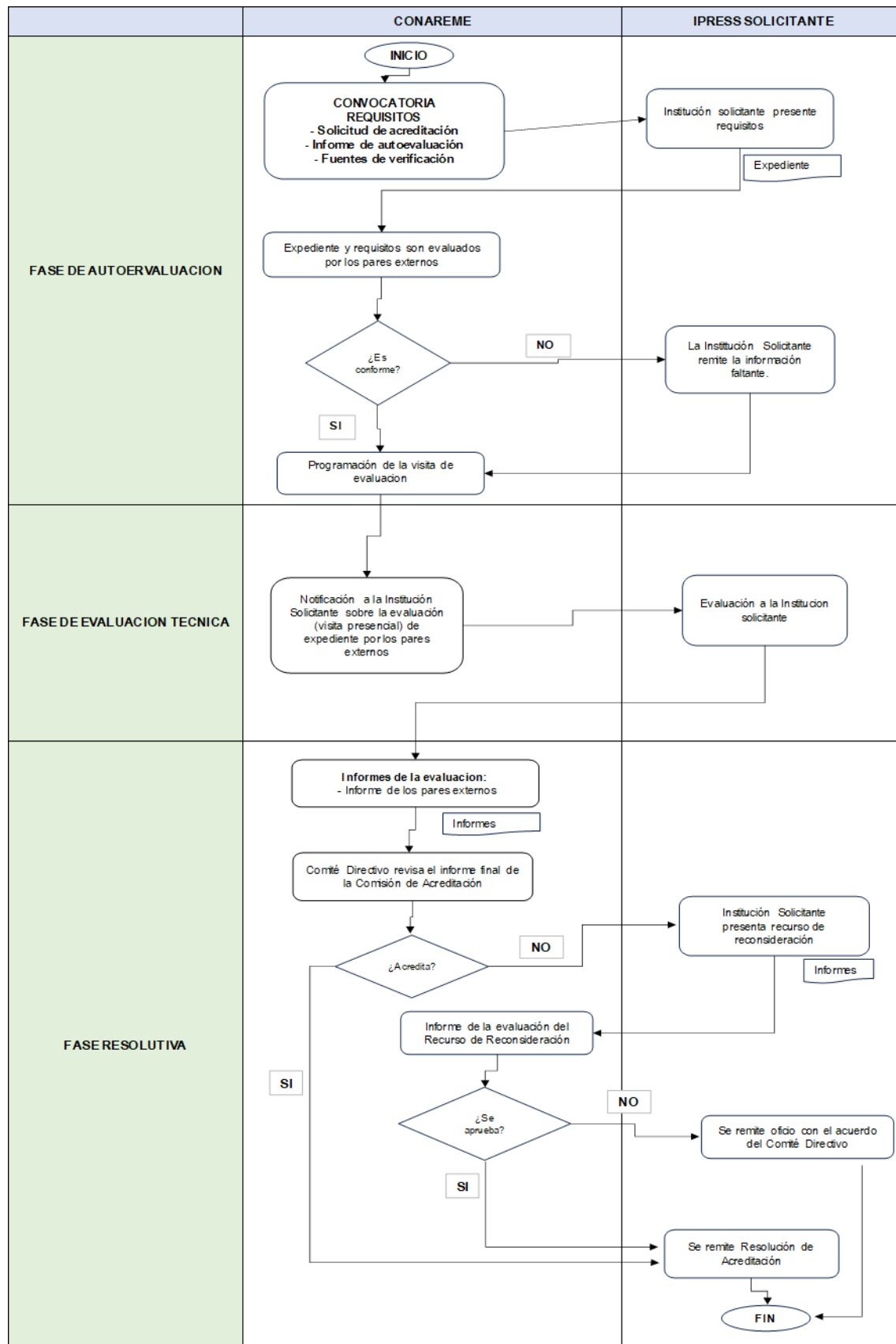
5.7. SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN DE LA SEDE DOCENTE. -

1) El Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica (SINAREME), establece en el Artículo 60.- SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN.

Son causales de suspensión o pérdida de la acreditación de sede docente:

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

VI. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE



VII. DIMENSIONES Y ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

- La Acreditación de Sedes Docentes es un proceso voluntario mediante el cual, las **Instituciones Solicitantes**, son capaces de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos, frente a estándares reconocidos a nivel nacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación, así como una evaluación externa por un equipo de expertos. Acreditar, es dar fe pública, y certificar a las **Instituciones**, en relación con el cumplimiento de los estándares y procedimientos establecidos, que conduce al reconocimiento de éstas como **SEDES DOCENTES** por parte de CONAREME, para la formación de especialistas y subespecialistas a través de los Programas de Residencia Médica.

La Acreditación de Sede Docente tiene un enfoque de proceso, holístico y multidimensional, constituido por cuatro (4) Dimensiones y treinta y cinco (35) Estándares. La Primera Dimensión, está centrada en el paciente, la Segunda Dimensión, está relacionada a la Educación Médica e Investigación, la Tercera Dimensión, corresponde a la Gestión de la Organización, y la Cuarta Dimensión concierne a la Organización de la Atención de Salud.

Las Dimensiones y Estándares para la Acreditación de Sede Docente, son los requisitos o condiciones que son exigibles a las las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a la categoría I-2, I-3 y I-4 (**Instituciones solicitantes**) como medio para la Acreditación de Sede Docente, así como para garantizar la calidad e idoneidad de la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana.

I. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

La Institución Solicitante:

- Incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario.
- Cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).
- El personal de salud recibe sensibilización y capacitación periódica sobre atención segura y humana.
- Cuenta con un sistema de monitoreo de la satisfacción del usuario externo e interno.
- Cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y consultas de los usuarios.
- Ha implementado el consentimiento Informado para la atención de salud y para la docencia.

II. EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

La Institución Solicitante:

- Cuenta con un Programa de Inducción para el Médico Residente.
- Cuenta con un representante de los Médicos Residentes, acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes ANMRP, según reglamento de la Ley del SINAREME.
- Cuenta con un plan de capacitación anual.
- Cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación, que articula el trabajo de la universidad con la Institución solicitante, según corresponda.
- Cuenta con convenios con las instituciones formadoras (sedes docentes acreditadas) y planes de trabajo e inicio de gestión (para sedes docentes nuevas).
- Provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.
- Realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).
- Cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje.

- Cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas.
- Cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia.
- Cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).
- Cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).
- Cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico (para sedes docentes acreditadas).
- El Comité de Sede Docente se reúne regularmente y suscribe actas (para sedes docentes acreditadas).

III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

La Institución Solicitante:

- Ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los Documentos de Gestión según categoría.
- Cuenta con profesionales de salud especializados mínimos, de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia.
- Cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura) según categoría.
- Cuenta con servicios de observación e Internamiento organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con el servicio de atención quirúrgica, organizados e implementados, según categorías.
- Cuenta con servicios de emergencia, organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con unidades administrativas para la docencia u otras afines, según categoría.
- Cuenta con condiciones mínimas para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación, según categoría).
- Cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia aplicable para los médicos residentes.
- Cumple con las remuneraciones al médico residente de manera oportuna (para sedes docentes acreditadas).
- Cumple con pago de guardias al médico residente de manera oportuna (para sedes docentes acreditadas).

IV. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La Institución Solicitante:

- Elabora y ejecuta el plan anual de calidad.
- Desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.
- Cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Cuenta con estadísticas de las prestaciones realizadas.

■ Para la Valoración en la Evaluación, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **DIMENSIÓN.** – Es la síntesis del significado y trascendencia de los estándares que se evalúan en el proceso.

- **ESTÁNDAR.** - Es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben ser implementados para que una organización brinde atención y servicios de calidad.
- **VALOR.** - Es el resultado de la evaluación de los estándares valorando el grado de logro del estándar
Al estándar se le asignará un valor:
 - **NA (sin valor):** significa que no aplica el estándar.
 - **Cero (0):** significa que no cumple.
 - **Uno (1):** significa que aún está en proceso o cumple parcialmente.
 - **Dos (2):** significa que cumple totalmente
- **FUENTES DE VERIFICACIÓN.** - son los medios de información que utilizaremos para evaluar y valorar el logro de los estándares y dimensiones
- **ELEMENTOS MEDIBLES.** - Son aquellos elementos de verificación que dan cuenta de cumplimiento del estándar, a los que en su conjunto se les asignará una calificación durante la fase externa del proceso de evaluación. Enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta y proporcionan mayor claridad del estándar.

ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

DATOS GENERALES

N°
CORRELATIVO:

FECHA
(día/mes/año): / /

HORA: : AM / PM

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CÓDIGO ÚNICO
RENAES

NOMBRE / RAZÓN
SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

INSTITUCIÓN A LA
QUE PERTENECE

UBICACIÓN

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

DIRECCIÓN

TELÉFONO FIJO

ANEXO

**TELÉFONO DE
EMERGENCIA**

NUMERO CELULAR

E-MAIL

PAGINA WEB

**II. DATOS DEL DIRECTOR GENERAL O RESPONSABLE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD**

**NOMBRES Y
APELLIDOS**

D.N.I.

N° COLEGIATURA

N° R.N.E

PROFESIÓN

III. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION (OPCIONAL)

NOMBRES Y
APELLIDOS

D.N.I.

N° COLEGIATURA

N° R.N.E

PROFESION

IV. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE AL EQUIPO QUE REALIZA LA EVALUACIÓN

NOMBRES Y
APELLIDOS

D.N.I.

