

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

(CONAREME)

SESION EXTRAORDINARIA DEL SUB COMITÉ DE CALIDAD

ACTA N° 09

MARTES 27 DE AGOSTO DE 2024

| | | |
|------------------|---|-----------------------------|
| Hora de Inicio | : | 15:00 horas |
| Hora de Término | : | 16:39 horas |
| Videoconferencia | : | Plataforma ZOOM de CONAREME |

MIEMBROS ASISTENTES:

- | | | |
|---------------------------------|---|----------|
| 1. DR. VICENTE CRUZATE CABREJOS | PRESIDENTE | CONAREME |
| 2. DR. ALAN FIGUEROA APESTEGUI | MIEMBRO SEC. TÉCNICO | CONAREME |
| 3. DR. VICENTE CRUZATE CABREJOS | PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE CONTROL | |
| 4. DR. JUAN CARLOS MEZA GARCÍA | PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE ESTÁNDARES | |
| 5. DRA. RUTH MEDINA PORTUGAL | PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN | |

MIEMBROS AUSENTES:

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| 6. DRA. BETSY MOSCOSO ROJAS | PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ACREDITACIÓN | |
| 7. DRA. MARIA CUZCO RUIZ | PRESIDENTE DEL SUB COMITÉ DE ADMISIÓN | |

AGENDA:

1. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS.
2. REVISIÓN DEL INFORME Y PROPUESTA PARA UN III PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES.
3. REVISIÓN DE MUESTRA PARA LA ENCUESTA NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES.
4. DISPENSA DEL ACTA

I. DESPACHO. –

RI 003884 30/07/2024 Vía Email **Informe N°122-2024-COMISION DE ACREDITACION-CONAREME** Dra. Betsy Moscoso Rojas Presidenta de la Comisión de Acreditación. Remite informe final del Primer Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes para conocimiento y trámites correspondientes

RI 003889 01/08/2024 Vía Email **Documento S/N** Remite propuesta de cronograma para el II Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes, para ser revisado y aprobado por el Comité Directivo.

RI 003996 08/08/2024 Vía Email **Informe N°122-2024-COMISION DE ACREDITACION-CONAREME** Dra. Betsy Moscoso Rojas Presidenta de la Comisión de Acreditación. Remite informe final del Segundo Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes para conocimiento y trámites correspondientes.

RI 004120 08/08/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Ruth Medina Portugal Presidenta COMISION DE AUTORIZACION. Remite el manual, instrumento y cronograma del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos aprobados en sesión del 21 de agosto del 2024, para que sea revisado y aprobados por el Subcomité De Calidad. Acuerdo N°2346-2024-COMISION DE AUTORIZACION: Aprobar el Manual, Instrumento y Cronograma del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos, asimismo, elevarlo al Subcomité de Calidad, por medio de la Secretaria Técnica del Comité Directivo.

II. INFORMES. –

No hay informes

III. PEDIDOS. –

No hay pedidos

IV. ORDEN DEL DIA. –

Dr. Alan Figueroa: Buenas tardes, doctores. Voy a tomar asistencia para corroborar el quórum. (Se procede a tomar lista).

Dr. Alan Figueroa: Habiendo corroborado el quórum, vamos a revisar los puntos de la agenda. En primer lugar, revisión y aprobación del manual, instrumento y cronograma del proceso regular de autorización de campos clínicos, que ya se ha compartido en la convocatoria propuesta por la comisión de autorización.

1. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL MANUAL, INSTRUMENTO Y CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS. (Anexo 01)

(Se proyecta documentación)

Dr. Juan Carlos Meza: Con respecto a la definición de términos en la parte de tutor, la idea es que el tutor debe tener vínculo vigente que le permita participar en las cirugías u otras funciones. Si se retira, no podría participar, hemos tenido casos en pregrado donde no se puntualizan esos detalles y creo que es importante especificarlo.

Dr. Alan Figueroa: Ok, doctor. Se modificará el ítem y se añadirá lo relacionado al vínculo laboral. Continuemos con la lectura de disposiciones generales.

Dr. Juan Carlos Meza: Hay subespecialidades que duran 3 años, como oncología, creo que el número de años no puede ser determinado solo por el tiempo, especialmente en subespecialidades, debemos mantener los 3 años como término adecuado.

Dr. Alan Figueroa: En base a lo revisado, podríamos darle paso para que sea visto por el comité directivo. Procederé a proyectar el cronograma propuesto. Debería ser aprobado el 6 de septiembre de 2024, pero si lo aprobamos hoy, sugeriría cambiar la fecha al 9 para darles una semana para revisarlo. Con estos ajustes, sometemos a votación el primer punto de agenda: aprobar el manual, instrumento y cronograma del proceso regular de autorización de campos clínicos. Pasamos a votación

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 05 integrantes:

A favor: 03 (Presid. SC Control, Sec. Técnico, Presid. SC Estand.)
Abstenciones: 00
En contra: 00

Se deja constancia que la presidenta de la comisión de autorización no emite su voto.

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

Acuerdo N°022-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar el manual, instrumento y cronograma del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos, asimismo, remitirlo al Comité Directivo de CONAREME, a través de la secretaria técnica de CONAREME, para su revisión y aprobación.

2. REVISIÓN DEL INFORME Y PROPUESTA PARA UN III PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES.

Dr. Alan Figueroa: El segundo punto de la agenda es la revisión de la propuesta para un tercer proceso de regulación de acreditación de sedes docentes.
(Se proyecta documentación).

Dr. Alan Figueroa: En resumen, este año, hemos presentado dos procesos de acreditación, con varias sedes grandes participantes, pero algunas sedes de primer nivel no participaron. Sin embargo, el proceso actual ya exige que la sede esté acreditada y el programa autorizado. El tercer proceso iría paralelo a este y las sedes no acreditadas tendrían que esperar hasta el siguiente año para participar. En mi criterio, no veo la necesidad de abrir un proceso adicional, ya que hemos tenido comunicación constante con ellos y capacitaciones, pero no ha habido interés por parte de algunas sedes. En total, 21 instituciones solicitaron el proceso de acreditación de sedes docentes. Se han propuesto acreditar 76 sedes por 2 años y 24 sedes por 5 años. Aún faltan 28 sedes por pasar este proceso, estas sedes solo serán acreditadas hasta el 31 de diciembre de este año, perdiendo 85 campos clínicos a nivel nacional.

Dr. Alan Figueroa: ¿Alguna opinión, doctores? Si no, pasaríamos a votación para aprobar otro proceso de acreditación de sede docente.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 05 integrantes:

A favor: 01 (Presid. Comis. Autoriz.)
Abstenciones: 00
En contra: 03 (Presid. Control, Sec. Técnico, Presid. Estand.)

Se deja constancia que la presidenta de la comisión de autorización no emite su voto.

Dr. Alan Figueroa: La propuesta es rechazada por votación.

3. REVISIÓN DE MUESTRA PARA LA ENCUESTA NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES.

Dr. Alan Figueroa: El penúltimo punto de la agenda es la revisión de la muestra que estuvo pendiente de la encuesta a médicos residentes, se ha modificado la muestra considerando los niveles, y si hay alguna duda, está presente la responsable.
(Se proyecta documentación).

Dr. Juan Carlos Meza: No estoy de acuerdo. Inicialmente se manejaban 2 variables y se obtuvo una muestra de 404, pero luego se aumentaron 2 variables más, es decir, 4, y solo se aumentó la muestra a 445. Además, el cálculo muestral no puede basarse solo en la dispersión, ya que esto generaría sesgos.

La percepción de un residente de primer año no es la misma que la de uno con más años de experiencia. Debemos dar más peso a los de 3º y 4º año. Otro punto es el nivel hospitalario; un residente en un hospital de nivel 1 o 2 tiene una percepción muy diferente a uno en nivel 3. Este cálculo no está siendo estratificado correctamente.

Dr. Alan Figueroa: En ese caso, lo que se sugiere es priorizar las variables de nivel hospitalario y año de residentado médico. Podrían presentar otra propuesta para evaluar la posibilidad de aumentar la muestra y el presupuesto.

Ing. Karol Pereyra: Entonces, trabajaremos en dos propuestas: una incrementando el tamaño de la muestra con las 5 variables y otra priorizando las variables de nivel hospitalario y año de residentado.

Dr. Alan Figueroa: Perfecto, con esas modificaciones podríamos pasar a votación. Presentaremos ambas propuestas para la siguiente sesión, una con las 5 variables y otra con las 3 priorizadas. Se procede a votación.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 05 integrantes:

A favor: 04 (Presid. SC Control, Sec. Técnico, Presid. Com. Autoriz, Presid. SC Estándares)

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°024-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar la postergación de la aprobación de la muestra de la Encuesta Nacional de Médicos Residentes, se modificará la propuesta presentada por la empresa KPD.

4. DISPENSA DEL ACTA

Dr. Alan Figueroa: Por último, pasamos a votar por la dispensa del acta.

Se procedió a la siguiente votación, constatando el quórum de 05 integrantes:

A favor: 04 (Presid. SC Control, Sec. Técnico, Presid. Com. Autoriz, Presid. SC Estándares)

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°025-2024-SUBCOMITÉ DE CALIDAD: Aprobar la dispensa del trámite del acta, para la ejecución inmediata de los acuerdos adoptados en la presente reunión.

Dr. Vicente Cruzate: Muchas gracias a todos por su participación. Gracias, buenas tardes.

Siendo 16:39 horas se da por culminada la sesión.

ANEXO 01



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

MANUAL DE AUTORIZACIÓN CAMPOS CLINICOS DEL RESIDENTADO MÉDICO

Perú 2024

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. | FINALIDAD | 2 |
| III. | OBJETIVOS | 2 |
| IV. | AMBITO DE APLICACIÓN..... | 3 |
| V. | BASE LEGAL | 3 |
| VI. | DISPOSICIONES GENERALES | 3 |
| VII. | DISPOSICIONES ESPECÍFICAS | 4 |
| VIII. | DIPOSICIONES FINALES | 11 |
| IX. | DESCRIPCION DE TÉRMINOS | 13 |
| X. | ANEXOS | 15 |
| | Anexo 1. Criterios administrativos para que una institución formadora universitaria de un ámbito regional (incluida lima metropolitana) pueda acceder a otro ámbito..... | 15 |
| | Anexo 2. Carta de aceptación de la Sede Docente Acreditada a la Institución Formadora Universitaria | 16 |
| | Señor: 16 | |
| | Presente. -..... | 16 |
| | | 16 |
| | Anexo 3. Carta/ Oficio Señalando la capacidad máxima de campos clínicos por especialidad en la Sede Docente Acreditada | 17 |
| | | 17 |
| | Matriz de Autoevaluación del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos (Continuación)..... | 1 |
| | Anexo 5. Declaración Jurada..... | 1 |
| |, de..... de 2024 | 1 |
| | Firma 1 | |

MANUAL DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MÉDICO

I. INTRODUCCIÓN

La salud pública en la región de las Américas se enfrenta nuevos desafíos como la reemergencia de las enfermedades infecciosas y los cambios en aspectos políticos, sociales y económicos que determinan la salud y la equidad en la salud de la población. Estos se suman a los desafíos persistentes relacionados con las debilidades de los sistemas de salud, entre ellos la disponibilidad de recursos humanos en salud.

