

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO
(CONAREME)

COMISIÓN DE ACREDITACIÓN

ACTA N°01

MIÉRCOLES 05 DE ENERO DE 2022

Hora de Inicio : 16:00 horas
Hora de Término : 18:10 horas
Videoconferencia : Plataforma ZOOM de CONAREME

MIEMBROS:

1. DR. MILTON MORALES BENDEZÚ	PRESIDE	Rep. MINSA
2. DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA	MIEMBRO	Rep. UPCH
3. DR. MARIO CARRIÓN CHAMBILLA	MIEMBRO	Rep. UNMSM
4. DR. FILOMENO JÁUREGUI FRANCIA	MIEMBRO	Rep. URP
5. DRA. LUZ MUJICA CALDERON	MIEMBRO	Rep. UNSA
6. DR. JUAN PABLO JON RABINES	MIEMBRO	Rep. GOBIERNOS REGIONALES
7. DR. CHRISTOPHER VÁSQUEZ CHUQUIHUACCHA	MIEMBRO	Rep. ESSALUD

MIEMBROS QUE EXCUSAN INASISTENCIA

8. DR. MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANI	MIEMBRO	Rep. ANMRP
----------------------------------	---------	------------

AGENDA. –

- Aprobación del manual de Acreditación de Sedes Docentes del II y III nivel
- Elaboración del Cronograma del Proceso regular de Acreditación de Sedes Docentes 2022-2023

I. DESPACHO. –

No hay despacho

II. INFORMES. –

No hay informes

III. ORDEN DEL DIA. –

1. APROBACIÓN DEL MANUAL DE ACREDITACIÓN DEL II NIVEL

Se procede a dar lectura y a revisar el manual de acreditación para el segundo y tercer nivel de atención.

Dr. Mario Carrión: Ese estándar no le corresponde un nivel tres, no le corresponde hacer una actividad extramural, el marco normativo está estipulado así, no le corresponde a esa sede docente.

Mi decisión esta respecto a lo que el marco normativo le permite a cada establecimiento hacer o no.

Dr. Christopher Vásquez: En mi opinión, dejaría este estándar porque la visión del segundo y tercer nivel es otra, quizás eso sea aplicable para algunas especialidades, pero no para todas, hay que escoger los estándares adecuados para poder realizar la acreditación.

Constatando el quórum de 07 integrantes, se procedió a la siguiente votación:

Favor: 06 (UPCH, UNMSM, URP, UNSA, GOBIERNOS REGIONALES, ESSALUD)

En contra: 00

Abstención: 00

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

Acuerdo N°001-2022-CA: Aprobar el Manual y plantilla de autoevaluación para la Acreditación de sede docente de II y III nivel y elevarlo a través de la secretaria técnica de CONAREME al Subcomité de Calidad.

2. ELABORACIÓN DEL CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES 2022-2023

Dra. Mónica Alfonso: El siguiente punto es la propuesta de cronograma para acreditar las 202 sedes, tienen alguna propuesta para este cronograma.

Habíamos pensado en dos formas, una seria en bloques, o sea repartir el 100% de las sedes en dos o tres partes y convocar o la segunda seria convocar al 100% de forma general, solo se haría un solo cronograma, que opinan que se debería de hacer el cronograma.

Dr. Christopher Vásquez: Creo que esto ya lo hemos estado viendo y la propuesta ya estaba hecha, por mi parte seria mejor un solo cronograma.

Dra. Paola Albinagorta: Yo considero una sola fecha o máximo dos fechas, sería una manera más justa por orden alfabético y dividirlo en dos bloques.

Dr. Mario Carrión: Entendería que hay un número de evaluadores amplio para poder revisar eventualmente los documentos de 202 sedes que puedan llegar casi simultáneamente.

Dra. Mónica Alfonso: Se propuso los pares externos, lo que se menciona es que no estaban de acuerdo que haya personas externas, que ustedes lo iban a hacer y según como ven la demanda se iba a considerar los pares.

Dr. Christopher Vásquez: Como hemos visto no es muy complejo, ya hemos estado en otros procesos, quería proponerles para que podamos trabajar nosotros, ya no en grupo de 3 si no de dos, además se mencionó que la mayoría son establecimientos de primer nivel.

Dra. Paola Albinagorta: Hay que ver como nos iba en el camino, como es primer nivel puede ser un poco mas sencillo, no quiere decir que sea muy fácil y con la experiencia podemos ir ayudando a los otros colegas.