CARGO O FUNCION

V. DATOS DEL EQUIPO EVALI ADC R

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
----------------------	-------	----------------------

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
----------------------	-------	----------------------

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
----------------------	-------	----------------------

VIII. 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 INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				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 e implementado	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	
										2 Consentimiento Informado (Derecho a acceder a una copia de la historia clínica y de carácter reservado, consentimiento informado por escrito)	
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. Normas, guías, protocolos y otros, que contengan protocolos estandarizados para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	
										2. Informe del Comité de infecciones Intrahospitalarias 3. Informe del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención											
El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana							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 que incluya capacitación en atención segura y humana	
										2. Informe de avances de las actividades educativas y personal capacitado en atención segura y humana incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad y de Capacitación del Personal de la Salud, PDP.	
										3. Norma que aprueba el PDP (plan de desarrollo de las personas) o su equivalente que incluya capacitación en atención segura y humana	
La institución solicitante, cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno							No cuenta con mecanismos de satisfacción del usuario externo e interno.	Cuenta con mecanismos de satisfacción del usuario externo e interno, pero aún no se implementa	Cuenta con mecanismos de satisfacción del usuario externo e interno implementado y cuenta con propuestas de mejoras continuas de calidad.	1. Informe de ejecución de encuestas de satisfacción del usuario.	
La institución solicitante, cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y consultas 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. Verificar la visibilidad y de fácil acceso, el procedimiento para la atención de reclamos de las personas usuarias	
										2. Registró de reclamos y quejas de los usuarios; así como las respuestas.	

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Seguridad del paciente y humanización de la atención							0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta	1. Documentos escritos, firmados o huella digital por los usuarios otorgando o negando su consentimiento, para el procedimiento o tratamiento y la docencia.	
La Institución Solicitante, ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de salud y la docencia*							La Institución Solicitante no cuenta con los procesos de Consentimiento Informado que le otorga al usuario el derecho de aprobar o negar su consentimiento.	La Institución Solicitante 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.	La Institución Solicitante cuenta con los Consentimiento Informado los cuales están incorporados en las historias clínicas.	2. Historias Clínicas de las personas usuarias, con consentimiento informado	

II.- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Educación Médica e Investigación							0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta	1. Programa de inducción aprobado por la institución.	
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	2. Informe de cumplimiento del programa de inducción.	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉRIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				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 acreditado 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. Acta de conformación del Comité de Sede docente que incluya al médico residente representante como miembro.	
La institución solicitante, cuenta con un plan de capacitación anual.							No cuenta con Plan de capacitación anual.	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado del año en curso y se ejecutado parcialmente	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado y ejecutado del año anterior	1. Plan de capacitación anual aprobado, del año en curso. 2. Informe de evaluación del plan anual ejecutado el año anterior.	
La institución solicitante, cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación 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 articulación de la universidad con la sede docente según corresponda	Cuenta con responsable del área de capacitación, docencia e investigación y no articula el trabajo de la universidad con la Institución Solicitante según corresponda	El responsable del área de capacitación, docencia e investigación articula el trabajo de la universidad con la Institución Solicitante (según corresponda)	1. Documento de designación del responsable del área de capacitación, docencia e investigación según corresponda. 2. Informe de actividades de articulación de Institución Solicitante con Universidades.	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORÍA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
Educación Médica e Investigación	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
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)							La Institución Solicitante no cuenta con Convenio Interinstitucional con las instituciones formadoras ni planes de trabajo	La Institución Solicitante cuenta con Convenio Interinstitucional o planes de trabajo	La Institución Solicitante cuenta con Convenio Interinstitucional con las instituciones formadoras y planes de trabajo actualizado.	1. Convenio Interinstitucional con las instituciones formadoras, firmados y vigentes. 2. Planes de trabajo actualizados, del presente año, de las instituciones formadoras.	
La institución solicitante, provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes (según corresponda)							La Institución Solicitante no provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes	La Institución Solicitante provee parcialmente de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes	La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.	1. Registros de entrega de los insumos de bioseguridad a los médicos residentes, en los servicios o en la unidad funcional de la seguridad y salud en el trabajo	
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 (60-80%)	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje (+80%)	1. Lista de verificación (ambientes, equipamiento, mobiliario, insumos, material de escritorio)	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La institución solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas							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	
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	
La institución solicitante, cuenta con el Plan de las 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. Plan de Rotaciones de los médicos residentes. 2. Documento de Registro de las rotaciones realizadas por los residentes.	
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).	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico (para sedes docentes acreditadas).							La Institución Solicitante no cuenta con coordinador de residentes de la cada institución formadora para el Residencia, con las que tiene Convenio	La Institución Solicitante cuenta con coordinador de Residencia de algunas instituciones formadoras con las que tiene convenio	La Institución Solicitante cuenta con coordinadores de Residencia de cada una de las instituciones formadoras con las que tiene convenio	1. Documentos de designación de Coordinadores de Residencia Médico de las Instituciones Formadoras	
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.	

III.- ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MEDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				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 (Plan operativo)	Ha incorporado las actividades de docencia e investigación, en los Documentos de Gestión, pero no ejecuta según categoría (Plan operativo)	Ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los Documentos de Gestión según categoría (Plan operativo)	1. Plan o Documento que evidencia la programación de actividades de investigación y docencia (Plan operativo) 2. Informe de ejecución de actividades de investigación y docencia	
La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos, de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia. *							No cuenta con profesionales de salud especializados mínimos según categoría	Cuenta con profesionales de salud especializados insuficientes según categoría.	Cuenta con profesionales de salud especializados suficientes y tienen funciones de docencia definidas en los documentos correspondientes	1. Relación de profesionales de salud especializados en la Institución Solicitante o Relación de profesionales de salud especializados 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	
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 o remota de ambientes de consulta externa (adjuntar fotos)	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con servicios de observación e Internamiento organizados e implementados, según categoría							No cuenta con servicios de observación e Internamiento de acuerdo con su nivel de complejidad.	cuenta con servicios de observación e Internamiento de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados e implementados, según categorías	cuenta con servicios de observación e Internamiento debidamente organizados e implementados, según categorías	1- Verificación directa o remota de los servicios de observación e Internamiento (adjuntar fotos)	
La Institución Solicitante cuenta con servicios de atención quirúrgica, organizados e implementados, según categoría.							No cuenta con servicios de atención quirúrgica , organizados ni implementados de acuerdo con su nivel de complejidad	Cuenta con servicios de atención quirúrgica de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no están debidamente organizados o implementados.	Cuenta con servicios de atención quirúrgica debidamente organizados e implementados	1. Verificación directa o remota de ambientes del servicio de atención quirúrgica sala de operaciones, sala de procedimientos-área de esterilización y de instrumentación (adjuntar fotos)	
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 implementado	1- Verificación directa y remota de ambientes de servicio de emergencia (adjuntar fotos)	
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 o remota de los ambientes de servicio de laboratorio, diagnóstico por imágenes (adjuntar fotos)	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
Organización de la Institución solicitante											
La Institución Solicitante, cuenta con unidades administrativas para la docencia u otras afines, según categoría							no cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia u otras afines	Cuenta con unidad de administrativa encargada de la documentación con unidad de administrativa encargada de la Docencia u otras afines, cumpliendo sus funciones.	Cuenta con unidad de administrativa encargada de la Docencia u otras afines, cumpliendo sus funciones.	1. Reglamento de organización y funciones que establece la unidad administrativa para la docencia o similar 2. Verificación directa o remota de los ambientes de las unidades administrativas (adjuntar fotos)	
La institución solicitante cuenta con condiciones mínimas para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación, según su categoría)							No cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación, según su categoría)	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente, mínimo dos de los siguientes ambientes: de descanso, estudio y alimentación.	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente, con los tres siguientes ambientes: de descanso, estudio y alimentación	1. Verificación directa de ambientes destinados para los médicos residentes para descanso, estudio y alimentación	
La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia aplicable 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	
La Institución Solicitante cumple con las remuneraciones al médico 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 (para sedes acreditadas)							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.	

IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE INSTITUCIÓN SOLICITANTE			UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CODIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	I-2	I-3	I-4				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.	
La institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.							No cuenta con un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.	Cuenta y desarrolla con un programa de actividades intramurales o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.	Cuenta y desarrolla con un programa de actividades intramurales y extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.	1.Evidencia de actividades intramurales según plan curricular de la especialidad (charlas educativas, consulta, micro gestión y otros) o evidencia de actividades extramurales según plan curricular de la especialidad (hojas de asistencia de reuniones interinstitucionales, charlas con gestores comunitarios, campañas de salud y otros) 2. Evidencia de actividades intramurales según plan curricular de la especialidad (charlas educativas, consulta, micro gestión y otros) y evidencia de actividades extramurales según plan curricular de la especialidad (hojas de asistencia de reuniones interinstitucionales, charlas con gestores comunitarios, campañas de salud y otros)	
La institución solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.							No cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia	Cuenta con una persona responsable para la gestión del proceso de referencia y contrarreferencia	Cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia con adecuado funcionamiento	1. Documento que designa al responsable a cargo del proceso de referencia y contrarreferencia. 2. Estadística del proceso de referencia y contrarreferencia.	
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.	