Una de las Funciones Esenciales de Salud Pública Renovadas es el “Desarrollo de recursos humanos para la salud (FESP 6)”. Esta FESP incluye la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa¹; pero principalmente, y en lo que tiene relación con el residentado médico, es en la ejecución de políticas y normas que regulen la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública. Esta función debe fortalecerse consiguendo que el proceso formativo del personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades, en virtud de un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades. *“Para ello es necesario fortalecer la regulación de la formación del personal de salud, incluyendo la **definición de los estándares y criterios** requeridos en la educación de pregrado, **residencias** y posgrados, la educación continua y la educación técnica y vocacional. Asimismo, se requiere avanzar en la definición de **perfiles de competencias de las profesiones y sus especialidades**, y en la acreditación y la fiscalización de los profesionales para el ejercicio de su práctica profesional en función de la definición de estándares y de instrumentos e instancias de evaluación de su desempeño”².*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende como “residencias médicas” al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines. Los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y los ministerios de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas

El 10 de junio del 2016 se publica la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico, en su artículo N° 3 define al Residentado Médico como “modalidad académica de capacitación de posgrado con estudios universitarios de segunda especialización y entrenamiento presencial e intensivo en servicio de los profesionales de medicina humana, bajo la modalidad de docencia en servicio, con el objetivo de lograr la más alta capacitación

¹ Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.

² Idem

cognoscitiva y de competencias en las diferentes ramas de la profesión, con los mayores niveles de calidad y de acuerdo a las reales necesidades del país y en el marco de las políticas nacionales de salud, fijadas por el Poder Ejecutivo y el Consejo Nacional de Salud”. En su artículo N°6 precisa, como una de las funciones del Sistema Nacional de Residentado Médico, autorizar campos clínicos de acuerdo con las necesidades del Sistema. Asimismo, el Decreto Supremo N°007-2017-SA señala “El Residentado Médico es una modalidad de formación de posgrado, a través de un programa regular..., 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.” Es precisamente en este último que en su artículo N° 8 menciona como función de del CONAREME “Autorizar los campos clínicos para el desarrollo de los programas de formación de especialistas en una sede docente”; por otro lado, el artículo N° 9 señala como función del Comité Directivo el tener información actualizada de los campos clínicos autorizados con las fechas de vigencia, en el artículo N° 22 se precisa como función del Comité de Sede Docente la de “definir la capacidad máxima de campos clínicos para la formación de especialistas y las rotaciones de residentes de otras sedes docentes”.

En necesario precisar que el proceso de autorización de campos clínicos según el marco legal vigente está estrechamente ligado a los procesos de Acreditación de Sedes Docentes y Autorización de Programas. Precisamente el campo clínico, entendido como un espacio de formación, dentro de una sede docente, donde se ejecute un programa educativo de posgrado bajo un modelo de docencia en servicio³, que contenga todos los elementos y aspectos formativos que guíen la especialización en medicina. En ese sentido se tiene que tener un programa autorizado y una sede que cumpla las condiciones necesarias para ser llamada docente, y por lo tanto debe estar acreditada para esa función.

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, elabora la propuesta del Manual de Autorización de Campos Clínicos del Residentado Médico, instrumento que permite normar el proceso de Autorización de Campos Clínicos señalando los aspectos técnicos a considerar para los campos aprobadas por el CONAREME.

II. FINALIDAD

Definir los aspectos técnicos necesarios para contribuir con la mejora de la calidad del proceso de Autorización de Campos Clínicos, donde se implementan los programas del Residentado Médico de especialidades y subespecialidades autorizados en las Sedes Docentes Acreditadas.

III. OBJETIVOS

1. Establecer el proceso, requisitos, procedimientos e instrumentos para la Autorización de Campos Clínicos en las sedes docentes de Residentado Médico.

³ Por eso mismo es de tal importancia y particularidad que no es como cualquier otro programa de posgrado, y sus características formativas hacen que la Ley Universitaria en su artículo 45.3 mencione que el residentado médico se rige por sus propias normas.

2. Definir los estándares a cumplir y el instrumento para la evaluación de los aspectos relacionados a la institución formadora universitaria y a la sede docente, dentro del proceso de autorización de campos clínicos.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Manual de Autorización de Campos Clínicos de Residentado Médico, es de aplicación obligatoria por todas las Instituciones Formadoras Universitarias con programas de segunda especialización en medicina humana, las Sedes Docentes Acreditadas y los órganos e instituciones del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME) en lo que les corresponda.

V. BASE LEGAL

1. Ley N°30220, Ley Universitaria.
2. Ley N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico.
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).
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. Decreto Supremo N° 034-2023-SA, que modifica la Segunda Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), aprobado por Decreto Supremo N° 007-2017-SA.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1 El Consejo Nacional de Residentado Médico realiza la convocatoria para el Proceso Regular de autorización de campos clínicos, aprueba el manual que establece como se desarrolla, así como el cronograma respectivo.
- 6.2 Los campos clínicos para autorizarse son los campos de formación en la sede docente acreditada, cuyas especificaciones procedimentales y de requisitos se detallan en los puntos correspondientes; para los campos de rotación en la sede y su autorización se realizará otro procedimiento establecido en un documento específico para tal fin.
- 6.3 Este proceso comprende la autorización todos los campos clínicos, de acuerdo al reglamento de la Ley N° 30453 que establece “... que *la autorización de un campo clínico es el reconocimiento y certificación que realiza CONAREME de los espacios de formación en los que se desarrolla el programa de segunda especialización...*”, recalándose además que este procedimiento es solicitado por una Institución formadora universitaria “... que **cuenta con autorización de funcionamiento de programas...**” por lo mismo, y en el contexto del término del proceso de autorización de funcionamiento de programas realizado por CONAREME, solo participan en el proceso de autorización de campos clínicos las instituciones formadoras universitarias que cuenten con autorización del funcionamiento de sus programas, por lo mismo los campos clínicos aprobados según el marco legal anterior (la Segunda Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 30453 aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 008-88-

SA y su reglamento aprobado con Resolución Suprema N° 002-2006-SA y sus modificatorias) también deben pasar por este proceso de autorización de campos clínicos.

6.4 La autorización de campos clínicos se da por una temporalidad mínima de 3 años y máxima de 5 años (de acuerdo a la duración del programa de formación). De perder la autorización el campo clínico, por causales descritas en el Reglamento de la Ley N° 30453 aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA artículo 65, este puede ser asumido por cualquier Institución Formadora Universitaria, de preferencia dentro del ámbito geográfico o regional correspondiente o en su defecto de otro ámbito, luego de un proceso de autorización de acuerdo al manual y el cumplimiento criterios establecidos. (Anexo N°1)

Para el caso de las subespecialidades la temporalidad de su autorización es mínimo de 3 años y máximo de 4 años.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Del Proceso de Autorización de Campos Clínicos de Formación en las Sedes Docentes Acreditadas.

7.1.1 De la Definición de la Capacidad Máxima de Campos Clínicos

El Comité de la Sede Docente acreditada o la máxima autoridad institucional en el caso de sedes nuevas (ya que, por su condición, al no tener residentes, todavía no tienen instalado el Comité de Sede Docente), deben de definir la capacidad máxima de campos clínicos por especialidad en la sede. Información que debe ser remitida a CONAREME formalmente antes de la presentación de la solicitud de autorización de campos clínicos.

Las Universidades en la etapa de presentación de solicitudes adjuntaran en su expediente los documentos enviados por le sede docente a CONAREME con relación a la capacidad máxima de campos clínicos. El no presentar la copia del documento ante CONAREME, en la presentación de las solicitudes de autorización de campos clínicos por parte de la Institución Formadora Universitaria, los excluye del proceso pues se trata de un requisito.

7.1.2 De los Requisitos para participar del proceso de Autorización de Campos Clínicos

Requisitos para solicitar la autorización por parte de la Institución Formadora Universitaria son los siguientes⁴:

- Voucher de pago por derecho de autorización de campo clínico⁵ de acuerdo con el costo establecido.

⁴ El expediente será presentado foliado en sentido ascendente de la última a la primera hoja y en formato PDF a la mesa de partes virtual al correo recepción@conareme.org.pe

⁵ El monto de pago se establecerá de acuerdo a la cantidad de campos clínicos por programa que participará el proceso de autorización de acuerdo a lo descrito en el respectivo presupuesto

- Resolución o acuerdo administrativo del Comité Directivo que aprueba la acreditación de la Sede Docente.
 - Resolución o acuerdo administrativo del Comité Directivo que aprueba la autorización del funcionamiento del programa de formación de la (las) especialidad(es) requerida(s).
 - Resolución o documento de representación que acredite la representación del director/ jefe/ encargado o quien haga sus veces o representante legal de la Institución Formadora Universitaria
 - Copia del Documento Oficial de Identidad del director/ jefe/ encargado o quien haga sus veces o representante legal de la Institución Formadora Universitaria
 - Resolución o documento equivalente del reconocimiento legal de filial por SUNEDU más la Resolución Decanal de la primera promoción de egresados de la profesión médica, en la filial, adjuntando el documento probatorio emitido por la universidad de que los egresados se formaron en la filial. (solo aplica para los casos de filiales)
 - Acta de compromiso de la implementación de oficina administrativa y de la implementación de las herramientas de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC). (solo en el caso de Universidades que participan en otra región y no tiene filial)
1. Carta de aceptación de la Sede Docente Acreditada (Anexo N° 2)
 2. Copia del documento oficial (Anexo N° 3) del Comité de Sede Docente (cuando lo tenga conformado) o del representante legal de la sede docente, donde comunica a CONAREME la capacidad máxima de campos clínicos por especialidad en base a la Dimensión 1 de la Matriz de Autoevaluación (Anexo N° 4). El cual debe coincidir con el documento presentado previamente por el Comité de Sede Docente o del representante legal de la sede docente.
 3. Informe de autoevaluación realizado por la Institución Formadora Universitaria (en formato de informe conteniendo: antecedentes, análisis, conclusiones y recomendaciones) adjuntando la matriz de autoevaluación llena (Anexo N° 4) y los medios de verificación solicitados en cada punto de la matriz.
 4. Declaración Jurada (Anexo N° 5)

La no presentación de alguno de los requisitos citados excluirá al expediente de ser admitido para trámite y no se realizará la evaluación. Los documentos serán presentados a través de la plataforma del SIGESIN.

7.1.3 De las etapas del proceso de Autorización de Campos Clínicos

A. Definición de la Capacidad Máxima de Campos Clínicos.

Corresponde a la primera etapa del proceso, en la cual el Comité de la Sede Docente acreditada o la máxima autoridad institucional en el caso de sedes nuevas (ya que,

por su condición, al no tener residentes, todavía no tienen instalado el Comité de Sede Docente), deben de definir la capacidad máxima de campos clínicos por especialidad en la sede de acuerdo con los alcances de la Matriz de Autoevaluación, Dimensión 1. Información que debe ser remitida a CONAREME formalmente antes de la presentación de la solicitud de autorización de campos clínicos.

B. Desarrollo del procedimiento administrativo para la Autorización de Campos Clínicos

- La Institución Formadora Universitaria presenta la solicitud de Autorización de Campos Clínicos adjuntado los requisitos, el informe de autoevaluación y la matriz de autoevaluación, con los medios de verificación, dirigido al Presidente del Comité Directivo de CONAREME⁶, de acuerdo al cronograma establecido.
- La naturaleza y alcance de la autoevaluación está determinada por el Manual de Autorización de Campos Clínicos del Residentado Médico, que la Institución Formadora Universitaria debe aplicar en coordinación con la Sede Docente.
- La Secretaria Técnica de CONAREME resuelve consultas con relación al proceso de evaluación, en lo que respecta a sus competencias, cuando la institución lo solicite. Esto sin perjuicio de las asistencias técnicas que se programen para la explicación detallada del proceso y el manual a todas las Instituciones Formadoras Universitarias.
- La Secretaria Técnica para la aceptación del trámite verifica el cumplimiento de los requisitos, de forma ordenada y foliada, a través del sistema de trámite documentario, durante la **etapa de verificación de requisito**, en caso de cumplimiento remite el expediente completo a la Comisión de Autorización para su evaluación; asimismo en caso de incumplimiento la Secretaría Técnica envía a la Institución formadora el Informe de *Verificación de requisito otorgando un plazo según el cronograma para que la Institución formadora envíe el expediente completo con el requisito faltante*. Si en esta remisión el expediente no estuviera completo no se podrá proseguir con el Proceso de Autorización de campos clínicos de este expediente siendo esta decisión inimpugnable a cargo de la Secretaria Técnica.
- La Comisión de Autorización recibe los expedientes para dar inicio de la evaluación de acuerdo con sus competencias. Posteriormente se remite el expediente al equipo evaluador conformado por los especialistas operativos de la Secretaría Técnica quienes realizan la evaluación de acuerdo a los requisitos y estándares señalados en el manual; realiza las coordinaciones necesarias con los responsables de la Institución Formadora Universitaria para la evaluación, incluida la reunión virtual y la visita a la sede, solo se permitirá una reprogramación en casos de fuerza mayor debidamente sustentada y en caso no afecte el cumplimiento del cronograma, de otra forma la universidad está obligada a participar y de no hacerlo, la evaluación se realizará sin su presencia

⁶ El expediente será presentado foliado en sentido ascendente de la última a la primera hoja y en formato PDF a la mesa de partes virtual al correo recepción@conareme.org.pe

y constará en actas. Finalmente, el equipo elabora el informe de evaluación para presentarlo a la Comisión de Autorización para su aprobación o no, dependiendo de la decisión colegiada que adopten.