Dra. Luz Mujica: ¿Esta acreditación va a hacer presencial?, en todo el caso al formar el par debemos de considerar a las personas que no hemos trabajado nunca en la acreditación.

Dra. Mónica Alfonso: Primero vemos las características del cronograma y según eso se enviará una propuesta para que lo revisen y aprueben.

Dr. Mario Carrión: Entiendo que la evaluación lo estaría haciendo la comisión de acreditación. Recuerdo que, para la acreditación de sedes, la idea era formar profesionales que tengan esta capacidad/competencia de acreditadores y que no esté a cargo de la comisión, también recuerdo que se hizo talleres donde se convocó profesionales con un perfil preestablecido, con la intención de que sean estos profesionales quienes realicen la evaluación, no se si sea pertinente que sea solo el comité quien haga la evaluación.

Dra. Mónica Alfonso: El año pasado en el proceso que hubo, la misma comisión es la que se encargaba de revisar para que puedan levantar las observaciones, nosotros hemos propuesto a los pares, pero depende de ustedes si desean iniciar o ya vamos haciendo el TDR de los colegas que van a participar.

Todo el subcomité tiene que decidir si se va a iniciar con la revisión de los expedientes solo con los miembros del comité o con los pares externos.

Dr. Christopher Vásquez: Estoy a favor de que se inicie solo con los miembros de la comisión porque todo proceso de acreditación manda un profesional con conocimiento del tema, este es un procedimiento que otros colegas o profesionales de la salud desconoce, año pasado ya hemos llevado un proceso de acreditación sin dificultades y el comité directivo esta como una segunda instancia.

Dra. Mónica Alfonso: Entonces una de las propuestas es que este proceso inicie con los miembros de la comisión y otra de las propuestas es que se convoque a los pares externos.

Dr. Filomeno Jauregui: Los que empiezan normalmente con las evaluaciones son los miembros de las comisiones y de ahí se puede ampliar si es que falta.

Dr. Mario Carrión: Si hablamos de procesos de acreditación, por ejemplo, SINEACE, SUNEDU, se forman equipos que no son de la misma institución, son externos que se convocan a los cuales hay que capacitar para que cumplan la función de evaluadores.

Dra. Paola Albinagorta: Nosotros empezáramos la acreditación y si de repente necesitamos en el camino podríamos verlo, pero nosotros somos los que tenemos que iniciar la acreditación.

Dr. Christopher Vásquez: En sesiones previas hemos tomado ese acuerdo, y que más adelante veríamos si necesitaríamos el servicio de terceros.

Dra. Mónica Alfonso: Primero hay que ver las características de este proceso, según lo que ustedes mencionan se elabora una propuesta y se envía a sus correos.

Dr. Mario Carrión: Nosotros estamos en esta comisión como representante de una institución, y podemos cambiar en cualquier momento por eso sería necesario contar con otros profesionales que puedan ayudar en esta labor.

Constatando el quórum de 07 integrantes, se procedió a la siguiente votación:

Favor: 05 (UPCH, URP, UNSA, GOBIERNOS REGIONALES, ESSALUD)

En contra: 01 (UNMSM)
Abstención: 00

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

Acuerdo N°002-2022-CA: Aprobar que el inicio de la evaluación de los expedientes para el proceso de acreditación de sedes docentes estar a cargo de todos los miembros de la comisión de Acreditación, dependiendo de la demanda se realizará la convocatoria de Pares Externos.

Doctora Mónica Alfonso procede a dar lectura de la propuesta de cronograma para la acreditación de sede docente.

Dra. Mónica Alfonso: Como es que van a desear ustedes, ¿en general o por etapas?

Dr. Milton Morales: Eso va a depender de la capacidad operativa que tengamos.

Dra. Paola Albinagorta: Hay que darles a todos el mismo tiempo para que envíen la información.

Dra. Mónica Alfonso: Entonces solo sería una etapa, esta etapa va a ser en general. La publicación del cronograma sería para el lunes 24 de enero del 2022, cuanto tiempo sería para la recibir los expedientes.

Dr. Milton Morales: Una propuesta podría ser darles 1 mes a las 202 sedes.

Dr. Mario Carrión: Creo que deberíamos de partir desde el cierre del proceso para ir viendo los tiempos.