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:



DIMENSIONES	CÓDIGO	ESTÁNDAR	VALOR PONDERADO	INGRESAR VALOR (0,1,2)	PUNTAJE OBTENIDO
I.- SEGURIDAD Y HUM ANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	1	La Institución Solicitante, incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario.	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante, cuenta con normas para la vigilancia prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).	4.55	2	4.55
	3	El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno.	2.275	2	2.275
	5	La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y quejas de los usuarios.	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante, ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de Salud y la docencia.	4.55	2	4.55
PUNTAJE TOTAL			18.2		PUNTAJE > 80 %
II.- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN	1	La Institución Solicitante, cuenta con un Programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente)	4.55	2	4.55
	2	La Institución Solicitante cuenta con un representante de los Médicos Residentes acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes es ANM RP, según reglamento de la Ley del SINAREME. (Solo si ya es sede docente)	2.275	2	2.275
	3	La Institución Solicitante cuenta con un plan de capacitación anual.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación que articula el trabajo de la universidad con la Institución solicitante según corresponda.	4.55	2	4.55
	5	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)	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes (según corresponda).	2.275	2	2.275
	7	La Institución Solicitante realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).	2.275	2	2.275
	8	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje.	2.275	2	2.275
	9	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas.	2.275	2	2.275
	10	La Institución Solicitante cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia.	2.275	2	2.275
	11	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la Universidad (para sedes docentes acreditadas)	4.55	2	4.55
	12	La Institución Solicitante cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad. (para sede docentes acreditadas)	2.275	2	2.275
	13	La Institución Solicitante, cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico. (Para sedes docentes acreditadas)	2.275	2	2.275
	14	El comité de Sede Docente se reúne regularmente y suscribe actas (Para sedes docentes acreditadas)	2.275	2	2.275
PUNTAJE TOTAL			38.675		PUNTAJE > 80 %
III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	1	La Institución Solicitante ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría.	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia	4.55	2	4.55
	3	La Institución Solicitante cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura) según categoría.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con servicios de observación e Internamiento organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	5	La Institución solicitante con servicio de atención quirúrgica, organizados e implementados, según categoría	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	7	La Institución Solicitante cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	8	La Institución Solicitante cuenta con unidades administrativas para la docencia u otras afines, según categoría.	2.275	2	2.275
	9	La Institución Solicitante cuenta con condiciones mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación, según categoría).	2.275	2	2.275
	10	La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia aplicable para los médicos residentes	2.275	2	2.275
	11	La Institución Solicitante cumple con las remuneraciones al médico residente de manera oportuna* (para sedes acreditadas)	4.55	2	4.55
	12	La Institución Solicitante cumple con pago de guardias al residente de manera oportuna	2.275	2	2.275
PUNTAJE TOTAL			31.85		PUNTAJE > 80 %
IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD	1	La Institución Solicitante, elabora y ejecuta el plan anual de calidad	2.275	2	2.275
	2	La institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.	2.275	2	2.275
	3	La Institución Solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante, cuenta con estadísticas de las prestaciones realizadas.	4.55	2	4.55
PUNTAJE TOTAL			11.375		PUNTAJE > 80 %
TOTAL			100		100
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN			ACREDITA 5 AÑOS		

(*) Estándares críticos

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

Criterios para determinar si una institución prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención acredita como sede docente y el periodo de acreditación de corresponder

No acredita	Si al menos una dimensión obtiene un puntaje < 60%
Acredita 2 años	Si al menos todas las dimensiones logran un puntaje >= 60%
Acredita 5 años	Todas las dimensiones >= 80% (*)
(*)	En el caso de no cumplir con un factor crítico, entonces la acreditación será por 2 años
(**)	En el caso de no cumplir con más de un factor crítico, entonces no acredita

Dimensión	Puntaje Máximo (PM)	80% PM	60% PM
Seguridad y humanización de la atención	18.2	14.56	10.92
Educación médica e investigación	38.675	30.94	23.205
Organización de la Institución Solicitante	31.85	25.48	19.11
Organización de la atención de salud	11.375	9.1	6.825

X. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

▪ **ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE. -**

Es el proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses 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 Médica, con el objetivo de mejorar la calidad de la formación.

▪ **ARTICULACIÓN DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN. -**

Conjunto de esfuerzos coordinados entre los diferentes niveles de gobierno nacional regional y local y los integrantes del SINAREME; para optimizar la pertinencia del proceso de enseñanza-aprendizaje y la calidad de atención en los servicios.

▪ **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. -**

La Calidad en salud tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud.

▪ **CALIDAD EN LA FORMACIÓN. -**

Es el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar los retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida.

▪ **CAMPOS DE FORMACIÓN**

Espacios de prestación de atención de salud individual, de prestación de salud comunitaria o de actividades complementarias en las sedes docentes.

▪ **CAMPO CLÍNICO**

Espacio de prestación de atención de salud individual en las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.

- **CAMPO SOCIO SANITARIO**

Espacio de prestación de atención colectiva en el ámbito de responsabilidad de las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.

- **CAMPO DE FORMACION EN GESTIÓN**

Espacio de formación en Gestión en Salud, Administración en Salud y Salud Pública en sede docente (intramuros y extramuros), para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud. Aplica para los establecimientos de salud con población asignada y no asignada.

- **COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES. -**

La Comisión de Acreditación de Sedes Docentes, depende del Sub Comité de Calidad del Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), y está encargada de la Acreditación de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses como Sedes Docentes para la formación de especialistas en medicina humana. La Comisión contará con un Presidente y un Secretario; asumen la responsabilidad de llevar el registro de las actas de las sesiones en el correspondiente libro de actas, debiendo coordinar la custodia del mismo con el Secretario Técnico.

- **COORDINADOR DE RESIDENTADO. -**

El coordinador es designado por la sección de postgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad y es responsable de la implementación del programa académico respectivo por la institución universitaria en la sede docente; en caso de existir un número menor a cinco residentes de la especialidad en la sede docente, éste asume adicionalmente las funciones de tutor.

- **DOCENTE.**

Es el especialista en la sede docente que participa en las actividades de enseñanza aprendizaje establecidas en el Plan Curricular de la Especialidad.

- **RESIDENTADO MÉDICO. -**

El Residentado Médico es una modalidad de formación de posgrado, a través de un programa regular o un programa de adquisición y evaluación progresiva de competencias, por la cual el médico cirujano accede a su formación especializada que conduce a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional, que es inscrito en el Colegio Médico del Perú.

- **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - INSTITUCIÓN SOLICITANTE. -**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS según la Ley 30453 Ley del SINAREME, es aquella que financia vacantes y se constituyen en sedes docentes, cuando el CONAREME, la evalúa y la reconozca en relación con el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo de estudios de segunda especialización en la modalidad de residentado médico.

- **INSTITUCIÓN FORMADORA. -**

Facultad o Escuela de Ciencias de la Salud, de una universidad integrante del Sistema Universitario Peruano.

- **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE INTERNADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.-**

Actividades estructuradas, de carácter temporal, que realiza el interno de ciencias de la salud como parte de la formación de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio en las sedes docentes (intramurales) y/o fuera de la sede docente con la población asignada, de

ser el caso (extramurales), con estricta tutoría de la institución formadora, en las que se afianzan conocimientos, refuerzan habilidades y fortalecen actitudes para el logro de las competencias.

- **INVESTIGACIÓN EN SALUD. -**

La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Institución Formadora y de la Sede Docente, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional.

La investigación en salud puede definirse de manera sencilla como el proceso para la recopilación, descripción, análisis e interpretación sistemáticos de los datos que pueden usarse para mejorar la salud de los individuos o grupos de personas.

- **OADI. -**

Oficina de apoyo a la docencia e investigación, o la que haga sus veces. Es la unidad orgánica de la sede docente, encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación.

- **PLAN CURRICULAR. -**

Documento que describe la organización y articulación de los elementos del proceso educativo con base en los objetivos y las competencias que deben alcanzar los residentes. Deben considerar necesariamente: el perfil de formación, las funciones y competencias del egresado, los objetivos curriculares del programa, el Plan de Estudios, el sumario de los cursos (en los casos pertinentes) precisando objetivos específicos de las rotaciones programadas, los logros mínimos a alcanzar, desagregados por año académico, el sistema de evaluación a emplear, y normas administrativas universitarias internas pertinentes.

Asimismo, debe consignarse los miembros del Comité de Especialidad o equivalente, como anexo, así como todo aquello que contribuya al proceso de formación del residente.

- **PLAN DE ESTUDIOS. -**

Documento que describe secuencialmente las asignaturas, rotaciones del programa y actividades y prácticas en servicio. Se encuentra estructurado en función de la distribución del tiempo, por año académico.

- **PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. -**

Se entiende a todas aquellas profesiones reconocidas por la Ley 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud y sus complementarias.

- **SEDE DOCENTE. -**

Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses acreditada por el Consejo Nacional de Residencia Médica – CONAREME en las que se forman especialistas en medicina humana.

- **TUTOR. -**

Médico de la Sede Docente, designado por la sección de postgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad de desarrollar las actividades de docencia en servicio del Plan curricular de formación.

Los cursos a cargo de la institución universitaria no deberán estar incluidas en la jornada asistencial (Jornada de adquisición de competencias en la sede docente).

- **UNIDAD, SECCIÓN, DIRECCIÓN O EQUIVALENTE DE POSTGRADO**

Unidad académico – administrativa de la Facultad, responsable de la formación de especialistas.

ANEXO 1

GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

1 INTRODUCCIÓN

El Consejo Nacional de Residencia Médica encarga a la Comisión de Acreditación de Sede Docente, la elaboración del Manual de Acreditación de Sede Docente, establecida en la Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica, que se ha definido como un conjunto de dimensiones y estándares de calidad, que son condiciones mínimas, para la formación de especialistas en medicina humana; manual que incorpora la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente.

La presente **Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente**, establece el perfil, lineamientos y procedimientos sobre los cuales se ha de desarrollar el proceso de acreditación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud como Sede Docente para la formación de especialistas en medicina humana. En tal sentido abordar el análisis de los estándares desde la perspectiva de la calidad integral significa hacerlo desde varias dimensiones, en el que se define el marco de la calidad al ciudadano, alrededor del cual se desarrollan una serie de elementos fundamentales: como la evidencia sobre las que se basan las decisiones clínicas y de salud pública asociadas a la seguridad del ciudadano, de organización del servicio y de la atención de salud, la satisfacción que producen en los ciudadanos, la capacidad de gestión, accesibilidad, elementos de soporte, entre otros; que permiten reconocer a una institución solicitante en Sede Docente para la formación de especialistas de medicina humana.