- Los criterios de evaluación son detallados en el **instrumento para la evaluación de autorización de campos clínicos**, el cual incluye 05 dimensiones, las dimensiones son las siguientes:
 - Dimensión 1. Definición de la capacidad máxima de campos clínicos en la sede
 - Dimensión 2. Programa de Formación- Ejecución del Programa
 - Dimensión 3. La Universidad en la Sede Docente
 - Dimensión 4. Proceso de Enseñanza- Aprendizaje- Adquisición de Competencias
 - Dimensión 5. Prevención de Riesgos de Salud y Bienestar Estudiantil

Por cada dimensión existen criterios de evaluación considerados críticos señalados en la matriz con coloración gris, el puntaje de 0 en el estándar 2.1 de la Dimensión 2 es causal de no autorización del campo clínico.

Si se alcanza el puntaje total de cumplimiento de estándares en cada dimensión de la siguiente manera : Dimensión 1 \geq 80%, Dimensión 2 \geq 60%, Dimensión 3 \geq 60%, Dimensión 4 \geq 70% y Dimensión 5 \geq 60%, se autoriza el campo clínico; sin embargo, si existe el incumplimiento de 1 criterio de evaluación considerados críticos se autoriza por el tiempo de duración del programa pero debe ser sometido a una evaluación anual para garantizar el cumplimiento del mismo, en caso de incumplimiento se retira la autorización del campo clínico. Asimismo, se dará un plazo de 2 años para levantar las observaciones de los estándares no considerados críticos, y conseguir el cumplimiento del total \geq 80% de lo contrario se retira la autorización del campo clínico.

- Los resultados de la Evaluación podrían ser:
 - a. Autorizado:**
 1. Cuando el resultado de cumplimiento total de estándares en cada dimensión es del 100%. La autorización se da por el tiempo que requiere la especialidad según el programa.
 2. Cuando el resultado de cumplimiento total de estándares en cada dimensión es de la siguiente manera: Dimensión 1 \geq 80%, Dimensión 2 \geq 60%, Dimensión 3 \geq 60%, Dimensión 4 \geq 70% y Dimensión 5 \geq 60%, y cumple todos los criterios de evaluación considerados críticos. La autorización se da por el tiempo que requiere la especialidad según el programa y se evalúa a los 2 años el cumplimiento de los criterios de evaluación no críticos.
 3. Cuando el resultado de cumplimiento total de estándares en cada dimensión es de la siguiente manera: Dimensión 1 \geq 80%, Dimensión 2 \geq 60%, Dimensión 3 \geq 60%, Dimensión 4 \geq 70% y Dimensión 5 \geq 60%, e incumple alguno de los criterios de evaluación considerados críticos. La

autorización se da por el tiempo que requiere la especialidad según el programa y se debe evaluar al año para garantizar el cumplimiento de los criterios considerados críticos y a los 2 años el cumplimiento de los criterios de evaluación no críticos

b. No autorizado:

1. Cuando no cumple con el puntaje total mínimo en cada dimensión, requeridos para su autorización (Dimensión 1 \geq 80%, Dimensión 2 \geq 60%, Dimensión 3 \geq 60%, Dimensión 4 \geq 70% y Dimensión 5 \geq 60%)
 2. Cuando tiene el puntaje de 0 en el estándar 2.1 de la Dimensión 2
- Teniendo en cuenta los informes del equipo evaluador, la Comisión de Autorización emite opinión técnica sobre la autorización o no de los campos clínicos y eleva el informe al Subcomité de Calidad y este último luego de su revisión lo eleva al Comité Directivo. En aras de la transparencia y a fin de evitar un conflicto de intereses los representantes de la Comisión de Autorización, Subcomité de Calidad y Comité Directivo que sean representantes de Instituciones Formadoras Universitarias, que tengan vínculo laboral o cualquier otra modalidad de contrato inmersas en el proceso, se inhibirán de emitir opinión o votación cuando sus respectivas universidades sean evaluadas en las respectivas sesiones.
- De no ser autorizado el Campo Clínico, la Institución Formadora Universitaria puede presentar su recurso de reconsideración, según cronograma. La Comisión de Autorización elabora el informe del recurso de reconsideración presentado por la Institución Formadora Universitaria y eleva al Subcomité de Calidad para su revisión y posteriormente remitirlo al Comité Directivo para que sea resuelto, con el acuerdo del Comité Directivo se agota la vía administrativa.

C. De la etapa informativa o resolutive.

- El Comité Directivo emite la resolución de autorización del campo clínico señalando el tiempo de la autorización, y encarga a la Secretaria Técnica su comunicación oficial; en caso de no haber sido autorizado, la secretaria técnica informa a la Institución Formadora Universitaria.
- Todos los campos clínicos autorizados serán publicados en la página Web de CONAREME y registrados en el SIGESIN.
- El Subcomité de Evaluación, Monitoreo y Supervisión realiza el control periódico de las condiciones de autorización de los campos clínicos aprobados como una garantía de mantener la calidad.
- La Comisión de Autorización realiza evaluaciones anuales de los campos clínicos aprobados como una garantía de mantener la calidad.

7.2 De las Responsabilidades

7.2.1 Consejo Nacional de Residencia Médico – CONAREME

- a. Aprobar el manual del Proceso de Autorización de Campos Clínicos, cronograma, presupuesto y su correspondiente publicación en la página web institucional: www.conareme.org.pe
- b. El CONAREME delega al comité Directivo el desarrollo del Proceso de Autorización de Campos Clínicos.

7.2.2 Comité Directivo

- a. Recibe, a través de la Secretaría Técnica, las solicitudes de autorización de campos clínicos enviadas por Institución Formadora Universitaria y, una vez advertido el cumplimiento de la presentación de los requisitos para admitir su solicitud de evaluación, las deriva a la comisión de autorización para su evaluación.
- b. Desarrolla y ejecuta el proceso de Autorización de Campos Clínicos por encargo de CONAREME:
 - i. Revisa los informes enviados por el Sub-Comité de Calidad, sobre la revisión de los productos enviados por la Comisión de Autorización, para su aprobación de ser el caso.
 - ii. Revisa los informes enviados por el Sub-Comité de Calidad sobre lo acordado por la Comisión de Autorización, con relación al recurso de reconsideración para su aprobación de ser el caso.
 - iii. A través de la presidencia, emite la resolución de autorización correspondiente.

7.2.3 Subcomité de Calidad

- a. Revisa los productos (informes) elevados por la Comisión de Autorización relacionados al proceso y emite opinión técnica de acuerdo con los aspectos técnicos establecidos por el marco legal vigente y lo establecido en el manual.
- b. Eleva un informe al Comité Directivo sobre los resultados del proceso de autorización y las recomendaciones de aprobar o no un campo clínico de ser el caso.

7.2.4 Comisión de Autorización

- a. Recibe los expedientes derivados por el Comité Directivo de CONAREME para su revisión de acuerdo lo enviado por la Institución Formadora Universitaria y lo establecido en el manual.
- b. Delega la evaluación inicial del expediente, al equipo evaluador de la Secretaría Técnica.
- c. Programa las fechas de las evaluaciones a las Instituciones Formadoras Universitarias por parte del equipo evaluador.
- d. Revisa la evaluación realizada por el equipo evaluador y aprueban el informe de ser el caso.
- e. Elabora el informe final, tomando en cuenta los informes de las evaluaciones iniciales y lo eleva al Subcomité de Calidad para su revisión.

- f. Revisa en primera instancia el recurso de reconsideración presentado por la Institución Formadora Universitaria dirigido al Comité Directivo y eleva sus informes al Subcomité de Calidad para su revisión.

7.2.5 Secretaría Técnica

- a. Realiza una revisión de forma del expediente, denominada **verificación de requisitos**, una vez presentado de manera virtual, de acuerdo con el cronograma aprobado; en caso de incumplimiento de algún requisito se devolverá el expediente, para que, **por única vez y en un plazo establecido según el cronograma**, se llegue a completar los requisitos. En caso de persistir en el incumplimiento se devuelve el expediente y se declara el trámite como **inadmisible, siendo esta decisión inimpugnable**, deduciéndose los gastos que se hayan generado. El expediente que cumpla con los requisitos de forma es elevado a la Comisión de Autorización para su evaluación de fondo.

7.2.6 Equipo Evaluador

- a. El equipo evaluador de la Secretaría Técnica que participa en el proceso regular de Autorización de Campos Clínicos está constituido por los médicos especialistas de la secretaría técnica con los conocimientos técnicos del proceso y el manual.
- b. El equipo evaluador revisará el expediente, realizará las coordinaciones necesarias con los responsables de la Institución Formadora Universitaria para la evaluación, incluida la reunión virtual y la visita a la sede, al final levantan un acta donde se coloquen los hallazgos; y emitirán un informe con las observaciones, si las hubiera, luego de la revisión del expediente y la visita, de acuerdo con lo establecido en el manual.
- c. El equipo evaluador aplica la matriz durante la evaluación. El equipo evaluador eleva a la Comisión de Autorización el informe de su evaluación, señalando la calificación obtenida, refrendando su evaluación con las firmas respectivas.

7.2.7 Institución Formadora Universitaria

- a. Solicitar ante CONAREME la autorización de Campos Clínicos, adjuntando los requisitos establecidos en el manual, en incumplimiento de alguno de los requisitos separa a la universidad de la evaluación y exime de responsabilidades a CONAREME, pues es enteramente su responsabilidad.
- b. Cumplir con el cronograma de autorización de campos clínicos.
- c. Cumplir con la evaluación programada por CONAREME, en la que participe un representante de la universidad que ellos designen y acrediten ante CONAREME. El mismo que asume toda la responsabilidad en representación de la Institución Formadora Universitaria, de las consecuencias, de las decisiones o comentarios durante la evaluación o de su ausencia durante la misma. Asimismo, coordina con la Sede Docente para que brinde las facilidades del caso durante la evaluación presencial y designe un representante de la Sede Docente que participe en toda la evaluación y firma del acta.
- d. Presentar la documentación señalada en el manual de autorización, debidamente foliado, según cronograma establecido.

VIII. DIPOSICIONES FINALES

PRIMERA: Los campos clínicos aprobados son evaluados anualmente por la Comisión de Autorización, según corresponda, de acuerdo con las evaluaciones y visitas que realice el equipo técnico operativo de la secretaría técnica, en apoyo al Subcomité de Evaluación, Monitoreo y Supervisión, a través de un procedimiento de verificación del cumplimiento de criterios de evaluación comprendidos en la matriz de autoevaluación (Anexo N°4). De no obtenerse puntaje aprobatorio deberán definirse su suspensión o pérdida de autorización.