Dra. Mónica Alfonso: Sabemos que todas las sedes deben de estar nuevamente acreditadas para fines del año del 2023.

Para la próxima reunión vamos a elaborar la propuesta de oficio que se tendría que enviar a las sedes y se les va a enviar este cronograma para que la próxima reunión se pueda aprobar.

Acuerdo N°003-2022-CA: Aprobar convocar la siguiente reunión para el miércoles 12 de enero del 2022 a las 16:00 horas.

Siendo las 18:10 horas se da por finalizada la sesión.

ANEXO 1



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL

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

Teléfono: (01)717-2663

Email: conareme@conareme.org.pe



MISIÓN DEL CONAREME

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

VISIÓN DEL CONAREME

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



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

DR. JOSE LEONARDO PISCOYA ARBAÑIL
Presidentes del CONAREME

DR. FERNANDO CERNA IPARRAGUIRRE
Secretario Técnico del CONAREME



SISTEMA NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

Instituciones formadoras en Residencia Médica

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad Nacional Federico Villarreal.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Universidad de San Martín de Porres.
Universidad Ricardo Palma. Universidad
Nacional de San Agustín. Universidad
Católica Santa María.
Universidad Nacional de Trujillo.
Universidad Nacional de Piura. Universidad
Nacional Pedro Ruiz Gallo. Universidad
Privada Antenor Orrego.
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Universidad
Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Universidad Nacional
del Centro del Perú.
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
Universidad Nacional del Altiplano.
Universidad Nacional de Cajamarca.
Universidad Peruana Los Andes.
Universidad San Pedro de Chimbote.
Universidad Científica del Sur.
Universidad Cesar Vallejo.
Universidad Privada San Juan Bautista.
Universidad Privada de Tacna.
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Ministerio de Salud.
Gobiernos Regionales.
ESSALUD.
Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
Sanidad de las Fuerzas Armadas.
Instituciones privadas.

Instituciones Representativas

Asociación Peruana de Facultades de Medicina.
Colegio Médico del Perú.
Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.
Instituto de Medicina Legal.



COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

DR. MILTON MORALES BENDEZÚ	Rep. MINSA Presidente
DRA. LUZ MUJICA CALDERÓN	Rep. UNSA
DR. MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANÍ	Rep. ANMRP
DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA	Rep. UPCH
DR. JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA	Rep. UNMSM
DR. FILOMENO JAUREGUI FRANCIA	Rep. URP
DR. EDDIE VARGAS ENCALADA	Rep. UNMSM
DR. CHRISTOPHER VÁSQUEZ CHUQUIHUACCHA	Rep. ESSALUD
DR. JUAN PABLO JON RABINES	Rep. GOBIERNOS REGIONALES



MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- I. OBJETIVO GENERAL**
 - II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
 - III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**
 - IV. BASE LEGAL**
 - V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIÓN SOLICITANTE, COMO SEDE DOCENTE**
 - VI. PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
 - VII. DIMENSIONES Y ESTÁNDARES DE LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
 - VIII. MATRIZ DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE**
 - IX. MATRIZ DE VALORACIÓN DE LOS ESTANDARES**
- ANEXO 1. GUÍA DEL EVALUADOR**

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

I. OBJETIVO GENERAL

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

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1. Acreditar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud, al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus Divisiones Médico-Legales, niveles II y III, como Sedes Docentes, adoptando criterios tendientes a facilitar los procesos de mejoramiento de la calidad en la formación de especialistas en medicina humana.
- 2.2. Lograr en la Sede Docente, la formación de especialistas altamente calificados científica, humana y éticamente, para la atención de salud, docencia e investigación de calidad.

- 2.3. Proveer a la sociedad civil, confianza en el sistema de atención de salud, en relación con la calidad de la formación de especialistas en medicina humana.
- 2.4. Propiciar la autoevaluación permanente en las Sedes Docentes.
- 2.5. Verificar, que las Sedes Docentes, cuenten con el factor humano y los recursos de infraestructura, equipamiento, tecnologías e información, para el desarrollo de la formación de especialistas en medicina humana.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

IV. BASE LEGAL

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

V. ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, COMO SEDE DOCENTE

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

5.2. Acreditación de Instituciones solicitantes como Sede Docente:

La **Acreditación** Implica dar fe pública de la calidad de la institución acreditada, acción que realiza y otorga CONAREME a las Instituciones solicitantes, en relación con el cumplimiento de los estándares

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

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

El **proceso de acreditación** implica la autoevaluación (informe de autoevaluación); evaluación en detalle por un equipo de expertos, pares externos (informe de los pares externos); decisión del Comité Directivo y ratificación por el Consejo Nacional de Residencia Médica y otorgamiento del Certificado de ser aprobada. La finalidad de este proceso es favorecer el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, de la formación de especialistas, de la seguridad de los usuarios de los servicios de atención, mediante estándares de excelencia.