2 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Calidad:** Es el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar los retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida.
- **Acreditación de Sede Docente:** es el proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las instituciones prestadoras de servicios de salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses en relación al cumplimiento de los estándares y procedimientos aprobados por el CONAREME, que conduce al reconocimiento de éstas como Sede Docente.
- **Evaluador Interno:** es el profesional de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución.
- **Evaluador Externo:** es el profesional de salud, que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

3 MARCO NORMATIVO

- 3.1. Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médica.
- 3.2. Decreto Legislativo N°1512 Decreto Legislativo que establece medidas de carácter excepcional para disponer de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos Covid – 19
- 3.3. Decreto Supremo N° 007-2017-SA, Reglamento de la Ley N° 30453.
- 3.4. Decreto Supremo N°016-2020-SA que modifica el Reglamento de la Ley del Residencia Médica en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional por los efectos del Coronavirus (COVID-19)
- 3.5. Ley N° 30220, Ley Universitaria.

- 3.6. Acuerdo N° 000-CONAREME-2019-AG, adoptado en Asamblea General del Consejo Nacional de Residencia Médica, del 00 de XXXX del 2019; aprobando el Manual de Acreditación de Sede Docente.
- 3.7. Normas y Documentos Técnicos vigentes, relacionados a la Acreditación de Sedes Docentes.

4 FINALIDAD

La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente, tiene por finalidad, normalizar el desarrollo de los procesos en las fases de la acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación, de las dimensiones y los estándares.

5 OBJETIVOS

Los objetivos de la guía técnica del evaluador para la acreditación de sede docente son los siguientes:

- 5.1 Brindar elementos conceptuales sobre el perfil del evaluador, las fases del proceso de Acreditación de Sede Docente, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la formación de especialistas en medicina humana.
- 5.2 Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa.
- 5.3 Promover la calidad de la formación de los médicos especialistas, con base en estándares reconocidos internacionalmente.
- 5.4 Propiciar el desarrollo de una cultura de calidad institucional en las instituciones formadoras e Instituciones solicitantes.
- 5.5 Establecer procedimientos para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación de Sede Docente.

6 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sedes Docentes, es de aplicación en el ámbito nacional, en las instituciones públicas o privadas del Sector Salud que desarrollen el proceso de Acreditación de Sede Docente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7 PROCESOS A EVALUAR

La evaluación en sus tres fases: Autoevaluación, Evaluación Externa realizada por los Equipos de Evaluadores y la Comisión de Acreditación de Sede Docente, en el marco del Proceso de Acreditación de Sede Docente.

8 CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

8.1 Convocatoria del Proceso

El Comité Nacional de Residencia Médica realizará convocatorias periódicas anuales para la acreditación de instituciones solicitantes en sede docente.

8.2 Perfil del Evaluador

El Evaluador de las Instituciones Solicitantes para Sede Docente están constituidos por profesionales médicos con experiencia en evaluación y/o acreditación de IPRESS o entidades académicas universitaria, seleccionados por la Comisión de Acreditación de Sede Docente-CONAREME, y que reúnen las siguientes características:

- Competencia para evaluar una institución de manera crítica, integral y constructiva, en el contexto general de la prestación de servicios de salud y su capacidad de formar especialistas en medicina humana.
- Capacidad de trabajar en equipo, y de comunicar de manera clara, veraz y respetuosa sus apreciaciones.
- Reconoce la importancia de las tareas encomendadas y obra con ética, discreción, prudencia, honestidad y responsabilidad.

- Conoce las normas y procedimientos del proceso de acreditación, y aun cuando puede no compartírselos por completo, aplica ellos con la rigurosidad y objetividad debida.
- Reconoce en el proceso de acreditación un instrumento valioso para contribuir al mejoramiento de la calidad formativa y de salud.

8.3 Proceso de Acreditación de Sede Docente

– Fase de Autoevaluación de la Institución Solicitante.

La Autoevaluación es un proceso interno institucional. Es una reflexión participativa sobre la situación de la institución solicitante en relación con las dimensiones y los estándares establecidos. La institución que solicita la acreditación de sede docente requerirá ésta con base en el desarrollo del proceso de Autoevaluación, el cual evidencie que la institución cumple con Dimensiones y los Estándares de Acreditación establecidos por el Comité Nacional de Residencia Médica. Sobre esta base elaborará el Informe Final que acompañará la respectiva solicitud, Informe que tendrá los siguientes componentes:

- Aspectos Organizativos - Administrativos
- Evidencia de cumplimiento de las Dimensiones y Estándares de Acreditación.
- Existencia de Brechas y Período de subsanar brechas

El CONAREME, capacitará respecto de la matriz de evaluación de las dimensiones y estándares a ser realizada por las instituciones solicitantes a requerir el proceso de acreditación de sede docente.

– Fase de Evaluación Técnica

La Evaluación Técnica es realizada por un Equipo de Evaluadores designado por la Comisión de Acreditación de Sede Docente y está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y, por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según los valores establecidos en el presente Manual de Acreditación de Sede Docente. Es una fase necesaria para acceder a la Resolución de Acreditación correspondiente otorgada por el CONAREME.

Las Dimensiones para evaluar en el proceso de acreditación de sede docente, son las siguientes:

- I. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE
- II. EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
- III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE
- IV. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Las técnicas a utilizar para el recojo de información para la valoración de las dimensiones y estándares, podrán ser las siguientes: Revisión de documentos, Observaciones, Entrevistas, entre otras.

La Matriz de Valoración de las Dimensiones y Estándares, se adjunta en el presente Manual de Acreditación de Sede Docente.

– Fase Resolutiva

La Fase Resolutiva del proceso de acreditación de sede docente, comprende la elaboración del informe final por parte del Equipo Evaluador al finalizar la evaluación y la entrega de la Constancia y Resolución de Acreditación de Sede Docente a cargo del CONAREME



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL

(Aprobado en )

Dirección: Av. Paseo de la República 6230, Oficina
N°101. Miraflores – Lima (Perú).

Teléfono: (01)717-2663

Email: recepcion@conareme.org.pe



MISIÓN DEL CONAREME

“Somos un sistema concertado que articula entidades formadoras y prestadoras de servicios de salud, que tiene por función la regulación de la formación de especialistas en medicina humana”

VISIÓN DEL CONAREME

“Ser un sistema concertado que articule de manera efectiva sus componentes para la planificación y formación de especialistas en medicina humana con estándares de calidad y que responda a las necesidades prioritarias de salud del país”



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

DR. Vicente Cruzate
Presidente del CONAREME

DRA. Mery Aranda
Secretario Técnico del CONAREME

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

Instituciones formadoras en Residencia Médico

1. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Universidad Nacional Federico Villarreal.
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
4. Universidad de San Martín de Porres.
5. Universidad Ricardo Palma.
6. Universidad Nacional de San Agustín.
7. Universidad Católica Santa María.
8. Universidad Nacional de Trujillo.
9. Universidad Nacional de Piura.
10. Universidad Privada Antenor Orrego.
11. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
12. Universidad Nacional del Centro del Perú.
13. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
14. Universidad Nacional del Altiplano.
15. Universidad Nacional de Cajamarca.
16. Universidad Peruana Los Andes.
17. Universidad Científica del Sur.
18. Universidad Cesar Vallejo.
19. Universidad Privada San Juan Bautista.
20. Universidad Privada de Tacna.
21. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

1. Ministerio de Salud.
2. Gobiernos Regionales. ESSALUD.
3. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
4. Sanidad de las Fuerzas Armadas.
5. Instituto de Medicina Legal.
6. Instituciones privadas.

Instituciones Representativas

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina.
2. Colegio Médico del Perú.
3. Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.



COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

DR. JOSE LOAYZA ALTAMIRANO

Rep. MINSA

Presidente

DRA. LUZ MUJICA CALDERÓN

Rep. UNSA

DR. MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANÍ

Rep. ANMRP

DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA

Rep. UPCH

DR. JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Rep. UNMSM

DR. FILOMENO JAUREGUI FRANCIA

Rep. URP

DR. EDDIE VARGAS ENCALADA

Rep. UNMSM

DR. JULIO ENRIQUE HUAIRA CONTRERAS

Rep. ESSALUD

DR. NADHIA MENDOZA BRIONES

**Rep. GOBIERNOS
REGIONALES**

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- I. OBJETIVO GENERAL**
- II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- IV. BASE LEGAL**
- V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUCIÓN SOLICITANTE, COMO SEDE DOCENTE**
- VI. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- VII. DIMENSIONES Y ESTÁNDARES DE LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- VIII. MATRIZ DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
- IX. MATRIZ DE VALORACIÓN DE LOS ESTANDARES**

ANEXO 1. GUÍA DEL EVALUADOR



MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento, tiene por objeto realizar el Proceso de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el Sistema Nacional de Residencia Médica, bajo los alcances del Acuerdo N° , aprobado por el Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME) en Asamblea y en el contexto de lo establecido por el Decreto Supremo N° 034- 2023-SA.

Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Asimismo, promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.

A partir del 10 de junio del 2016, la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica - SINAREME, instituye en su Artículo 6, numeral 4: "Implementar las prioridades de formación especializada establecidas por el Ministerio de Salud, así como autorizar los campos clínicos, de acuerdo con las necesidades del Sistema Nacional de Salud"; así mismo en el Artículo 9, numeral 5: "Acreditar a las instituciones prestadoras de servicios de salud donde se desarrolla este programa y supervisar su aplicación".

La formación de especialistas en medicina humana, residentado médico, requiere, para la adquisición de competencias profesionales, instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico- Legales, en las cuales, se congreguen todos los elementos necesarios para desarrollar competencias especializadas, este espacio acreditado es la Sede Docente.