SEGUNDA: El Subcomité de Evaluación, Monitoreo y Supervisión realiza el control periódico de los campos clínicos aprobados como una garantía de mantener los estándares y en el marco del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 64 y la décima primera disposición complementaria final del Reglamento de la Ley N° 30453 aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA y su modificatoria. Los campos considerados observados que no levanten las observaciones hasta antes de la convocatoria del Proceso de Admisión no son considerados en la oferta de vacantes y de no levantarse la observación dentro del plazo perentorio el CONAREME dispone mediante resolución la suspensión o pérdida de la autorización. Tal como lo establece el artículo N° 65 del Reglamento, el no brindar facilidades para realizar las acciones de supervisión en una causal de suspensión o pérdida de la autorización. Los informes presentados por el Subcomité de Evaluación, Monitoreo y Supervisión, describiendo la recomendación sobre la suspensión o pérdida de la autorización son evaluados por la Comisión de Autorización quién emite opinión técnica y sigue el flujo administrativo pasando por el Subcomité de Calidad y el Comité Directivo para emitir la resolución final.

TERCERA : Acorde a lo señalado en el artículo N° 56 del Reglamento de la Ley N° 30453 aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA y su modificatoria, el incumplimiento en la implementación de un Programa de Residentado Médico en un campo clínico de una sede docente implica la suspensión o pérdida de la autorización del funcionamiento del mismo; por ende la pérdida de autorización del campo clínico por la Institución Formadora Universitaria, en este caso se debe aprobar un nuevo proceso de autorización de campos clínicos donde participen todas las Instituciones Formadoras Universitarias interesadas de acuerdo a lo señalado en el punto 4 de las Disposiciones Generales del presente manual y el Anexo N° 1. Si las causales de la pérdida de autorización se refieren más factores relacionados a la sede docente, como lo señalan los puntos 1, 4 y 5 del artículo N° 65 del Reglamento de la Ley N° 30453 aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA y su modificatoria, o pérdida de la acreditación de la Sede Docente por las causales establecidas en el artículo N° 60 del Reglamento, se aplicará lo señalado en el artículo N° 66 del Reglamento en lo que respecta al desplazamiento del residente.

CUARTA: En el proceso de autorización de Campos Clínicos en el marco de la Ley N° 30453 y su reglamento aprobado con el Decreto Supremo N° 017-2017-SA y sus modificatorias, todas las Instituciones Formadoras Universitarias que tienen programas aprobados pueden solicitar la autorización de campos clínicos en todas las sedes docentes acreditadas que consideren necesarias, de acuerdo con los siguientes escenarios:

1. En las regiones donde exista una sola Universidad con todos sus programas autorizados y no existe filial de otra Universidad que tenga programas autorizados, las sedes docentes solo brindan su carta de aceptación a la Universidad de la región.
2. En las regiones donde exista una o más Universidades o filiales con todos sus programas autorizados, las sedes docentes tienen la obligación y responsabilidad de brindar su carta de aceptación y toda la información requerida según el manual, a todas las que lo soliciten, sin discriminación alguna; siendo finalmente CONAREME, a través de los aspectos técnicos (manual, instrumentos, cronograma, etc.), quién determine a quien se autoriza el campo clínico. De no respetarse lo señalado se invalida el proceso para ese campo clínico.
3. En las regiones donde exista una sola Universidad, pero no cuenta con todos sus programas autorizados y no existe filial de otra Universidad que tenga sus programas autorizados, las universidades de otra región, que tienen sus programas autorizados, pueden solicitar su participación en el proceso. Las sedes docentes tienen la obligación y responsabilidad de brindar su carta de aceptación y toda la información requerida según el manual, a todas las que lo soliciten, sin discriminación alguna; siendo finalmente CONAREME, a través de los aspectos técnicos (manual, instrumentos, cronograma, etc.), quién determine a quien se autoriza el campo clínico. De no respetarse lo señalado se invalida el proceso para ese campo clínico.
4. En las regiones donde no exista Universidad ni filial alguna, todas las universidades de otras regiones, que tienen sus programas autorizados, pueden solicitar su participación en el proceso. Las sedes docentes tienen la obligación y responsabilidad de brindar su carta de aceptación y toda la información requerida según el manual, a todas las que lo soliciten, sin discriminación alguna; siendo finalmente CONAREME, a través de los aspectos técnicos (manual, instrumentos, cronograma, etc.), quién determine a quien se autoriza el campo clínico. De no respetarse lo señalado se invalida el proceso para ese campo clínico.

La evaluación se realiza de acuerdo con cada escenario y lo descrito en el Anexo N° 1. El incumplimiento de alguno de estos criterios descritos en el Anexo N° 1 por parte de la Institución Formadora Universitaria elegida invalida la autorización y hace necesario convocar a un nuevo proceso.

QUINTA: Para el inicio de un nuevo proceso de Autorización de Campo Clínico, una vez terminado el tiempo de autorización respectivo, nuevamente participan todas las Instituciones Formadoras Universitarias en el proceso regular; sin embargo, la Institución Formadora Universitaria que tuvo inicialmente la autorización tendrá una consideración especial sobre el puntaje de acuerdo con los siguientes criterios:

- Tener un porcentaje ≥ 80 % de los residentes que consideren adecuada (o estén satisfechos con) su formación en el campo clínico de la sede. (las fuentes de verificación serán: el instrumento establecido en el estándar 2.7 del manual y/o los resultados de la Encuesta Nacional para Médicos Residentes (ENMERE)) **(2 puntos)**
- No tener quejas de incumplimiento de los derechos del residente durante el último año señalados en la Ley y su reglamento que sean declaradas como fundadas por la Secretaría Técnica y registradas en el SIGESIN. **(2 puntos)**

- Tener un porcentaje $\leq 5\%$ en estadísticas de acoso sexual, violencia física, verbal o psicológica (las fuentes serán: encuestas propias de la universidad y/o los resultados de la Encuesta Nacional para Médicos Residentes (ENMERE)) **(2 puntos)**
- No tener quejas de cobros indebidos al médico residente durante el último año declaradas como fundadas por la Secretaría Técnica y registradas en el SIGESIN. **(2 puntos)**

Cada puntaje adicional se colocará en reemplazo del puntaje más bajo de un estándar, no considerado crítico, a fin de beneficiar a la universidad en el porcentaje final de la Dimensión.

IX. DESCRIPCION DE TÉRMINOS

- **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.
- **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.
- **Institución Formadora Universitaria:** 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.
- **Filial Universitaria:** Sede desconcentrada de la universidad, autorizada por SUNEDU, constituida fuera del ámbito regional de la sede universitaria, destinada a la prestación del servicio educativo superior universitario para medicina humana y que cuenta con al menos una promoción de egresados de medicina.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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 Médico – CONAREME en las que se forman especialistas en medicina humana.

- **Campos clínicos:** 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 (pudiendo ser Clínico propiamente dicho, de Gestión y Administración y de Medicina Legal)
- **Capacidad Máxima de campos clínicos:** Es el número máximo de espacios de formación que desarrollan un programa de residencia médica en la Sede Docente Acreditada.
- **Cohabitación en el servicio:** Existencia de dos o más Instituciones Formadoras Universitarias brindando un programa de especialidad o subespecialidad en un servicio en la sede docente.
- **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 y debe de tener vínculo laboral con la Institución formadora.. 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)
- **Coordinador de Residencia:** 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. Debiendo tener vínculo laboral con la Institución formadora.
- **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.
- **Ámbito territorial de la Universidad:** Espacio geográfico regional o macro regional al que accede una Institución Formadora Universitaria para desarrollar su programa de formación del residente médico.

X. ANEXOS

Anexo 1. Criterios administrativos para que una institución formadora universitaria de un ámbito regional (incluida lima metropolitana) pueda acceder a otro ámbito.

- a. Toda Institución Formadora Universitaria, que desee acceder a un ámbito regional diferente para campos clínicos en esa región, deberá cumplir previamente con el procedimiento de autorización de funcionamiento de programas, posteriormente presentarse al proceso de autorización de campos clínicos regulado por el respectivo manual aprobado por el CONAREME.

En caso se cuente con más de una Institución Formadora Universitaria interesada en un mismo campo clínico en una sede docente; todas participarán en el proceso de autorización si cumplen con los requisitos establecidos en el manual; la que obtenga el mayor puntaje en el cumplimiento de los criterios de evaluación será la que obtenga la autorización. De existir un empate con relación al puntaje obtenido en la evaluación, la Institución Formadora Universitaria que no tenga, o tenga menos, incumplimientos de algunos criterios de evaluación considerados críticos será la autorizada y de persistir el empate deberá considerarse la elección del financiador (MINSA, Gobierno Regional, EsSalud, Fuerzas Armadas, etc.) previo visto bueno de la sede docente acreditada.

- b. En el caso de universidades que cuenten con filial y participen del proceso estas deben cumplir con el reconocimiento legal por SUNEDU, demostrar la formación de profesionales de medicina humana con al menos una promoción egresada.
- c. La institución formadora universitaria, de preferencia, deberá estar ubicada en Departamentos cercanos y con fácil acceso vial y geográfico a la Sede Docente donde se desarrollará el Programa de Residentado Médico
- d. Institución Formadora Universitaria deberá garantizar mediante un **acta de compromiso**, la implementación de una oficina administrativa en el ámbito de la sede docente, que permita la coordinación permanente entre la institución formadora, sede docente, tutores y coordinadores, así como médicos residentes.
- e. La Institución Formadora Universitaria, que obtenga de una vez la autorización de campo clínico, debe acreditar antes del inicio de actividades de formación el correspondiente Convenio de Residentado Médico. (aplica para todos los casos)
- f. La institución formadora universitaria, contará obligatoriamente con herramientas de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aplicándolas para el empleo de aula virtual, a efectos de evitar el traslado de médicos residentes fuera del ámbito de la sede docente para el desarrollo de actividades académicas.
- g. En el caso de las universidades que tengan autorización de campos clínicos en otra región y no cuenten con filial deben cumplir con lo señalado en los puntos d, e y f en un lapso no mayor de 3 meses de autorizado, lo cual será Evaluado por el Subcomité de Evaluación, Monitoreo y Supervisión.

Anexo 2. Carta de aceptación de la Sede Docente Acreditada a la Institución Formadora Universitaria

CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA SEDE DOCENTE ACREDITADA A LA INSTITUCIÓN FORMADORA UNIVERSITARIA

....., ... de..... de
2024.

Señor:

Decano de la Facultad de Medicina HumanaUniversidad

Presente. -

Atención: Director de Post Grado

Por medio de la presente, quiero manifestarle que mi despacho en coordinación con los Jefes de Departamento y Servicio aceptamos participar del Proceso para Autorizar Campos Clínicos durante en el año 2024, para la Universidad en el proceso de formación de médicos cirujanos que adjudiquen vacante al Residentado Médico, de su representada.

En tal sentido, remito la relación de especialidades/subespecialidades y número de campos clínicos solicitados:

| ESPECIALIDAD/SUBESPECIALIDAD | SEDE DOCENTE | CC SOLICITADOS |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

.....
Firma y sello
Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la Sede Docente Acreditada

Anexo 3. Carta/ Oficio Señalando la capacidad máxima de campos clínicos por especialidad en la Sede Docente Acreditada

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

Yo,, con DNI N°, en el cargo de presidente del Comité de Sede Docente/Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o representante legal de la Sede Docente Acreditada; ubicado en, del distrito de; Provincia del Departamento de

Comunico a usted la capacidad máxima de campos clínicos de todas las especialidades de nuestra sede de acuerdo al siguiente listado.

| ESPECIALIDAD/SUBESPECIALIDAD | CAPACIDAD MÁXIMA DE CAMPOS CLINICOS |
|------------------------------|-------------------------------------|
| | |
| | |

La información presentada con relación a los Campos Clínicos; que se sustenta en lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento de la Ley N° 30453, aprobado por el Decreto Supremo N° 007-2017-SA y sus modificatorias, y los acuerdos administrativos del CONAREME que sobre la materia sean aplicables como lo descrito en el Manual de Autorización de Campos Clínicos; es veraz y no contraviene las normas vigentes ni ha sido elaborada con fraude a la Ley. Asimismo, tiene relación con la información registrada en el SIGESIN cuyo documento adjunto, así como el acta de sesión de comité de sede docente donde se aprueba.