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

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

5.3 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

5.3.1 Consejo Nacional de Residencia Médica

Funciones con relación al proceso de acreditación:

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

5.3.2 Sub Comité de Calidad

Funciones con relación al proceso de acreditación:

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

5.3.3 Comisión de Acreditación de Sede Docente

Funciones con relación al proceso de acreditación

- Cita a Sesión Ordinaria y Extraordinaria de la Comisión de Acreditación, en coordinación con el Secretario Técnico del Comité Directivo del CONAREME, estableciendo la agenda de la reunión.
- Recibir las solicitudes de acreditación de las instituciones solicitantes.
- Revisar, la información recibida por las instituciones solicitantes, informando sobre el nivel de conformidad.
- Fundamentar ante el Consejo Nacional de Residencia Médica, los acuerdos adoptados por la Comisión de Acreditación, incluyendo los Dictámenes Finales aprobados.

5.3.4 Principios del Proceso de Acreditación de Sede Docente

- **Transparencia y Confiabilidad**

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

- **Calidad, Relevancia y Pertinencia**

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

5.4 REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE SEDE DOCENTE

- Solicitud de visita previa cuando corresponda, con la finalidad de evaluar si procede iniciar el proceso de acreditación.
- Informe de la visita previa de reconocimiento de la Institución y de corresponder, acta de entrega del Manual de Acreditación con la finalidad que realicen la autoevaluación con base en los estándares establecidos por CONAREME.
- Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME.
- Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder.
- Comprobante de Pago de la tasa establecida por CONAREME.
- Informe de Autoevaluación en el marco del Manual y de los Estándares entregados.
- Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.

5.5 PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

- El Sub Comité de Calidad, a través de su Comisión de Acreditación, elabora y actualiza el manual, los estándares y las herramientas para la acreditación de Sedes Docentes.
- El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), aprueba el Manual, los estándares e instrumentos para la acreditación.
- El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), ratifica la acreditación y emite el Certificado correspondiente, de ser aprobada y ratificada la Acreditación.
- Las **Instituciones solicitantes**, accederán, cuando corresponda, a la visita previa; en ella, se determina si la institución reúne las condiciones generales mínimas para proceder al proceso de acreditación.
- Durante la visita previa, de aceptarse iniciar el proceso de acreditación, CONAREME hace entrega del Manual, las dimensiones y los Estándares, herramientas e instrumentos para realizar la Autoevaluación.
- La **institución solicitante**, formará una comisión o unidad de evaluación, la que se encargará de realizar el proceso de autoevaluación: recolección de datos duros, realización de encuestas, entrevistas y grupos focales, a fin de contar con la información requerida para redactar el informe de autoevaluación.
- Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, cancela el 30% del costo del proceso a CONAREME.
- Las **Instituciones solicitantes**, según corresponda, realiza el proceso de autoevaluación y elabora el Informe de Autoevaluación, el cual, no debe tener más de 90 páginas.
- El informe de autoevaluación debe ser redactado por una sola cara, en letra Arial Narrow N° 11, con espacio interlineal 1.15, incluyendo diagramas y gráficos relacionados al texto y de acuerdo con lo requerido.