En aplicación de la Ley del SINAREME, la Comisión de Acreditación de Sede Docente del CONAREME, ha elaborado el Manual de Acreditación de Sedes Docentes, en el que se establece el procedimiento de acreditación y contiene las dimensiones y los estándares y las herramientas para su aplicación.

El proceso de Acreditación de Sede Docente consiste en un proceso mediante el cual, las Instituciones solicitantes son capaces de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos, frente a estándares aprobados y reconocidos a nivel nacional, por el Consejo Nacional de Residencia Médica, y que conduce al reconocimiento como SEDE DOCENTE para la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana, mediante los Programas de Residencia Médica. El procedimiento desarrollado procura realimentar de manera continua a las instituciones de salud y formadoras para que formulen esfuerzos de desarrollo en beneficio de la formación de especialistas y subespecialistas.

Para la construcción del presente manual se han tomado como antecedentes los instrumentos de acreditación de campos clínicos del CONAREME: Normas y Procedimientos de Acreditación de Programas de Segunda Especialización en Medicina.

I. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a garantizar al Sistema Nacional de Salud, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Instituciones de Gestión y Administración en Salud, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico-Legales, niveles II y III, debidamente acreditadas como Sede Docente, cuenten con capacidades para formar especialistas en medicina humana con calidad, sobre la base del cumplimiento de dimensiones y estándares, previamente establecidos por el Consejo Nacional de Residencia Médico - CONAREME.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1. Acreditar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, al Instituto de Medicina Legal y

- Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico- Legales, niveles II y III, como Sedes Docentes, adoptando criterios tendientes a facilitar los procesos de mejoramiento de la calidad en la formación de especialistas en medicina humana.
- 2.2. Lograr en la Sede Docente, la formación de especialistas altamente calificados científica, humana y éticamente, para la atención de salud, docencia e investigación de calidad.
 - 2.3. Proveer a la sociedad civil, confianza en el sistema de atención de salud, en relación con la calidad de la formación de especialistas en medicina humana.
 - 2.4. Propiciar la autoevaluación permanente en las Sedes Docentes.
 - 2.5. Verificar, que las Sedes Docentes, cuenten con el factor humano y los recursos de infraestructura, equipamiento, tecnologías e información, para el desarrollo de la formación de especialistas en medicina humana.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones del presente Manual de Acreditación de Sede Docente, son de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y Sector Privado; el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico- Legales; Instituciones que financien o financiarán vacantes en los campos clínicos autorizados a las universidades integrantes del sistema, que forman especialistas en medicina humana en las sedes docentes.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N°26842, Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N°30220, Ley Universitaria.
- 4.3. Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médico.
- 4.4. Ley N°30757, Ley que modifica los artículos 4 y 8 de la Ley 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico (SINAREME).
- 4.5. Decreto Supremo N°007-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médico.
- 4.6. Modelo de Convenio de Cooperación Interinstitucional para el Residencia Médico.
- 4.7. Reglamento para la suscripción de Convenios de Cooperación Interinstitucional para el Residencia Médico. Acuerdo N° 089-2017 de fecha 08 de noviembre del 2017.
- 4.8. Normatividad interna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las Instituciones Formadoras integrantes del Sistema Nacional de Residencia Médico - SINAREME que no contravengan el marco normativo del SINAREME.
- 4.9. Resolución Ministerial N°769-2004/MINSA, que establece la categorización de establecimientos del Sector Salud.
- 4.10. Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, se aprueba la guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud.
- 4.11. Resolución Ministerial N°045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención" y modificatorias.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del Segundo Nivel de Atención"
- 4.13. Resolución Ministerial N°862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del Tercer Nivel de Atención".
- 4.14. Decreto Supremo N°034-2023-SA

V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, COMO SEDE DOCENTE

5.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico-Legales, en adelante se denominarán **Instituciones solicitantes**.

5.2. Acreditación de Instituciones solicitantes como Sede Docente:

La **Acreditación** Implica 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 los requisitos (dimensiones) y procedimientos aprobados, y que conduce al reconocimiento de éstas como **SEDE DOCENTE** para la formación de especialistas y subespecialistas en medicina humana mediante los Programas de Residencia Médica.

El **proceso de acreditación** permite a las **Instituciones solicitantes** realizar una evaluación con base en los requisitos y dimensiones: Seguridad y Humanización de la Atención, Educación Médica Profesional e Investigación, Organización de las respectivas Instituciones y Organización en la Atención en Salud, mediante la participación de los involucrados en la atención de salud y formación en salud.

El **proceso de acreditación** implica la autoevaluación (informe de autoevaluación); evaluación en detalle por un equipo de expertos, pares externos (informe de los pares externos), informe de la comisión de acreditación; decisión del Comité Directivo y ratificación por el Consejo Nacional de Residencia Médica 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.

Las **Instituciones solicitantes**, que actualmente son sedes docentes, deben ser acreditadas con la finalidad de continuar como tales para el proceso de admisión del siguiente año.

Las **Instituciones solicitantes** que no son sedes docentes en la actualidad y desean serlo, deben solicitar su acreditación previamente a realizar convenios de posgrado – especialización, con las universidades. Estas instituciones deben solicitar la visita previa.

5.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

5.3.1 Consejo Nacional de Residencia Médica

Funciones con relación al proceso de acreditación:

- a) Aprobar el Manual de Acreditación de Sede Docente.
- b) Supervisar el proceso de Acreditación de Sede Docente.
- c) Aprobar el Tarifario por concepto de Acreditación de Sede Docente.
- d) Aprobar el Informe Final de la Comisión de Acreditación de Sede Docente, remitido al Consejo por el Comité Directivo de CONAREME.
- e) Otorgar la Constancia y la Resolución de Acreditación de Sede Docente.

5.3.2 Sub-Comité de Calidad

Funciones con relación al proceso de acreditación:

- a) Remitir al Secretario Técnico del Comité Directivo de CONAREME, la propuesta de Manual de Acreditación de Sede Docente y sus Instrumentos, elaborados por la Comisión de Acreditación de Sede Docente.
- b) Remitir al Secretario Técnico del Comité Directivo de CONAREME, los Dictámenes Finales aprobados por la Comisión de Acreditación de Sede Docente.

5.3.3 Comisión de Acreditación de Sede Docente

Funciones con relación al proceso de acreditación

- a) Cita a Sesión Ordinaria y Extraordinaria de la Comisión de Acreditación, en coordinación con el Secretario Técnico del Comité Directivo del CONAREME, estableciendo la agenda de la reunión.
- b) Recibir las solicitudes de acreditación de las instituciones solicitantes derivadas por la Secretaría técnica.
- c) Revisar, la información recibida por las instituciones solicitantes, informando sobre el nivel de conformidad.
- d) Coordina con los pares externos la realización de la visita a la Institución solicitante
- e) Recibe y revisa los informes de los pares externos en relación con las visitas a las instituciones solicitantes
- f) Elabora Informes de la misma comisión en relación con las visitas realizadas por los pares externos
- g) Fundamentar ante el Consejo Nacional de Residencia Médica, los acuerdos adoptados por la Comisión de Acreditación, incluyendo los Dictámenes Finales aprobados.

5.3.4 Principios del Proceso de Acreditación de Sede Docente

a) Transparencia y Confiabilidad

Garantizando que el proceso se desarrollará con independencia de juicio, sobre lineamientos técnicos previamente aprobados. Esta condición abarca el, desempeño del conjunto de personas e instituciones vinculadas al proceso, incluyendo la propia institución que solicita la acreditación. Se basa en la confianza en que el juicio de los evaluadores y la decisión de la Comisión de Acreditación se basará en una apreciación técnica y responsable de la Institución Solicitante.

b) Calidad, Relevancia y Pertinencia

Se basa en la asunción de que el proceso se desarrolla dentro de estándares procedimentales y técnicos internacionalmente aceptables, evaluando las características propias de la Institución Solicitante, trascendentes para el logro de los objetivos de formación de especialistas, conforme a lo establecido en el Manual de Acreditación de Sede Docente.

5.4 REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE SEDE DOCENTE

- Solicitud de visita previa cuando corresponda, con la finalidad de evaluar si procede iniciar el proceso de acreditación.
- Informe de la visita previa de reconocimiento de la Institución y de corresponder, acta de entrega del Manual de Acreditación con la finalidad que realicen la autoevaluación con base en las dimensiones establecidos por CONAREME.
- Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME.
- Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder. Excepcionalmente las UML en tanto no tengan RENIPRESS deberán presentar la constancia de que esta se encuentra en trámite.
- Comprobante de Pago de la tasa establecida por CONAREME.
- Informe de Autoevaluación en el marco del Manual.
- Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación. (Fuentes de verificación)

5.5 PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

- El Sub-Comité de Calidad, a través de su Comisión de Acreditación, elabora y actualiza el manual, y las herramientas para la acreditación de Sedes Docentes.
- El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), aprueba el Manual, los estándares e instrumentos para la acreditación.
- El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), ratifica la acreditación y emite el

Certificado correspondiente, de ser aprobada y ratificada la Acreditación.