En tal sentido, cumplo con adjuntar el Anexo N° 5, en lo que respecta a la definición de la capacidad máxima de Campos Clínicos, de acuerdo con el proceso regular de Autorización de Campos Clínicos regulado en su Manual, bajo los alcances del Acuerdo N° XXX-2024-CONAREME-AG, en Asamblea General Extraordinaria del XX de XXX de 2024; en el marco del Decreto Supremo N° 007-2017-SA y sus modificatoria a través del Decreto Supremo N° 034-2023-SA:

....., de del 2024

.....
Firma y sello
Presidente del Comité de Sede Docente/
Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o
representante legal de la Sede Docente Acreditada

Anexo 4. Matriz de Autoevaluación del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos

| 1. DEFINICIÓN DE CAPACIDAD MÁXIMA DE CAMPOS CLÍNICOS | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------|--|----------------|---|---|---------------------------|--|----------------|
| DIMENSIÓN | ESPECIALIDAD | NUMERO MAXIMO DE CAMPO CLINICOS | | | | SUBESPECIALIDAD | NUMERO MAXIMO DE CAMPO CLINICOS | | | |
| | | N° CAMPOS CLINICOS AUTORIZADOS EN PROCESOS ANTERIORES | N° NUEVOS CAMPOS CLINICOS | TOTAL DE CAPACIDAD MAXIMA DE CAMPOS CLINICOS | CUMPLIMIENTO** | | N° CAMPOS CLINICOS AUTORIZADOS EN PROCESOS ANTERIORES | N° NUEVOS CAMPOS CLINICOS | TOTAL DE CAPACIDAD MAXIMA DE CAMPOS CLINICOS | CUMPLIMIENTO** |
| PRIMERA DIMENSIÓN | ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD | | | | | ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR | | | | |
| | ADOLESCENTOLOGIA | | | | | ANESTESIOLOGIA OBSTETRICA | | | | |
| | ANATOMIA PATOLOGICA | | | | | ANESTESIOLOGIA Y TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCULAR | | | | |
| | ANESTESIOLOGIA | | | | | CARDIOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | CARDIOLOGIA | | | | | CIRUGIA CARDIOVASCULAR | | | | |
| | CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL | | | | | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | | | | |
| | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | | | | | CIRUGIA DE COLON, RECTO Y ANO | | | | |
| | CIRUGIA GENERAL | | | | | CIRUGIA DE MANO | | | | |
| | CIRUGIA ONCOLOGICA | | | | | CIRUGIA DE RETINA Y VITREO | | | | |
| | CIRUGIA PEDIATRICA | | | | | CIRUGIA DE TORAX | | | | |
| | CIRUGIA PLASTICA | | | | | CIRUGIA HEPATOPANCREATOBILIAR Y CIRUGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | DERMATOLOGIA | | | | | CIRUGIA ONCOLOGICA DE | | | | |
| | ENDOCRINOLOGIA | | | | | CIRUGIA ONCOLOGICA DE MAMAS, TEJIDOS BLANDOS Y CIRUGIA PEDIATRICA | | | | |
| | GASTROENTEROLOGIA | | | | | CIRUGIA PLASTICA Y DERMATOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | GENETICA MEDICA | | | | | ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | GERIATRIA | | | | | EMERGENCIAS PEDIATRICAS | | | | |
| | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | | GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | HEMATOLOGIA | | | | | GINECOLOGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | INMUNOLOGIA Y ALERGIAS | | | | | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE | | | | |
| | MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES | | | | | HEMATOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES | | | | | INFECTOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA DEL DEPORTE | | | | | MEDICINA INTENSIVA | | | | |
| | MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA | | | | | NEFROLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION | | | | | NEONATOLOGIA | | | | |
| | MEDICINA HIPERBARICA Y | | | | | NEUMOLOGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | MEDICINA INTENSIVA | | | | | NEUMOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA INTERNA | | | | | NEUROLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA NUCLEAR | | | | | NEUROCIRUGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA LEGAL | | | | | OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE | | | | | OFTALMOLOGIA PEDIATRICA Y ONCOLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | MEDICINA ONCOLOGICA | | | | | PATOLOGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | NEFROLOGIA | | | | | PEDIATRIA DE EMERGENCIAS Y PSIQUIATRIA DE ADICCIONES | | | | |
| | NEONATOLOGIA | | | | | PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL | | | | |
| | NEUMOLOGIA | | | | | RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA | | | | |
| | NEUROCIRUGIA | | | | | UROLOGIA ONCOLOGICA | | | | |
| | NEUROLOGIA | | | | | UROLOGIA PEDIATRICA | | | | |
| | OFTALMOLOGIA | | | | | RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | | | |
| | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | | | | | | | | | |
| | OTORRINOLARINGOLOGIA | | | | | | | | | |
| | PATOLOGIA CLINICA | | | | | | | | | |
| | PEDIATRIA | | | | | | | | | |
| | PSIQUIATRIA | | | | | | | | | |
| RADIOLOGIA | | | | | | | | | | |
| RADIOTERAPIA | | | | | | | | | | |
| REUMATOLOGIA | | | | | | | | | | |
| UROLOGIA | | | | | | | | | | |
| | RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | | | | | | | | |

Matriz de Autoevaluación del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos (Continuación)

| ESTANDAR | CRITERIO DE EVALUACION | PUNTAJE MÁXIMO POSIBLE | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | FUENTES DE VERIFICACION | OBSERVACIONES |
|---|--|------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---|---------------|
| DIMENSIÓN 2. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA | | | | | | | |
| 2.1. El campo clínico cumple con los prerrequisitos de la autorización del programa del residente y una Sede Docente Acreditada | 2.Cumple con una Sede Docente acreditada y un Programa autorizado y este último está autorizado el mismo tiempo que necesita el desarrollo de la especialidad (Ej. Programa de Cirugía Cardiovascular por 5 años, autorización del programa por 5 años) | 2 | 12.5% | | | 1. Resolución o acuerdo administrativo del Comité Directivo que apruebe la Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME que registre en tiempo de acreditación) 2. Resolución o acuerdo administrativo del Comité Directivo que apruebe la autorización del programa que registre el tiempo de duración de la autorización (Información validada por CONAREME) | |
| | 1.Cumple con una Sede Docente acreditada y un Programa autorizado y este último no está autorizado el mismo tiempo que necesita el desarrollo de la especialidad (Ej. Programa de Cirugía Cardiovascular por 5 años, autorización del programa por 3 años) | | | | | | |
| | 0.No cumple con Sede Docente acreditada y un Programa autorizado | | | | | | |
| 2.2 Participación del representante de la Universidad en las sesiones de los Comité de Sede Docente. <i>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar las actas de otra sede (la que ellos elijan) donde desarrollen sus programas.)</i> | 2.Tiene un representante de la universidad en el Comité de Sede Docente y participa activamente en el 100% de las sesiones de último año (mínimamente 12 sesiones en el año en el caso de ordinarias). | 2 | 12.5% | | | Totalidad de las actas de sesiones ordinarias del Comité de Sede Docente del año anterior. | |
| | 1.Tiene un representante de la universidad en el Comité de Sede Docente y participa activamente en el 60% de las sesiones de último año (mínimamente 8 sesiones en el año en el caso de ordinarias) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|-------|--|--|--|---|
| | 0.No tiene representante de la Universidad en el Comité de Sede Docente o tiene un representante que participa en menos de 60% de las sesiones de último año (menos de 7 sesiones en el año en el caso de ordinarias) | | | | | | |
| 2.3 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada) | 2.Cuenta con una Biblioteca física actualizada y/o ingreso a una biblioteca virtual disponible en cualquier momento para el médico residente en la sede docente (con acceso a revistas médicas indexadas según especialidad o subespecialidad solicitada) | 2 | 12.5% | | | 1. Foto de Biblioteca física y listado de libros por año de publicación (firmado por el jefe de docencia) | 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados |
| | 1.Cuenta con una Biblioteca física actualizada y/o ingreso a una biblioteca virtual pero no está disponible para el médico residente en la sede docente o tiene dificultades para su acceso (con acceso a revistas médicas indexadas según especialidad o subespecialidad solicitada) | | | | | | |
| | 0.No cuenta con una Biblioteca física actualizada y/o ingreso a una biblioteca virtual o de contarla el residente no tiene acceso a la misma | | | | | | |
| 2.4 Entrega oportuna a los médicos residentes del Plan curricular del programa y los sílabos. (**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar el plan curricular y los sílabos entregados a los residentes de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de entrega del plan y sílabo de otro programa de especialidad desarrollado.) | 2.Entrega oportunamente el plan curricular al inicio del año académico y/o lo pública oportunamente en la página web de la institución, asimismo entrega oportunamente los sílabos de cada curso y los sílabos de las rotaciones antes de iniciar la rotación. | 2 | 12.5% | | | 1. Constancia de la recepción de los sílabos y el programa por parte de los residentes, con su constancia de recepción indicando la fecha o evidencia fotográfica del correo enviado | 2. Capturas de pantalla o fotos de la publicación en la página web institucional de los documentos solicitados. |
| | 1.Entrega el plan curricular meses después del inicio del año académico o no lo pública oportunamente en la página web de la institución. | | | | | | |
| | 0.No entrega el plan curricular del año académico o no lo pública en la página web de la institución. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|----------|--------------|--|--|---|--|
| <p>2.5 Seguimiento del Rendimiento Académico de los médicos residentes y acceso al registro de sus notas de manera virtual.</p> <p><i>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la evidencia del registro de notas y el acceso de residentes de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar evidencia del registro de notas y el acceso de residentes del programa de otra especialidad desarrollado.)</i></p> | <p>2. Se tiene registradas y actualizadas las notas del médico residente mensualmente de acuerdo al plan curricular, tanto de las rotaciones en la sede docente como las que son fuera de ella; así como de los cursos recibidos; además el residente tiene acceso de manera confidencial vía virtual web o física al registro de sus notas de manera que pueda hacer un seguimiento personal.</p> <p>1. Se tiene registradas las notas del médico residente pero no están actualizadas o no tienen relación al plan curricular, o no se tiene el registro de las notas de las rotaciones en la sede docente o las que son fuera de ella; tampoco se tiene notas actuales de los cursos recibidos; además el residente tiene acceso de manera confidencial vía virtual web física al registro de sus notas de manera que pueda hacer un seguimiento personal.</p> <p>0. Se tiene registradas las notas del médico residente pero no están actualizadas o no tienen relación al plan curricular, o no se tiene el registro de las notas de las rotaciones en la sede docente o las que son fuera de ella; tampoco se tiene notas actuales de los cursos recibidos; además el residente no tiene acceso de manera confidencial vía virtual web física al registro de sus notas de manera que pueda hacer un seguimiento personal.</p> | <p>2</p> | <p>12.5%</p> | | | <p>1. Último Registro de notas actualizado (de rotaciones y cursos) del último año lectivo antes de la evaluación.</p> <p>2. Capturas de pantalla o fotos del acceso con el que cuentan los residentes a sus notas vía web o física</p> <p>3. Plan curricular, Sílabos de los cursos y rotaciones. Sílabos de los cursos recibidos y las rotaciones.</p> <p>4. Registro de recepción de notas por parte de los residentes (captura de pantalla de plataforma o correos o registro físico)</p> | |
| <p>2.6 Existe un mecanismo establecido por la Universidad y la Sede Docente que garantice la recuperación académica de los médicos residentes con licencias por enfermedad u otras licencias establecidas en la Ley y su Reglamento.</p> <p><i>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes</i></p> | <p>2. Se tiene un procedimiento establecido por la Universidad que garantiza la recuperación académica de los médicos residentes con licencias por enfermedad u otras licencias establecidas por la Ley y su Reglamento que logre el cumplimiento del programa académico de manera coordinada con las Sede Docente.</p> | <p>2</p> | <p>12.5%</p> | | | <p>1. Procedimiento aprobado por resolución decanal, resoluciones de unidad de posgrado o equivalente</p> <p>2. Programación de recuperación académica de un residente de la especialidad con licencias.</p> <p>3. Documentos que sustenten la coordinación con la Sede Docente</p> | |