- La Institución solicitante entrega el informe con los anexos que lo sustentan a CONAREME en PDF, en un medio magnético y en físico, en papel bond A4 de 80 gramos.
- El Comité Directivo designa un equipo de pares evaluadores, quienes revisarán el informe, pudiendo solicitar ampliaciones, explicaciones o aclaraciones.
 - a. De ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME notifica a la Institución solicitante y al equipo de pares evaluadores.
 - b. La Institución solicitante coordina con CONAREME el programa de la visita a la sede.
 - c. De no ser conforme el Informe de Autoevaluación, CONAREME devuelve la documentación con las observaciones correspondientes, otorgando un plazo de 90 días calendarios con la finalidad de subsanar las deficiencias. De no hacerlo, la Institución solicitante pierde el proceso y NO tendrá ingresantes en el Concurso Nacional de Admisión al Residencia Médico del siguiente año.
- Si es conforme, el Equipo de Pares Evaluadores realiza la visita a la Institución solicitante.
 - a. El Equipo de pares Evaluadores elabora un informe que eleva al Comité Directivo, en el cual, sugiere o no la acreditación, sustentando las razones de su decisión.
 - b. El Comité Directivo aprueba o no la Acreditación y eleva el expediente al Consejo Nacional de Residencia Médico para su ratificación y entrega del Certificado de Acreditación correspondiente.
- El Consejo Nacional de Residencia Médico, entrega a la Institución solicitante un Certificado de Acreditación con duración de 5 años.
- Habrá una relación en la Página Web de CONAREME, de las instituciones Acreditadas y en proceso de evaluación.

5.6 DURACIÓN DE LA ACREDITACIÓN COMO SEDE DOCENTE:

La acreditación como sede docente tiene una duración máxima de hasta cinco (5) años; su renovación implica un nuevo procedimiento de acreditación. Al detectarse que la institución prestadora de servicios de salud en su condición de Sede Docente no cumple con las condiciones de la acreditación, esta acreditación será observada y apercibida la Sede Docente por el Comité Directivo a su cumplimiento en un plazo perentorio, de no cumplirse, se elevará al CONAREME para las acciones correspondientes.

5.7 PERÍODOS DE ACREDITACIÓN. -

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

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

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

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

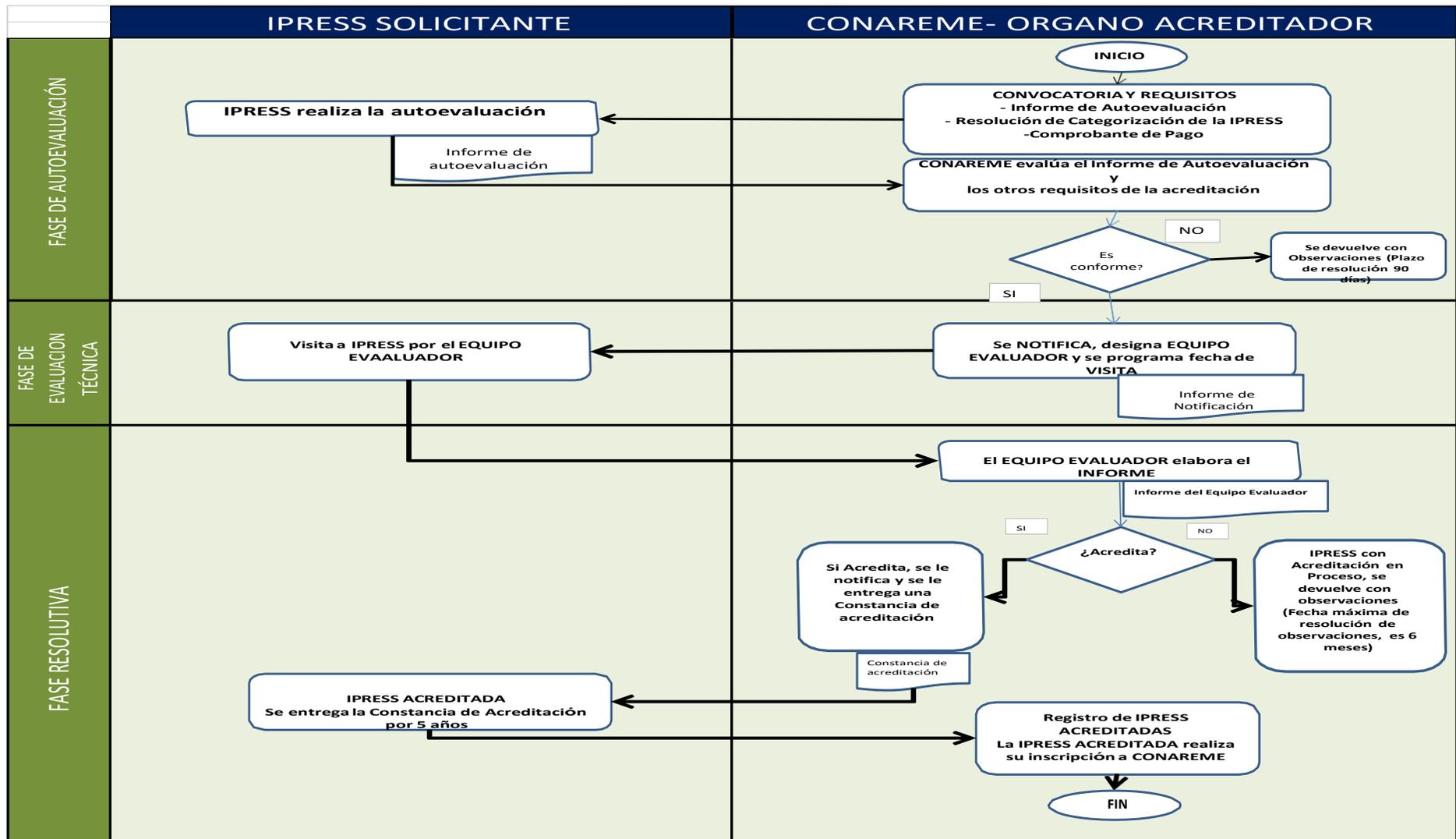
- El Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médico (SINAREME), establece en el Artículo 60.- SUSPENSIÓN O PÉRDIDA DE LA ACREDITACIÓN
Son causales de suspensión o pérdida de la acreditación de sede docente:
 - Operar o realizar actividades de formación de médicos cirujanos sin contar con la autorización