- Las **Instituciones solicitantes**, accederán, cuando corresponda, a la visita previa; en ella, se determina si la institución reúne las condiciones generales mínimas para proceder al proceso de acreditación.
- 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.
- La **institución solicitante**, formará una comisión o unidad de evaluación, la que se encargará de realizar el proceso de autoevaluación: recolección de datos duros, realización de encuestas, entrevistas y grupos focales, a fin de contar con la información requerida para redactar el informe de autoevaluación.
- Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, cancela el 30% de la UIT vigente por concepto del costo del Proceso de Acreditación de Sedes Docentes.
- Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, realiza el proceso de autoevaluación y elabora el Informe de Autoevaluación, el cual, no debe tener más de 90 páginas.
- 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.
- La Institución solicitante remite el informe con los anexos que lo sustentan a CONAREME en PDF al correo electrónico institucional: recepcion@conareme.org.pe.
- El Comité Directivo designa un equipo de (par externo) , quienes revisarán el expediente enviado por la Institución solicitante , pudiendo solicitar ampliaciones, explicaciones o aclaraciones.
 - a. De ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME notifica a la Institución solicitante y al equipo de pares externos
 - b. La Institución solicitante coordina con CONAREME el programa de la visita a la sede.
 - c. De no ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME devuelve la documentación con las observaciones correspondientes, otorgando un plazo de 2 días calendarios con la finalidad de subsanar las deficiencias. De no hacerlo, la Institución solicitante pierde el proceso y NO tendrá ingresantes en el Concurso Nacional de Admisión al Residencia Médico del siguiente año.
- Si es conforme, el Equipo de Pares Externos realiza la visita a la Institución solicitante.
 - a. El Equipo de pares Externos elabora un informe, el cual es derivado por la Secretaria técnica de CONAREME a la Comisión de Acreditación.
 - b. La Comisión de acreditación elabora un informe que eleva al Comité Directivo, en el cual, sugiere o no la acreditación, sustentando las razones de su decisión.
 - c. El Comité Directivo aprueba o no la Acreditación y eleva el expediente al Consejo Nacional de Residencia Médico para su ratificación y entrega del Certificado de Acreditación correspondiente.
- El Consejo Nacional de Residencia Médico, entrega a la Institución solicitante un Certificado de Acreditación con duración de 5 años o de 2 años según sea el caso.
- Habrá una relación en la Página Web de CONAREME, de las instituciones Acreditadas y en proceso de evaluación.

5.6 DURACIÓN DE LA ACREDITACIÓN COMO SEDE DOCENTE:

La acreditación como sede docente tiene una duración máxima de hasta 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, esta acreditación será observada y apercibida la Sede Docente por el Comité Directivo a su cumplimiento en un plazo perentorio, de no cumplirse, se elevará al CONAREME para las acciones correspondientes.

5.7 PERÍODOS DE ACREDITACIÓN. -

Criterios para determinar si una institución acredita como sede docente y el periodo de acreditación de corresponder:

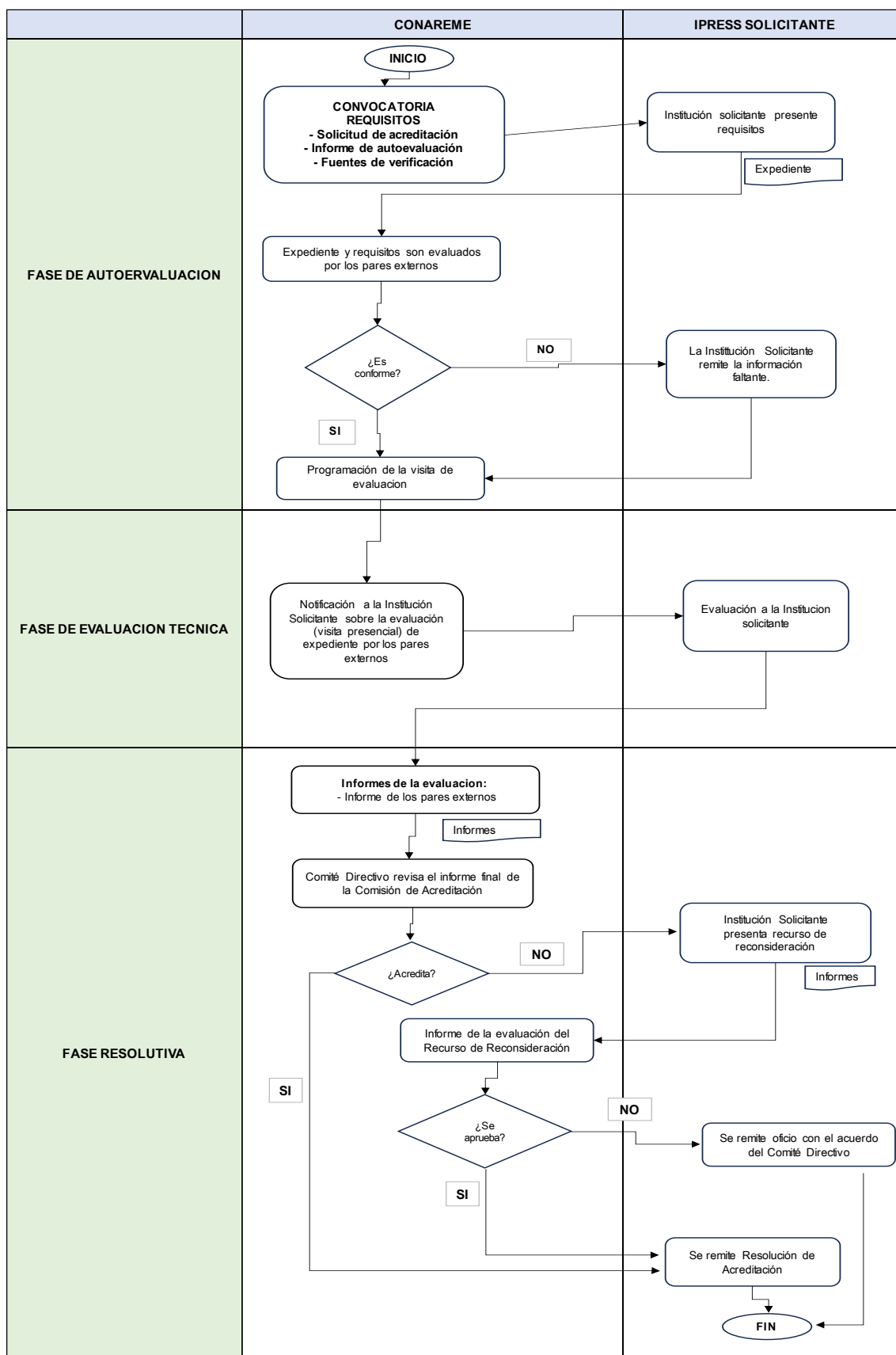
No acredita	Si al menos una dimensión obtiene un puntaje < 60%
Acredita 2 años	Si al menos todas las dimensiones logran un puntaje >= 60%
Acredita 5 años	Todas las dimensiones >= 80% (*)

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

5.8 SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN DE LA SEDE DOCENTE. -

- El Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica (SINAREME), establece en el Artículo 60.- SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN
Son causales de suspensión o pérdida de la acreditación de sede docente:
 - Operar o realizar actividades de formación de médicos cirujanos sin contar con la autorización de los campos clínicos del CONAREME.
 - Incumplir con los pagos correspondientes al médico residente.
 - Incumplir con las medidas de bioseguridad, descanso post guardia, alimentación y pago de guardias de ser el caso.
 - No brindar el equipamiento adecuado de acuerdo con los estándares del campo clínico autorizado.

VI. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE



VII. DIMENSIONES PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

- La Acreditación de Sedes Docentes es un proceso mediante el cual, las **Instituciones Solicitantes**, son capaces de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos, frente a estándares reconocidos a nivel nacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación, así como una evaluación externa por un equipo de expertos. Acreditar, es dar fe pública, y certificar a las Instituciones, en relación con el cumplimiento de los estándares y procedimientos establecidos, que conduce al reconocimiento de éstas como **SEDES DOCENTES** por parte de CONAREME, para la formación de especialistas y subespecialistas a través de los Programas de Residencia Médica.

La Acreditación de Sede Docente tiene un enfoque de proceso, holístico y multidimensional, constituido por cuatro (4) Dimensiones y treinta y cinco (35) Estándares. La Primera Dimensión, está centrada en el paciente, la Segunda Dimensión, está relacionada a la Educación Médica e Investigación, la Tercera Dimensión, corresponde a la Gestión de la Organización, y la Cuarta Dimensión concierne a la Organización de la Atención de Salud.

Las Dimensiones y Estándares para la Acreditación de Sede Docente, son los requisitos o condiciones que son exigibles a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a sus Divisiones Médico-Legales, niveles II y III, (Instituciones solicitantes) como medio para la Acreditación de Sede Docente, así como para garantizar la calidad e idoneidad de la formación de especialistas y sub especialistas en medicina humana.

I. **SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE**

La Institución Solicitante:

- Incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario.
- Cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).
- El personal de salud recibe sensibilización y capacitación periódica sobre atención segura y humana.
- Cuenta con un sistema de monitoreo de la satisfacción del usuario externo e interno.
- Cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y consultas de los usuarios.
- Ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de salud y para la docencia.

II. **EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

La Institución Solicitante:

- Cuenta con un Programa de Inducción para el Médico Residente.
- Cuenta con un representante de los Médicos Residentes, acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMRP), según reglamento de la Ley del SINAREME.
- Cuenta con un plan de capacitación anual.
- Cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación, que articula el trabajo de la universidad con la institución solicitante, según corresponda.
- Cuenta con convenios con las instituciones formadoras (sedes docentes acreditadas) y planes de trabajo e inicio de gestión (para sedes docentes nuevas).
- Provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.
- Realiza educación médica de pregrado de acuerdo con el nivel de atención (no evaluable).
- Cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje.
- Cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas.
- Cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia.
- Cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la universidad.

- Cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad.
- Cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico.
- El Comité de Sede Docente se reúne regularmente y suscribe actas

III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

La Institución Solicitante:

- Ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría.
- Cuenta con personal de la salud especializados mínimos, de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia.
- Cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura) según categoría.
- Cuenta con servicios de Hospitalización organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados e implementados, según categorías.
- Cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría.
- Cuenta con unidades administrativas para la docencia, según categoría.
- Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación).
- Cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes.
- Cumple con las remuneraciones al médico residente de manera oportuna.
- Cumple con pago de guardias al médico residente de manera oportuna.