| | | | | | | |
|--|--|----------|--------------|--|---|--|
| <p>donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la evidencia de coordinación de la recuperación de los residentes de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de coordinación de la recuperación de residentes del programa de otra especialidad desarrollado.)</p> | <p>1. Se tiene un procedimiento establecido por la Universidad, pero no garantiza la recuperación académica de los médicos residentes con licencias por enfermedad u otras licencias establecidas por la Ley y su Reglamento ni el cumplimiento del programa académico, o no se hace de manera coordinada con las Sede Docente.</p> <p>0. No se tiene establecido ningún procedimiento por la Universidad para la recuperación académica de los médicos residentes con licencias por enfermedad u otras licencias establecidas por la Ley y su Reglamento que logre el cumplimiento del programa académico de manera coordinada con las Sede Docente.</p> | | | | <p>para establecer la programación puesta de recuperación académica y que cuente con su visto bueno (correos, oficios)</p> | |
| <p>2.7 Existe un mecanismo o procedimiento establecido por la Universidad, en coordinación con la Sede Docente, para hacer el seguimiento de la percepción de los médicos residentes sobre su formación en los campos clínicos en la Sede Docente.</p> <p>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la evidencia de aplicación y resultados de aplicación en los residentes de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de aplicación y resultados de aplicación en los residentes de otro programa de especialidad desarrollado.)</p> | <p>2. Se tiene un mecanismo o procedimiento establecido por la Universidad en coordinación con la Sede Docente, para hacer seguimiento de la percepción de los médicos residentes, con periodicidad anual, sobre su formación en la Sede y se demuestra su aplicación (en el caso de campos clínicos nuevos se puede sustentar el seguimiento de la percepción de la formación en otros campos clínicos en la sede, si se trata de Sedes Nuevas puede presentar propuesta de procedimiento para su seguimiento en coordinación con la Sede)</p> <p>1. Se tiene un mecanismo o procedimiento establecido por la Universidad para hacer seguimiento de la percepción de los médicos residentes, sin periodicidad anual, sobre su formación en la Sede o no se demuestra su aplicación (en el caso de campos clínicos nuevos se puede sustentar el seguimiento de la percepción de la formación en otros campos clínicos en la sede, si se trata de Sedes Nuevas puede presentar propuesta de procedimiento para su seguimiento en coordinación con la Sede)</p> | <p>2</p> | <p>12.5%</p> | | <p>1. Procedimiento aprobado por resolución decanal, resoluciones de unidad de posgrado (o equivalente) donde se establece el instrumento para medir la percepción del residente sobre su formación en la sede.</p> <p>2. Evidencia de la aplicación del instrumento o los resultados obtenidos (ej. encuesta y el informe de resultados) el cual se debe diferenciar los campos clínicos por especialidad</p> <p>3. Documentos que sustenten la coordinación con la Sede Docente para aplicar el procedimiento e instrumento y notificación de los resultados, acuerdos conjuntos (correos, oficios)</p> | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|--|---|--|
| | 0.No se tiene un mecanismo o procedimiento establecido por la Universidad para hacer seguimiento de la percepción de los médicos residentes sobre su formación en la Sede Docente | | | | | | |
| 2.8 Existe un mecanismo o procedimiento que garantice la titulación oportuna de los egresados, el seguimiento de su trámite y se comparte la información de manera regular y periódica a CONAREME; asimismo no existe denuncias o quejas de egresados sobre demoras en la titulación | <p>2.Se tiene un mecanismo o procedimiento que garantice la titulación oportuna de los egresados, el seguimiento de su trámite y se comparte la información de la titulación de manera regular y periódicamente (mínimamente anual) a CONAREME para su registro; asimismo, no existen denuncias de egresados sobre el incumplimiento de titulación oportuna de la especialidad (en el caso de campos clínicos nuevos se puede sustentar el seguimiento de la titulación de egresados de otros campos clínicos en la sede, si se trata de Sedes Nuevas puede presentar propuesta de procedimiento o mecanismo y el compromiso de compartir periódicamente la información a CONAREME)</p> <p>1.Se tiene un mecanismo o procedimiento que garantice la titulación oportuna de los egresados, el seguimiento de su trámite pero no se comparte de manera regular y periódicamente (mínimamente anual) a CONAREME para su registro; asimismo, existen denuncias de egresados sobre el incumplimiento de titulación oportuna de la especialidad pero que ya están solucionados al momento de la evaluación (en el caso de campos clínicos nuevos se puede sustentar el seguimiento de la titulación de egresados de otros campos clínicos en la sede, si se trata de Sedes Nuevas puede presentar propuesta de procedimiento o mecanismo)</p> | 2 | 12.5% | | | <p>1. Procedimiento. mecanismo o informes sobre la titulación de egresados de la sede docente y especialidad. (o compromiso de realizarlo en 6 meses)</p> <p>2. Compromiso de compartir información de manera periódica sobre la titulación de los egresado de los campos clínicos de la Sede Docente</p> <p>3. Documentos que sustenten la notificación a CONAREME sobre el seguimiento de egresados y su titulación por la sede docente que sustente su periodicidad (oficios, correos, etc.)</p> <p>4. Denuncias recibidas por CONAREME sobre incumplimientos de la titulación</p> | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----------|-------------|--|--|--|--|
| | 0. No se tiene un mecanismo o procedimiento para el seguimiento de la titulación de sus egresados de la Sede Docente, o si se tiene no garantiza la titulación oportuna, se tienen quejas de demoras en la titulación que no están resueltas o no se comparte la información a CONAREME | | | | | | |
| RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | 16 | 100% | | | | |

| ESTANDAR | CRITERIO DE EVALUACION | PUNTAJE MÁXIMO POSIBLE | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | FUENTES DE VERIFICACION | OBSERVACIONES |
|--|---|------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--|---------------|
| DIMENSIÓN 3. UNIVERSIDAD EN LAS SEDE DOCENTE | | | | | | | |
| 3.1. Cuenta con un plana docente que permite garantizar el proceso de enseñanza aprendizaje de los médicos residentes. | 2.La Universidad tiene el 100% de los tutores designados (Contratado-Nombrado-Compromiso de contrato) en el servicio titulados y con registro nacional de especialistas en la especialidad del campo clínico; asimismo al menos 10% del total de tutores de la universidad en la sede tiene alguna capacitación en docencia (que debe cumplir lo establecido en la norma: 1 tutor por cada 5 médicos residentes de la especialidad de acuerdo a la cantidad de campos clínicos solicitados) | 2 | 25.0% | | | 1. Carta de compromiso de contrato o precontrato u otro documento de vínculo por la Universidad. 2. Listado brindado por Recursos Humanos de la sede docente que detalle Nombre completo, especialidad, DNI, CMP, RNE y modalidad de contrato de todos los médicos especialistas de la Sede, adjuntando copia de los contratos que demuestre tiempo de contrato | |
| | 1.La Universidad tiene el 100% de los tutores designados (Contratado-Nombrado-Compromiso de contrato) en el servicio titulados y con registro nacional de especialistas en la especialidad del campo clínico; asimismo menos del 10% del total de tutores de la universidad en la sede tiene alguna capacitación en docencia. (que debe cumplir lo establecido en la norma: 1 tutor por cada 5 médicos residentes de la especialidad de acuerdo a la cantidad de campos clínicos solicitados) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|--|---|--|
| | 0.La Universidad tiene menos del 100% de los tutores designados (Contratado-Nombrado-Compromiso de contrato) en el servicio titulados y con registro nacional de especialistas en la especialidad del campo clínico | | | | | | |
| <p>3.2. La Universidad establece un procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores de residentado en el que se considere la opinión de los médicos residentes.</p> <p>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la evidencia procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores de otro programa de especialidad desarrollado.)</p> | <p>2.La Universidad cuenta con un procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores en la sede y la especialidad donde se considera la opinión de los médicos residentes, y realiza acciones de mejora en los tutores calificados con bajo desempeño. (Para el caso de sedes nuevas debe existir el procedimiento y se valorará el criterio excepto su implementación y las acciones de mejora).</p> <p>1.La Universidad cuenta con un procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores en la sede y la especialidad, pero no se considera la opinión de los médicos residentes, y no realiza acciones de mejora en los tutores calificados con bajo desempeño. (Para el caso de sedes nuevas debe existir el procedimiento y se valorará el criterio excepto su implementación y las acciones de mejora).</p> <p>0.La Universidad no cuenta con un procedimiento o mecanismo para medir el desempeño de sus tutores de la especialidad en la sede</p> | 2 | 25.0% | | | <p>1. Documento aprobado por resolución decanal, resoluciones de unidad de posgrado o algún documento formal donde se establece el procedimiento, mecanismo o instrumento para medir el desempeño del tutor de la especialidad en la sede donde se identifique el valor a la opinión del residente.</p> <p>2. Evidencia de la aplicación del procedimiento, mecanismo, instrumento y los resultados obtenidos (informe de resultados, resultados de encuestas, etc.)</p> <p>3. Documentos que sustenten las acciones de mejora tomadas en relación al resultado de la medición del desempeño de los tutores</p> | |
| <p>3.3. La Universidad fomenta la investigación en la sede a través de docentes con experiencia en investigación que involucran a sus médicos residentes</p> <p>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la</p> | <p>2.La Universidad cuenta con docentes de la especialidad (mínimamente 1 por cada una de las 4 especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general; o el 10% en todas las especialidades de la sede) que investiga; e involucra a sus médicos residentes en las investigaciones.</p> | 2 | 25.0% | | | <p>1.Una publicación del docente o los docentes en los últimos 5 años como autor o coautor o proyectos o protocolos de investigación presentados en alguna institución que tengan participación de los residentes (en el caso de sedes nuevas no se toma en cuenta la participación de residentes pero si la investigación de los docentes)</p> <p>2.Evidencia de la promoción de</p> | |

| | | | | | |
|--|---|----------|--------------|--|---|
| <p>evidencia de fomentar la investigación de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de fomentar la investigación de otro programa de especialidad desarrollado)</p> | <p>1.La Universidad cuenta con docentes de la especialidad (minimamente 1 por cada una de las 4 especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general; o el 10% en todas las especialidades de la sede) que investiga; pero no involucra a sus médicos residentes en las investigaciones.</p> | | | | <p>investigación del residente en el servicio por parte del tutor.(proyectos, mentorías, lectura crítica de revistas con lista de asistencia) En el caso de sedes nuevas debe tener un documento de la universidad donde se promueva la investigación en las sedes y se encargue a los residentes</p> |
| <p>3.4. La Universidad desarrolla e implementa un procedimiento, instrumento técnico académico u otro equivalente para la gestión de las rotaciones externas del médico residente</p> | <p>2.La Universidad cuenta con un procedimiento, instrumento técnico académico u otro equivalente que viabilice el inicio del trámite administrativo entre la universidad y las instituciones correspondientes para la rotación externa (la universidad debe realizar la gestión de la rotación, no el residente) de acuerdo al plan curricular y tiene un compromiso para la suscripción, (en menos de 3 meses posterior a la aprobación del campo clínico) del <i>convenio de rotación</i>, según el modelo aprobado por el Comité Directivo.</p> | <p>2</p> | <p>25.0%</p> | | <p>1. procedimiento, instrumento técnico académico u otro equivalente, aprobado con un documento oficial (resolución de posgrado o decanal u otra similar). 2. Compromiso de suscripción del convenio de rotación.</p> |
| <p>1.La Universidad cuenta con un procedimiento, instrumento técnico académico u otro equivalente que viabilice el inicio del trámite administrativo entre la universidad y las instituciones correspondientes para la rotación externa (la universidad debe realizar la gestión de la rotación, no el residente) de acuerdo al plan curricular y no tiene un compromiso para la suscripción, (en menos de 3 meses posterior a la aprobación del campo clínico) del <i>convenio de rotación</i>, según el modelo aprobado por el Comité Directivo.</p> | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------|-------------|--|--|--|--|
| | 0.La Universidad no cuenta con un procedimiento, instrumento técnico académico u otro equivalente que viabilice el inicio del trámite administrativo entre la universidad y las instituciones correspondientes para la rotación externa (la universidad debe realizar la gestión de la rotación, no el residente) de acuerdo al plan curricular. | | | | | | |
| RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | 8 | 100% | | | | |