de los campos clínicos del CONAREME.

- Incumplir con los pagos correspondientes al médico residente.
- Incumplir con las medidas de bioseguridad, descanso post guardia, alimentación y pago de guardias de ser el caso.
- No brindar el equipamiento adecuado de acuerdo a los estándares del campo clínico autorizado.

VI. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE





VII. DIMENSIONES Y ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

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

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

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

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

La Institución Solicitante:

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

II. EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

La Institución Solicitante:

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

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

III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

La Institución Solicitante:

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

IV. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La Institución Solicitante:

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

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

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



ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE DATOS GENERALES

N°
CORRELATIVO:

FECHA
(día/mes/año): ___ / ___ / ___

HORA: ___:___ AM / PM

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CODIGO ÚNICO
RENAES

NOMBRE / RAZÓN
SOCIAL

NOMBRE COMERCIAL

INSTITUCION A LA
QUE PERTENECE

UBICACIÓN

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

DISTRITO



DIRECCIÓN

TELEFONO FIJO

ANEXO

TELEFONO DE EMERGENCIA

RPC / RPM

FAX

E-MAIL

PAGINA WEB

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

NOMBRES Y APELLIDOS

D.N.I.

N° COLEGIATURA

N° R.N.E

PROFESION



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

NOMBRES Y APELLIDOS

--

D.N.I.

--

N° COLEGIATURA

--

N° R.N.E

--

PROFESION

--

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

NOMBRES Y APELLIDOS

--

D.N.I.

--

CARGO O FUNCION

--

V. DATOS DEL EQUIPO EVAL JADC R

NOMBRES Y APELLIDOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS

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

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

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

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La institución solicitante incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario									No cuenta con Plan de Gestión de Calidad	Cuenta con Plan de Gestión de la Calidad que incorpora estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación aprobado.	Cuenta con Plan de Gestión de Calidad con estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación implementado y propuestas de mejora.	1. Informe de implementación del Plan de Gestión de la Calidad con estrategias para promover la atención segura y humana (1) 2. Consentimiento Informado (Derecho a acceder a una copia de la historia clínica y de carácter reservado, consentimiento informado por escrito)	
La institución solicitante cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud* (infecciones nosocomiales)									No cuenta con normas para vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	Cuenta y ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud.	Ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud; así como la disponibilidad de los recursos necesarios para que asegure las atenciones de salud con calidad.	1. Informe del Comité de infecciones Intrahospitalarias 2. Informe del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana									No cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana.	Cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana pero aún no se implementa.	Cuenta con Plan de capacitación en el que se incorpora actividades educativas en relación con atención segura y humana e implementado.	1. Norma que aprueba el PDP (plan de desarrollo de las personas) o su equivalente en las instituciones del sector.	
La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno									No cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno.	Cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno, pero aún no se implementa	Cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno implementado y cuenta con propuestas de mejoras continuas de calidad.	1. Informe de avances del monitoreo de satisfacción del usuario.	
La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y quejas de los usuarios									No cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios.	Cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios y no da respuesta a los mismos.	Cuenta con una unidad/Área responsable de recibir reclamos y quejas de los usuarios, y da respuesta e inicia los procedimientos administrativos correspondientes según normatividad emitida por SUSALUD	1. La institución solicitante debe exhibir de manera visible y de fácil acceso, el procedimiento para la atención de reclamos de las personas usuarias. 2. Registro de reclamos y quejas de los usuarios; así como las respuestas. 3. Implementación de la normatividad que emite SUSALUD.	