IV. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La Institución Solicitante:

- Elabora y ejecuta el plan anual de calidad.
- Desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes.
- Cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Cuenta con estadísticas de las atenciones realizadas.

▪ Para la Valoración en la Evaluación, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **DIMENSIÓN:** Es la síntesis del significado y trascendencia de los estándares que se evalúan en el proceso.
- **ESTÁNDAR:** Es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben ser implementados para que una organización brinde atención y servicios de calidad.
- **VALOR:** Es el resultado de la evaluación de los estándares valorando el grado de logro del estándar.

Al estándar se le asignará un valor:

- **NA (sin valor):** significa que no aplica el estándar.
- **Cero (0):** significa que no cumple.
- **Uno (1):** significa que aún está en proceso o cumple parcialmente.
- **Dos (2):** significa que cumple totalmente

- **FUENTES DE VERIFICACIÓN:** Son los medios de información que utilizaremos para evaluar y valorar el logro de los estándares y dimensiones.
- **ELEMENTOS MEDIBLES:** Son aquellos requisitos del estándar a los que en su conjunto se les asignará una calificación durante la fase externa del proceso de evaluación. Enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta y proporcionan mayor claridad del estándar.



ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

DATOS GENERALES

N°
CORRELATIVO:

FECHA
(día/mes/año):

HORA: : AM / PM

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CODIGO ÚNICO
RENAES

NOMBRE / RAZÓN
SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

INSTITUCION A LA
QUE PERTENECE

UBICACIÓN

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO



DIRECCIÓN

--

TELEFONO FIJO

	ANEXO	
--	--------------	--

TELEFONO DE EMERGENCIA

--

RPC / RPM

	FAX	
--	------------	--

E-MAIL

--

PAGINA WEB

--

II. DATOS DEL DIRECTOR GENERAL O RESPONSABLE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS

--

D.N.I.

--

N° COLEGIATURA

--

N° R.N.E

--

PROFESION

--



III. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

NOMBRES Y
APELLIDOS

--

D.N.I.

--

N° COLEGIATURA

--

N° R.N.E

--

PROFESION

--

IV. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE AL EQUIPO QUE REALIZA LA EVALUACION

NOMBRES Y
APELLIDOS

--

D.N.I.

--

CARGO O FUNCION

--

V. DATOS DEL EQUIPO EVALUADOR

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
--	-------	--

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
--	-------	--

NOMBRES Y APELLIDOS

	D.N.I	
--	-------	--

VIII. 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 MÉRIBLES	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)	
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 del año previo a la evaluación. 2. Informe del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo del año previo a la evaluación.	

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.	
El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana									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 interno y externo del año previo a la evaluación.	
La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno									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 consultas de los usuarios; así como las respuestas. 3. Resolución o documento de designación del responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud	
La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de consultas y reclamos de los usuarios													



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 2. Historias Clínicas de las personas usuarias, con consentimiento informado	

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
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 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.	
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. Acta de conformación del comité de sede docente que incluya al médico residente representante como miembro 3. Copia del Acta de las 2 últimas reuniones del Comité de 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		
La Institución Solicitante, cuenta con un plan de capacitación anual									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 a la evaluación.	
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.	
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 de cooperación interinstitucional entre las instituciones formadoras y las sedes docentes.	
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 epp a los médicos residentes	

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	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)	
La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación, trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas									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. Registro de investigaciones de la sede docente de los médicos especialistas de la institución solicitante.	
												2. Lista de publicaciones de los médicos especialistas de la institución solicitante.	
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	



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 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	
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)	
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	
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.	

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	
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	
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	



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		
Organización de la Institución solicitante													
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	
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	

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 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 adecuada 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 2. informe mensual de asistencia de los residentes por parte de la oficina de recursos humanos	
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 2. Planillas de pago.	

(*) Estándares críticos

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

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		
Organización de la Atención de la salud													
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	
La Institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes (aplicable a II nivel)									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	
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.	
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.	

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:



DIMENSIONES	CÓDIGO	ESTÁNDAR	VALOR PONDERADO	INGRESAR VALOR (0,1,2)	PUNTAJE OBTENIDO
I.- SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	1	La Institución Solicitante, incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario.	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante, cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).	4.55	2	4.55
	3	El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno.	2.275	2	2.275
	5	La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y consultas de los usuarios.	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante, ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de Salud y para la docencia.	4.55	2	4.55
PUNTAJE TOTAL			18.2		PUNTAJE > 80 %
II.- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN	1	La Institución Solicitante, cuenta con un Programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente)	4.55	2	4.55
	2	La Institución Solicitante cuenta con un representante de los Médicos Residentes acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMRP), según reglamento de la Ley del SINAREME. (solo si ya es sede docente)	2.275	2	2.275
	3	La Institución Solicitante cuenta con un plan de capacitación anual.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación que articula el trabajo de la universidad con la Institución solicitante, según corresponda.	4.55	2	4.55
	5	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)	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.	2.275	2	2.275
	7	La Institución Solicitante realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).	2.275	2	2.275
	8	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje.	2.275	2	2.275
	9	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas.	2.275	2	2.275
	10	La Institución Solicitante cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia.	2.275	2	2.275
	11	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la Universidad (para sedes docentes acreditadas).	4.55	2	4.55
	12	La Institución Solicitante cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
	13	La Institución Solicitante, cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
	14	El comité de sede docente se reúne regularmente y suscribe actas (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
PUNTAJE TOTAL			38.675		PUNTAJE > 80 %
III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	1	La Institución Solicitante ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia	4.55	2	4.55
	3	La Institución Solicitante cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura) según categoría.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Hospitalización organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	5	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	7	La Institución Solicitante cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275
	8	La Institución Solicitante cuenta con unidades administrativas para la docencia, según categoría.	2.275	2	2.275
	9	La Institución Solicitante cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación).	2.275	2	2.275
	10	La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	2.275	2	2.275
	11	La Institución Solicitante cumple con las remuneraciones al médico residente de manera oportuna (para sedes acreditadas)	4.55	2	4.55
	12	La Institución Solicitante cumple con pago de guardias al residente de manera oportuna.	2.275	2	2.275
PUNTAJE TOTAL			31.85		PUNTAJE > 80 %
IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD	1	La Institución Solicitante, elabora y ejecuta el plan anual de calidad.	2.275	2	2.275
	2	La Institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	2.275	2	2.275
	3	La Institución Solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante, cuenta con estadísticas de las prestaciones realizadas.	4.55	2	4.55
PUNTAJE TOTAL			11.375		PUNTAJE > 80 %
TOTAL			100		100

(*) Estándares críticos

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

Criterios para determinar si una institución acredita como sede docente y el periodo de acreditación de corresponder

No acredita	Si al menos una dimensión obtiene un puntaje < 60%
Acredita 2 años	Si al menos todas las dimensiones logran un puntaje >= 60%
Acredita 5 años	Todas las dimensiones >= 80% (*)
(*) En el caso de no cumplir plenamente un factor crítico, entonces la acreditación será por 2 años	

Dimensión	Puntaje Máximo (PM)	80% PM	60% PM
Seguridad y humanización de la atención	18.2	14.56	10.92
Educación médica e investigación	38.675	30.94	23.205
Organización de la Institución Solicitante	31.85	25.48	19.11
Organización de la atención de salud	11.375	9.1	6.825

X. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

▪ **ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE. -**

Es el proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses 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 Médica, con el objetivo de mejorar la calidad de la formación.

▪ **ARTICULACIÓN DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN. -**

Conjunto de esfuerzos coordinados entre los diferentes niveles de gobierno nacional regional y local y los integrantes del SINAREME; para optimizar la pertinencia del proceso de enseñanza- aprendizaje y la calidad de atención en los servicios.

▪ **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. -**

La Calidad de la Atención en Salud consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para los usuarios.

▪ **CALIDAD EN LA FORMACIÓN. -**

Es el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar los retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida.

▪ **CAMPOS DE FORMACIÓN**

Espacios de prestación de atención de salud individual, de prestación de salud comunitaria o de actividades complementarias en las sedes docentes.

▪ **CAMPO CLÍNICO**

Espacio de prestación de atención de salud individual en las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.

▪ **CAMPO SOCIO SANITARIO**

Espacio de prestación de atención colectiva en el ámbito de responsabilidad de las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.

▪ **CAMPO DE FORMACION EN GESTIÓN**

Espacio de formación en Gestión en Salud, Administración en Salud y Salud Pública en sede docente (intramuros y extramuros), para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud. Aplica para los establecimientos de salud con población asignada y no asignada.

▪ **COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES. -**

La Comisión de Acreditación de Sedes Docentes, depende del Sub Comité de Calidad del Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), y está encargada de la Acreditación de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses como Sedes Docentes para la formación de especialistas en medicina humana. La Comisión contará con un Presidente y un Secretario; asumen la responsabilidad de llevar el registro de las actas de las sesiones en el correspondiente libro de actas, debiendo coordinar la custodia del mismo con el Secretario Técnico.

▪ **COORDINADOR DE RESIDENTADO. -**

El coordinador es designado por la sección de postgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad y es responsable de la implementación del programa académico respectivo por la institución universitaria en la sede docente; en caso de existir un número menor a cinco residentes de la especialidad en la sede docente, éste asume adicionalmente las funciones de tutor.

▪ **DOCENTE.**

Es el especialista en la sede docente que participa en las actividades de enseñanza aprendizaje establecidas en el Plan Curricular de la Especialidad.

▪ **RESIDENTADO MÉDICO. -**

El Residentado Médico es una modalidad de formación de posgrado, a través de un programa regular o un programa de adquisición y evaluación progresiva de competencias, por la cual el médico cirujano accede a su formación especializada que conduce a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional, que es inscrito en el Colegio Médico del Perú.