| ESTANDAR | CRITERIO DE EVALUACION | PUNTAJE MÁXIMO POSIBLE | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | FUENTES DE VERIFICACION | OBSERVACIONES |
|--|---|------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--|---------------|
| DIMENSIÓN 4. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS | | | | | | | |
| 4.1. La Sede cuenta con un servicio con atención hospitalaria, ambulatoria, emergencia, entre otras, que garantice la formación de médicos residentes. | 2.La Sede Docente cuenta con la incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad en cuanto a tipo y número, durante los últimos 5 años sostenida, acorde a las necesidades del campo clínico. Y el equipamiento operativo de acuerdo a la categoría y al campo clínico solicitado. | 2 | 25% | | | 1. Estadísticas de las atenciones en consulta externa, hospitalización, emergencia , centro quirúrgico, laboratorio, etc. (donde aplique según la especialidad) de las 20 patologías o diagnósticos más frecuentes durante los últimos 3 años detallado por meses; asimismo el detalle de 20 procedimientos más frecuentes realizados en consulta externa, hospitalización, emergencia , centro quirúrgico, UCI, laboratorio, etc. (donde aplique según la especialidad) durante los últimos 3 años detallado por meses. 2. Listado de equipamiento médico y biomédico operativo | |
| | 1.La Sede Docente cuenta con la incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad en cuanto a tipo y número, solo durante los últimos 3 años, acorde a las necesidades del campo clínico y cuenta parcialmente con el equipamiento operativo necesario de acuerdo a la categoría y al campo clínico solicitado | | | | | | |
| | 0.La Sede Docente no cuenta con la incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad en cuanto a tipo y número acorde a las necesidades del campo clínico. Y no tiene el equipamiento operativo de acuerdo a la categoría y al campo clínico solicitado | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|------------|--|--|---|--|
| <p>4.2 La sede cuenta especialistas calificados que permite garantizar el proceso de enseñanza aprendizaje de los médicos residentes</p> | <p>2.La Sede Docente cuenta con más del 100% de sus especialistas con título y registro de especialistas en el servicio; los cuales al menos el 10% deben tener alguna capacitación en docencia.</p> <p>1.La Sede Docente cuenta con menos del 100% de sus especialistas con título y registro de especialistas en el servicio; de los cuales al menos del 10% deben tener capacitación en docencia</p> <p>0.La Sede Docente cuenta con menos del 80% de sus especialistas con título y registro de especialistas en el servicio</p> | <p>2</p> | <p>25%</p> | | | <p>1. Listado brindado por Recursos Humanos de la sede docente que detalle Nombre completo, especialidad, DNI, CMP, RNE y modalidad de contrato de todos los médicos especialistas de la Sede. Asimismo, se debe especificar quienes tienen capacitación en docencia y adjuntar medios probatorios de las capacitaciones (pueden ser desde cursos hasta maestrías) en Excel y escaneado.</p> <p>2. En caso de ordenes de servicio listado de locadores que detalle Nombre completo, especialidad, DNI, CMP, RNE, firmados por el área correspondiente</p> | |
| <p>4.3 La sede cuenta especialistas con contratos que permite garantizar el proceso de enseñanza aprendizaje de los médicos residentes</p> | <p>2.La Sede Docente cuenta con el 100% de sus especialistas con una contratación (nombrados o con contrato indeterminado, o contrato CAS o plazo fijo) que mínimamente garantice un año de permanencia en la sede.</p> <p>1.La Sede Docente cuenta con menos del 50% de sus especialistas con una contratación (nombrados o con contrato indeterminado, o contrato CAS o plazo fijo) Y 50% u orden de servicio) que mínimamente garantice un año de permanencia en la sede</p> <p>0.La Sede Docente cuenta con menos del 50% de sus especialistas con una contratación (nombrados o con contrato indeterminado, o contrato CAS o plazo fijo) que mínimamente garantice un año de permanencia en la sede</p> | <p>2</p> | <p>25%</p> | | | <p>1. Listado brindado por Recursos Humanos de la sede docente que detalle Nombre completo, especialidad, DNI, CMP, RNE y modalidad de contrato de todos los médicos especialistas de la Sede que detalle el tiempo de contrato del especialista</p> <p>2. Carta de compromiso de la sede docente de mantener la cantidad de especialistas requeridos para la formación de residentes que garantice cumplir un año como mínimo</p> <p>3. En caso de ordenes de servicio listado de locadores que detalle Nombre completo, especialidad, DNI, CMP, RNE, firmados por el área correspondiente que detalle el tiempo de contrato</p> | |

| | | | | | | |
|---|---|----------|-------------|--|--|--|
| <p>4.4 La sede establece un espacio propicio para la formación profesional y fortalecimiento del proceso de enseñanza aprendizaje de los médicos residentes.</p> <p><i>(** En caso de sedes nuevas puede presentar evidencia que sustente las actividades académicas de los médicos de los servicios e internos, de tenerlos. Lo que sustente una cultura de enseñanza como sede docente)</i></p> | <p>2.La Sede Docente establece actividades académicas semanales en el servicio: Revisión de casos clínicos, revisión de temas, discusión de eventos adversos y centinelas; o involucra a los residentes en la revisión, aprobación o adaptación de guías de práctica clínica y cumple con el 100% de lo programado en los últimos 6 meses.</p> | 2 | 25% | | | <p>1. Registro de actividades académicas o apoyo en la elaboración, revisión y adaptación de las guías de práctica clínica con asistencia del residente de los últimos 6 meses (en caso de sedes nuevas la programación de médicos asistentes y programación propuesta para los residentes)</p> <p>2. Programación de actividades académicas mensuales establecidas por la sede. Oficializadas por la Oficina de Docencia y capacitación, de los últimos 6 meses. (en caso de sedes nuevas la programación de médicos asistentes y programación propuesta para los residentes)</p> |
| | <p>1.La Sede Docente establece actividades académicas con periodicidad mayor de una semana en el servicio: Revisión de casos clínicos, revisión de temas, discusión de eventos adversos y centinelas; y no involucra a los residentes en la revisión, aprobación o adaptación de guías de práctica clínica y cumple con menos del 100% de lo programado en los últimos 6 meses.</p> | | | | | |
| | <p>0.La Sede Docente no establece actividades académicas en el servicio: Revisión de casos clínicos, revisión de temas, discusión de eventos adversos y centinelas o no cumple con menos del 80% de lo programado en los últimos 6 meses.</p> | | | | | |
| RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | 8 | 100% | | | |

| ESTANDAR | CRITERIO DE EVALUACION | PUNTAJE MÁXIMO POSIBLE | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | FUENTES DE VERIFICACION | OBSERVACIONES |
|--|--|------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--|---------------|
| DIMENSIÓN 5. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL | | | | | | | |
| <p>5.1 La sede establece mecanismos para la prevención de enfermedades infecciosas en la práctica profesional de los médicos residentes como población vulnerable.</p> | <p>2.La Sede Docente tiene $\geq 70\%$ de sus médicos residentes con cobertura de todas las vacunas necesarias para su enseñanza en servicio (Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Rubeola, COVID - 19, Tétano y las demás que apliquen de acuerdo al campo clínico) ; asimismo garantiza un control inicial y periódico anual de salud ocupacional (en caso de sedes nuevas debe existir compromiso o el plan con financiamiento para alcanzar la cobertura antes de los 6 meses)</p> | 2 | 16.7% | | | <p>1. Listado oficial firmado por la autoridad competente que detalle la cobertura de vacunas de cada residente y el porcentaje total de cobertura (en caso de Sedes nuevas el plan o compromiso de cobertura que demuestre el financiamiento) en formato Excel</p> <p>2. Informe del área competente de la evaluación inicial y periódica anual de salud ocupacional de todos los</p> | |

| | | | | | | |
|---|---|---|-------|--|--|---|
| | <p>1.La Sede Docente tiene menos del 70% de sus médicos residentes con cobertura de todas las vacunas necesarias para su enseñanza en servicio (Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Rubeola, COVID - 19, Tétano y las demás que apliquen de acuerdo al campo clínico); asimismo no garantiza un control inicial y periódico anual de salud ocupacional (en caso de sedes nuevas debe existir compromiso o el plan con financiamiento para alcanzar la cobertura antes de los 6 meses).</p> <p>0.La Sede Docente tiene menos del 50% de sus médicos residentes con cobertura de todas las vacunas necesarias para su enseñanza en servicio (Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Rubeola, COVID - 19, Tétano y las demás que apliquen de acuerdo al campo clínico); asimismo no garantiza un control de salud ocupacional para el residente</p> | | | | | residentes ingresantes (en caso de Sedes nuevas el plan o compromiso de cobertura que demuestre el financiamiento) |
| <p>5.2 La sede en coordinación con la Universidad establece un programa, procedimientos, mecanismo o instrumentos de seguimiento de la Salud Mental de los médicos residentes.</p> <p>(**En caso de Universidades que soliciten campos clínicos en sedes donde no desarrollaban sus programas, deben presentar la evidencia de coordinación del establecimiento de un mecanismo</p> | <p>2.La Sede en coordinación con la Universidad ha implementado un programa, procedimiento, mecanismo o instrumento de detección inicial de problemas de salud mental (identificando grupos de riesgo), seguimiento y manejo en los médicos residentes; asimismo promueve entornos saludable y de respeto; informando sus hallazgos a CONAREME de maneja mensual. (en caso de sedes nuevas debe existir compromiso o el plan con financiamiento para implementar antes de los 6 meses)</p> | 2 | 16.7% | | | <p>1.Documento que sustente el procedimiento, mecanismo o instrumento para la identificación, seguimiento, y manejo de los problemas de salud mental del residente, donde se demuestre participación de la Universidad. Firmado por Docencia, con evidencia de correos o comunicaciones con la universidad (coordinador o tutor)</p> <p>2. Resultados de la identificación de las poblaciones en riesgo dentro de</p> |