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

II.- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con un programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente) *									No cuenta con un programa de inducción para el Residentado médico	Cuenta con un programa de inducción de Residentado, pero no se ejecuta	Cuenta con programa de inducción de Residentado y se ejecuta	1. Programa de inducción aprobado por la institución. 2. Informe de cumplimiento del programa de inducción.	
La Institución Solicitante cuenta con un representante de los Médicos Residentes acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMRP) según reglamento de Ley del SINAREME (solo si ya es sede docente)									No cuenta con un médico representante de los residentes de la sede.	Cuenta con un médico representante de los residentes de la sede con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección.	Cuenta con un médico representante de los residentes con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección y participa en el comité de sede docente.	1. Acta de elección del representante de los residentes de la sede docente o carta de presentación de la ANMRP u oficio de designación de la ANMRP. 2. Resolución de conformación de la sede docente que incluya al médico residente representante como miembro 3. Copia del Acta de las 2 últimas reuniones del Comité de sede docente	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta con un plan de capacitación anual									No cuenta con Plan de capacitación anual.	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado y se ejecuta parcialmente.	Cuenta con un Plan de Capacitación aprobado, implementado y evaluado	1. Plan de capacitación anual aprobado, del año en curso 2. Informe de evaluación del plan anual ejecutado el año anterior	
La Institución Solicitante, cuenta con un responsable que articula el trabajo de la universidad con la Institución Solicitante, según corresponda. *									No cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación, encargado de la interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la sede docente	Cuenta con responsable del área de capacitación, docencia e investigación y no logra interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la Institución solicitante.	Cuenta con responsable del área de capacitación, docencia e investigación y logra la interacción/coordinación del trabajo de la universidad con la Institución solicitante.	1. Documento de designación del responsable del área de capacitación, docencia e investigación 2. Gestión documentaria de la interacción /coordinación entre Institución solicitante y universidades.	
La Institución Solicitante, cuenta con convenios con las instituciones formadoras (sedes docentes acreditadas) y planes de trabajo e inicio de gestión (para sedes docentes nuevas)									No cuenta con convenios marco y específicos con las instituciones formadoras	Cuenta con convenios marco y específicos en trámite	Cuenta con convenios marco y específicos con las instituciones formadoras	1. Convenios marco y específicos con las instituciones formadoras, firmados y vigentes.	
La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.									No provee de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	Provee parcialmente de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	Provee de insumos necesarios de bioseguridad al personal de salud	1. Registros de entrega de los servicios o en la unidad funcional de la seguridad y salud en el trabajo.	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).									La Institución Solicitante no realiza educación médica de pregrado	La Institución Solicitante está en trámite de realizar educación médica de pregrado	La Institución Solicitante realiza educación médica de pregrado	1. Verificación de asistencia de alumnos. 2. Registro de convenios y solicitud de campos clínicos. 3.Registro de gestión de tramites	
La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje									La Institución Solicitante no cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos no adecuados para la enseñanza y aprendizaje	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje	1. Observación de ambientes (auditorio/aula/sala de reuniones) y equipos tecnológicos para la docencia (computadoras, proyector, salas de cómputo con acceso a internet, bases de datos virtuales)	
La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas									La Institución Solicitante no cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación ni tiene publicaciones en revistas indexadas	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación, pero no tiene publicaciones en revistas indexadas	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación, y tiene publicaciones en revistas indexadas	1. Documento de registro líneas de investigación 2. Listado de investigadores 3. Listado de trabajos de investigación 4. Lista de publicaciones	
La Institución Solicitante, cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia									La Institución Solicitante no cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia	La Institución Solicitante cuenta con menos del 10% de su personal médico especialista con capacitación en docencia	La Institución Solicitante cuenta con más del 10% de su personal médico especialista con capacitación en docencia.	1. Listado total de personal especialista 2. Verificación de lista de especialistas con capacitación en docencia	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante, cuenta con el Plan de rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas) *									La Institución Solicitante no cuenta con el Plan rotaciones de los médicos residentes	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes y no se cumple	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes actualizada y se cumple	1. Cuenta con el Plan de Rotaciones. 2. Documento de Registro de las rotaciones realizadas por los residentes	
La Institución Solicitante, cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).									La Institución Solicitante no cuenta con programación de actividades académicas*	La Institución Solicitante, cuenta, pero no se cumple regularmente con programación de actividades académicas*	La Institución Solicitante cuenta y se cumple regularmente con programación de actividades académicas*	1. Programación de Actividades Académicas (mensual). 2. Registro de asistencia de las actividades académicas (mensual). Se considerará al azar (2 especialidades)	
La Institución Solicitante cuenta con coordinador por institución formadora para el Residentado Médico (para sedes docentes acreditadas).									La Institución Solicitante no cuenta con coordinadores de residentes de cada institución formadora para el Residentado, con las que tiene convenio,	La Institución Solicitante cuenta con coordinadores de Residentado de solo algunas instituciones formadoras con las que tiene convenio	La Institución Solicitante cuenta con coordinadores de Residentado de todas las instituciones formadoras con las que tiene convenio	1. Documentos de designación de Coordinadores de Residentado Médico de las Instituciones Formadoras	
El comité de sede docente se reúne regularmente y suscribe actas (para sedes docentes acreditadas).									El comité de sede docente no está conformado	El comité de sede docente está conformado y no se reúne regularmente*	El comité de sede docente está conformado, se reúne regularmente	1. Acta de la conformación del Comité de Sede Docente. 2. Actas de reuniones del Comité de sede docente.	