▪ **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - INSTITUCIÓN SOLICITANTE.**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS según la Ley 30453 Ley del SINAREME, es aquella que financia vacantes y se constituyen en sedes docentes, cuando el CONAREME, la evalúa y la reconozca en relación con el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo de estudios de segunda especialización en la modalidad de residentado médico.

▪ **INSTITUCIÓN FORMADORA. -**

Facultad o Escuela de Ciencias de la Salud, de una universidad integrante del Sistema Universitario Peruano.

- **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE INTERNADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.-**
Actividades estructuradas, de carácter temporal, que realiza el interno de ciencias de la salud como parte de la formación de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio en las sedes docentes (intramurales) y/o fuera de la sede docente con la población asignada, de ser el caso (extramurales), con estricta tutoría de la institución formadora, en las que se afianzan conocimientos, refuerzan habilidades y fortalecen actitudes para el logro de las competencias.
- **INVESTIGACIÓN EN SALUD. -**
La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Institución Formadora y de la Sede Docente, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional.
La investigación en salud puede definirse de manera sencilla como el proceso para la recopilación, descripción, análisis e interpretación sistemáticos de los datos que pueden usarse para mejorar la salud de los individuos o grupos de personas.
- **OADI. -**
Oficina de apoyo a la docencia e investigación, o la que haga sus veces. Es la unidad orgánica de la sede docente, encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación.
- **PLAN CURRICULAR. -**
Documento que describe la organización y articulación de los elementos del proceso educativo con base en los objetivos y las competencias que deben alcanzar los residentes. Deben considerar necesariamente: el perfil de formación, las funciones y competencias del egresado, los objetivos curriculares del programa, el Plan de Estudios, el sumario de los cursos (en los casos pertinentes) precisando objetivos específicos de las rotaciones programadas, los logros mínimos a alcanzar, desagregados por año académico, el sistema de evaluación a emplear, y normas administrativas universitarias internas pertinentes.
Asimismo, debe consignarse los miembros del Comité de Especialidad o equivalente, como anexo, así como todo aquello que contribuya al proceso de formación del residente.
- **PLAN DE ESTUDIOS. -**
Documento que describe secuencialmente las asignaturas, rotaciones del programa y actividades y prácticas en servicio. Se encuentra estructurado en función de la distribución del tiempo, por año académico.
- **PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. -**
Se entiende a todas aquellas profesiones reconocidas por la Ley 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud y sus complementarias.
- **SEDE DOCENTE. -**
Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses acreditada por el Consejo Nacional de Residencia Médica – CONAREME en las que se forman especialistas en medicina humana.
- **TUTOR. -**
Médico de la Sede Docente, designado por la sección de postgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad de desarrollar las actividades de docencia en servicio del Plan curricular de formación.
Los cursos a cargo de la institución universitaria no deberán estar incluidas en la jornada asistencial (Jornada de adquisición de competencias en la sede docente).
- **UNIDAD, SECCIÓN, DIRECCIÓN O EQUIVALENTE DE POSTGRADO**
Unidad académico – administrativa de la Facultad, responsable de la formación de especialistas.

ANEXO 1

GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DESEDE DOCENTE

1. Introducción

El Consejo Nacional de Residencia Médica encargo a la Comisión de Acreditación de Sede Docente, la elaboración del Manual de Acreditación de Sede Docente, establecida en la Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica, que se ha definido como un conjunto de dimensiones y estándares de calidad, que son condiciones mínimas, para la formación de especialistas en medicina humana; manual que incorpora la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente.

La presente Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente, establece el perfil, lineamientos y procedimientos sobre los cuales se ha de desarrollar el proceso de acreditación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud como Sede Docente para la formación de especialistas en medicina humana. En tal sentido abordar el análisis de los estándares desde la perspectiva de la calidad integral significa hacerlo desde varias dimensiones, en el que se define el marco de la calidad al usuario, alrededor del cual se desarrollan una serie de elementos fundamentales: como la evidencia sobre las que se basan las decisiones clínicas y de salud pública asociadas a la seguridad del usuario, de organización del servicio y de la atención de salud, la satisfacción que producen en los usuarios, la capacidad de gestión, accesibilidad, elementos de soporte, entre otros; que permiten reconocer a una institución solicitante en Sede Docente para la formación de especialistas de medicina humana.

2. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Calidad:** Es el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar los retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida.
- **Acreditación de Sede Docente:** es el proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses en relación al cumplimiento de los estándares y procedimientos aprobados por el CONAREME, que conduce al reconocimiento de éstas como Sede Docente.
- **Evaluador Interno:** es el profesional de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución.
- **Evaluador Externo:** es el profesional de salud, que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

3. MARCO NORMATIVO

- a. Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional del Residencia Médica.
- b. Decreto Supremo N° 007-2017-SA, Reglamento de la Ley N° 30453.
- c. Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- d. Acuerdo N° 000-CONAREME-2019-AG, adoptado en Asamblea General del Consejo Nacional de Residencia Médica, del 00 de XXXX del 2019; aprobando el Manual de Acreditación de Sede Docente.
- e. Normas y Documentos Técnicos vigentes, relacionados a la Acreditación de Sedes Docentes.

4. FINALIDAD

La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sede Docente, tiene por finalidad, normalizar el desarrollo de los procesos en las fases de la acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación, de las dimensiones y los estándares.

5. OBJETIVOS

Los objetivos de la guía técnica del evaluador para la acreditación de sede docente son los siguientes:

- 5.1 Brindar elementos conceptuales sobre el perfil del evaluador, las fases del proceso de Acreditación de Sede Docente, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la formación de especialistas en medicina humana.
- 5.2 Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa.
- 5.3 Promover la calidad de la formación de los médicos especialistas, con base en estándares reconocidos internacionalmente.
- 5.4 Propiciar el desarrollo de una cultura de calidad institucional en las instituciones formadoras e Instituciones solicitantes.
- 5.5 Establecer procedimientos para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación de Sede Docente.

6. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Sedes Docentes, es de aplicación en el ámbito nacional, en las instituciones públicas o privadas del Sector Salud que desarrollen el proceso de Acreditación de Sede Docente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. PROCESOS A EVALUAR

La evaluación en sus tres fases: Autoevaluación, Evaluación Externa realizada por los Equipos de Evaluadores y la Comisión de Acreditación de Sede Docente, en el marco del Proceso de Acreditación de Sede Docente.

8. CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

8.1 Convocatoria del Proceso

El Comité Nacional de Residencia Médica realizará convocatorias periódicas anuales para la acreditación de instituciones solicitantes en sede docente.

8.2 Perfil del Evaluador

El Evaluador de las Instituciones Solicitantes para Sede Docente están constituidos por profesionales médicos con experiencia en evaluación y/o acreditación de IPRES o entidades académicas universitaria, seleccionados por la Comisión de Acreditación de Sede Docente-CONAREME, y que reúnen las siguientes características:

- Competencia para evaluar una institución de manera crítica, integral y constructiva, en el contexto general de la prestación de servicios de salud y su capacidad de formar especialistas en medicina humana.
- Capacidad de trabajar en equipo, y de comunicar de manera clara veraz y respetuosa sus apreciaciones.
- Reconoce la importancia de las tareas encomendadas y obra con ética, discreción, prudencia, honestidad y responsabilidad.
- Conoce las normas y procedimientos del proceso de acreditación, y aun cuando puede no compartirlos por completo, aplica ellos con la rigurosidad y objetividad debida.
- Reconoce en el proceso de acreditación un instrumento valioso para contribuir al mejoramiento

de la calidad formativa y de salud.

8.3 Proceso de Acreditación de Sede Docente

- Fase de Autoevaluación de la Institución Solicitante.

La Autoevaluación es un proceso interno institucional. Es una reflexión participativa sobre la situación de la institución solicitante en relación con las dimensiones y los estándares establecidos. La institución que solicita la acreditación de sede docente requerirá ésta con base en el desarrollo del proceso de Autoevaluación, el cual evidencie que la institución cumple con Dimensiones y los Estándares de Acreditación establecidos por el Comité Nacional de Residencia Médica. Sobre esta base elaborará el Informe Final que acompañará la respectiva solicitud, Informe que tendrá los siguientes componentes:

- Aspectos Organizativos – Administrativos
- Evidencia de cumplimiento de las Dimensiones y Estándares de Acreditación.
- Existencia de Brechas y Período de subsanar brechas

El CONAREME, capacitará respecto de la matriz de evaluación de las dimensiones y estándares a ser realizada por las instituciones solicitantes a requerir el proceso de acreditación de sede docente.

- Fase de Evaluación Técnica

La Evaluación Técnica es realizada por un Equipo de Evaluadores designado por la Comisión de Acreditación de Sede Docente y está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y, por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según los valores establecidos en el presente Manual de Acreditación de Sede Docente. Es una fase necesaria para acceder a la Resolución de Acreditación correspondiente otorgada por el CONAREME.

Las Dimensiones a ser evaluados en el proceso de acreditación de sede docente, son las siguientes:

- I. **SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE**
- II. **EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**
- III. **ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE**
- IV. **ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

Las técnicas a utilizar para el recojo de información para la valoración de las dimensiones y estándares, podrán ser las siguientes: Revisión de documentos, Observaciones, Entrevistas, entre otras la Matriz de Valoración de las Dimensiones y Estándares, se adjunta en el presente Manual de Acreditación de Sede Docente.

- Fase Resolutiva

La Fase Resolutiva del proceso de acreditación de sede docente, comprende la elaboración del informe final por parte del Equipo Evaluador al finalizar la evaluación y la entrega de la Constancia y Resolución de Acreditación de Sede Docente a cargo del CONAREME.