| | | | | | | |
|---|--|----------|--------------|--|---|--|
| <p>procedimientos, o instrumentos de seguimiento de la Salud Mental de los médicos residentes de otra sede donde se desarrolle su programa, si se trata de un programa de especialidad nuevo deben presentar la evidencia de coordinación del establecimiento de un mecanismo procedimientos, o instrumentos de seguimiento de la Salud Mental de otro programa de especialidad desarrollado.)</p> | <p>1.La sede en coordinación con la Universidad ha aprobado un programa, procedimiento, mecanismo o instrumento de detección inicial de problemas de salud mental (identificando grupos de riesgo), pero no cumple con la implementación, seguimiento y manejo en los médicos residentes; asimismo promueve entornos saludable y de respeto; No informa sus hallazgos a CONAREME de maneja mensual. (en caso de sedes nuevas debe existir compromiso o el plan con financiamiento para implementar más allá de los 6 meses)</p> <p>0.La sede en coordinación no coordina con la Universidad y no ha implementado un programa procedimiento, mecanismo o instrumento de detección inicial de problemas de salud mental (identificando grupos de riesgo), seguimiento y manejo en el médico residente; asimismo no promueve entornos saludable y de respeto; no informa sus hallazgos a CONAREME</p> | | | | <p>los residentes, así la demostración de casos en los cuales se haya cumplido con la evaluación inicial, seguimiento y manejo acompañado con participación activa de la Universidad</p> <p>3. Evidencia de comunicación periódica a CONAREME de los hallazgos encontrados.</p> <p>4. Evidencia de la promoción de entornos saludables de salud mental y respeto (sesiones, charlas capacitaciones, afiches, con lista de participantes)</p> <p>5. En caso de sedes nuevas, debe existir compromiso o el plan con financiamiento para implementarlo, señalando el tiempo.</p> | |
| <p>5.3. La Sede Docente garantiza la cobertura la salud física, mental y de trabajo de riesgo de los médicos residentes</p> | <p>2.La sede Docente garantiza la cobertura de salud, física y de trabajo de riesgo del 100% de los médicos residentes del servicio e informa anualmente a CONAREME al respecto (Para el caso de sedes nuevas debe existir el documento de compromiso de en menos de 3 meses tener la cobertura requerida)</p> <p>1.La sede Docente garantiza la cobertura de salud, física y de trabajo de riesgo de más del 80% de los médicos residentes del servicio y no informa anualmente a CONAREME al respecto. (Para el caso de sedes nuevas debe existir el documento de compromiso de en menos de 3 meses tener la cobertura requerida)</p> <p>0.La sede Docente no garantiza la cobertura de salud, física y de trabajo de riesgo de menos del 80% de los médicos residentes del servicio</p> | <p>2</p> | <p>16.7%</p> | | <p>1. Listado oficial de los médicos residente por servicio indicando los seguros de salud incluyendo el seguro de trabajo de riesgo.</p> <p>2. Evidencia de la información anual remitida a CONAREME al Respetto.</p> | |

| | | | | | | |
|--|---|---|-------|--|----|---|
| 5.4. La Sede Docente previene los riesgos de Bioseguridad en los médicos residentes e implementa acciones de mejora ante eventos adverso en los que el residente esté involucrado. | 2.La sede previene los riesgos de bioseguridad brindando los EPP necesarios al 100% de los residentes; asimismo hace participar al 100% de los residentes de las sesiones o capacitaciones relacionados a desecho de residuos, accidentes con punzocortantes, eventos adversos, etc.; y demuestra acciones de mejora relacionados a los médicos residentes involucrados en los eventos adversos. E informa a CONAREME al respecto. | 2 | 16.7% | | 0% | <p>1. Listado de entrega de los EPP necesarios a los residentes del servicio firmado por los involucrados. (Para el caso de sedes nuevas debe existir el documento de compromiso o el plan con presupuesto estimado)</p> <p>2. Listado detallado de la cantidad de capacitaciones sobre eventos adversos, medidas de bioseguridad, accidentes laborales, etc. con la lista de asistencia con firma de los participantes. (En caso de sedes nuevas debe existir el documento programación propuesta de las sesiones)</p> <p>3. Evidencia de la cantidad de eventos adversos resaltando aquellos en los que estuvo involucrado el residente y evidencia de la implementación de las acciones de mejora.</p> |
| | 1.La sede previene los riesgos de bioseguridad brindando los EPP necesarios al 80% o más de los residentes; asimismo hace participar a 80% o más de los residentes de las sesiones o capacitaciones relacionados a desecho de residuos, accidentes con punzocortantes, eventos adversos, etc.; y demuestra acciones de mejora no relacionados a los médicos residentes involucrados en los eventos adversos. No informa a CONAREME al respecto. | | | | | |
| | 0.La sede no previene los riesgos de bioseguridad solo brindando los EPP necesarios a menos del 80% de los residentes; asimismo hace participar a menos del 80% de los residentes de las sesiones o capacitaciones relacionados a desecho de residuos, accidentes con punzocortantes, eventos adversos, etc.; y no demuestra acciones de mejora relacionados a los médicos residentes involucrados en los eventos adversos. | | | | | |
| 5.5. La Institución Prestadora de Servicios de Salud (MINSA, EsSalud, Gobiernos Regionales, etc.) en su condición de financiador de la vacante de la Sede Docente garantiza los beneficios que le corresponden al residente como derecho y para su bienestar. (sedes antiguas) | 2.La Institución Prestadora de Servicios de Salud en su condición de financiador de la vacante de la sede cumple con la gestión totalmente y puntualmente con los pagos de sueldo, guardias programadas y beneficios (vacaciones trucas y no gozadas); asimismo no existe quejas de incumplimiento al respecto. La información debe ser de los últimos 6 meses de anticipación | 2 | 16.7% | | | <p>1. Evidencia del pago a todo los residentes del servicio de la remuneración mensual, las guardias programadas y vacaciones (adjuntar planilla u otro medio probatorio equivalente).</p> <p>2. Evidencia del pago de vacaciones trucas o no gozadas cuando corresponda a los residentes del año anterior o un compromiso de cumplimiento de pago en menos de</p> |

| | | | | | | | |
|---|---|-----------|-------------|--|--|---|--|
| | <p>1.La sede cumple parcialmente con los pagos de sueldo, guardias programadas y beneficios (vacaciones trucas y no gozadas); tiene quejas de algún incumplimiento al respecto, pero lo soluciona como máximo en 3 meses. La información debe ser de los últimos 6 meses de anticipación</p> <p>0.La sede no cumple totalmente con los pagos de sueldo, guardias programadas y beneficios (vacaciones trucas y no gozadas); y de existir quejas de incumplimiento al respecto lo soluciona en un plazo mayor de 3 meses. La información debe ser de los últimos 6 meses de anticipación</p> | | | | | <p>6 meses. (Esta fuente se valorará como opcional y de evaluación obligatoria al control anual)</p> <p>3. Evidencia de marcación del residente y rol mensual de guardias, de los últimos 3 meses</p> <p>4.Evidencia de la solución, de existir algún incumplimiento, cuya resolución sea en un tiempo oportuno de 3 meses como máximo.</p> | |
| 5.6. La Sede Docente garantiza los beneficios que le corresponden al residente como derecho y para su bienestar. (sedes antiguas) | <p>2. Sede cumple totalmente y puntualmente con los pagos de guardias programadas que le correspondan; asimismo cumple totalmente y puntualmente con los descansos establecidos en el reglamento (1 vez a la semana, descansos pos guardia, etc.); asimismo no existe quejas de incumplimiento al respecto</p> <p>0.La sede no cumple con los pagos de guardias programadas que le correspondan; asimismo no cumple con los descansos establecidos en el reglamento (1 vez a la semana, descansos pos guardia, etc.)</p> | 2 | 16.7% | | | <p>1.Evidencia del pago de las guardias (resolución administrativa, planilla o documento equivalente que sustente el pago)</p> <p>2. Evidencia de marcación del residente que junto con la programación en el servicio garantice el cumplimiento de los descansos semanales y pos guardia. Rol de guardias.</p> | |
| RESULTADO DE LA DIMENSIÓN | | 12 | 100% | | | | |

Anexo 5. Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo,, identificado con DNI N°, con domicilio en N°, del distrito de; en el cargo de (Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de institución Formadora Universitaria), de la Institución/Entidad,, bajo los alcances de la Ley N° 30453, su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 007-2017-SA y su modificatoria aprobada por el Decreto Supremo N° 034-2023-SA, el Estatuto de CONAREME, y bajo los alcances del Acuerdo N° XXX-2024-CONAREME-AG, en Asamblea General Extraordinaria del XX de XXX de 2024 que establece el Proceso Regular para Autorizar Campos Clínicos en el año 2024.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que, de acuerdo con la exigencia legal expuesta en el documento normativo: Proceso Regular para autorizar Campos Clínicos en el año 2024; el presente contiene los requisitos exigidos a efectos de la autorización de campos clínicos; en tal sentido:

La información contenida en el registro, el Informe de Autoevaluación y los documentos que se adjuntan al mismo, para la autorización de los campos clínicos, es verdadero, y que cuento con los documentos originales, que así, lo demuestran.

Así también, declaro que la institución/entidad que represento, cumple con los requisitos y con las dimensiones y criterios de evaluación contenidos en el documento normativo del Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos en el año 2024.

Me someto al inicio del procedimiento administrativo sancionador que instaura el CONAREME en caso se detecte la presentación de un documento de contenido falso, adulterado o siendo verdadero no cumplen con los requisitos solicitados en el presente proceso.

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

....., de..... de 2024.

.....

Firma

Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de institución Formadora Universitaria)

CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE AUTORIZACION DE CAMPOS CLÍNCOS

| CRONOGRAMA | | FECHA |
|--------------------------------------|---|--|
| 1 | El Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME) aprueba el Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos (Manual, Instrumento y Cronograma). | 09 de Setiembre de 2024 |
| DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO | | FECHA |
| 2 | Publicación de Convocatoria al Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos (Manual, Instrumento y Cronograma). | 09 de Setiembre de 2024 |
| 3 | Asesorías a las Instituciones Formadoras Universitarias y a las Sedes Docentes. | Hasta el 20 de setiembre de 2024 |
| 4 | La Secretaria Técnica revisa que los expedientes estén completos, de no estarlos se remite un Informe de VERIFICACION DE REQUISITO a las Institución Formadora Universitaria, siendo esta verificación por única vez y en el plazo según el cronograma. | Hasta el 02 de Octubre de 2024 |
| 5 | último día para realizar el pago para participar en el Proceso Regular de Autorización de Campos Clínicos. | Hasta el 09 de Octubre (Hasta la 12:00 horas) |
| 6 | Las Instituciones Formadoras Universitarias presentan ante el Comité Directivo los expedientes completos de solicitud de autorización de campos clínicos dirigidas a la Secretaria Técnica de CONAREME, de no estar completos se les devolverá el expediente siendo inadmisibles. | Hasta el 10 de Octubre de 2024 |
| 7 | Secretaria Técnica de CONAREME envía los expedientes completos a la Comisión de Autorización. | Hasta el 11 de Octubre de 2024 (Hasta las 12:00 horas) |
| 8 | Realizar las reuniones virtuales con las Instituciones formadoras y visitas presenciales por el equipo técnico a las sedes docentes. | Hasta el 20 de Diciembre de 2024 |
| 9 | El Equipo Técnico emite los Informes a la Comisión de Autorización. | Hasta el 26 de Diciembre de 2024 |
| 10 | La Comisión de Autorización emite los informes al Subcomité de Calidad. | Hasta el 27 Diciembre de 2024 |
| 11 | El Subcomité de Calidad emite los informes al Comité Directivo. | Hasta el 30 diciembre de 2024 |
| 12 | El Comité Directivo en sesión extraordinaria revisa los informes finales de la Autorización de Campos Clínicos, de no aprobarse el informe la Institución Formadora Universitaria se presentará el recurso de reconsideración correspondiente. | Hasta el 06 de enero de 2025 |
| 13 | Plazo para interponer el recurso de reconsideración y remitir por parte de la secretaria técnica a la Comisión de Autorización. | 10 DIAS HABILES |
| 14 | Último día para que las Instituciones Formadoras Universitarias presenten sus expedientes del Recurso de reconsideración. | Hasta el 21 de enero de 2025 |
| 15 | Distribución de los Recurso de Reconsideración a la Comisión de autorización. | Hasta el 22 de enero de 2025 |
| 16 | Revisión de expedientes de los recursos de reconsideración. | Hasta el 03 de febrero 2025 |
| 17 | La Comisión de Autorización emite el informe final de los recursos de reconsideración presentados y eleva al Subcomité de Calidad a través de la Secretaria Técnica de CONAREME. | Hasta el 05 de febrero de 2025 |
| 18 | El Subcomité de Calidad emite los informes de recurso de reconsideración al Comité Directivo. | Hasta el 07 de febrero de 2025 |
| 19 | El Comité Directivo de CONAREME en sesión extraordinaria resuelva el recurso de reconsideración y agota la vía administrativa. | Hasta el 11 de febrero de 2025 |