III.- ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría									No ha incorporado las actividades de docencia e investigación, en los Documentos de Gestión según categoría	Ha incorporado las actividades de docencia e investigación, en los Documentos de Gestión, pero no ejecuta según categoría	Ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los Documentos de Gestión según categoría	1. Plan o Documento que evidencia la programación de actividades de investigación y docencia 2. Informe de ejecución de actividades de investigación y docencia	
La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos, de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia. *									No cuenta con RRHH especializados	Cuenta con recursos humanos especializados insuficientes según categoría.	Cuenta con RRHH especializados suficientes y tienen funciones de docencia definidas en los documentos correspondientes	1. Relación de médicos especialistas en la Institución Solicitante (IS nueva) y relación de médicos especialistas que se desempeñan como tutores en la Institución solicitante 2. Documento de gestión donde se establezcan las funciones de docencia por parte del personal asistencial	
La Institución solicitante cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura), según categoría									No cuenta con servicios de consulta externa organizados ni implementados	Cuenta con servicios de consulta externa de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados o implementado	Cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados según categoría	1. Verificación directa de ambientes de consulta externa	
La Institución solicitante cuenta con servicios de Hospitalización organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de hospitalización de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de hospitalización de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados e implementado, según	Cuenta con servicios de hospitalización debidamente organizados e implementados, según categoría.	1. Verificación directa de los servicios de hospitalización	
La Institución Solicitante cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados e implementados, según categoría.									No cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados ni implementados de acuerdo con su nivel de complejidad	Cuenta con servicios de Centro Quirúrgico de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no están debidamente organizados o implementados.	Cuenta con servicios de Centro Quirúrgico debidamente organizados e implementados	1. Verificación de ambientes de Centro Quirúrgico	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de Emergencia de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de Emergencia de acuerdo con su nivel de complejidad, pero no se encuentran debidamente organizados o implementados.	cuenta con servicios de Emergencia debidamente organizados e implementados	1. Verificación de ambientes del servicio de emergencia	
La Institución Solicitante cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría									No cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico organizados e implementados, de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico en proceso de organización o implementación de acuerdo con su nivel de complejidad.	Cuenta con servicios de apoyo al Diagnóstico organizados e implementados de acuerdo con su nivel de complejidad	1. Verificación directa de los ambientes de los servicios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y anatomía patológica	
La Institución solicitante, cuenta con unidades administrativas para la docencia, según categoría									No cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia	Cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia, cumpliendo parcialmente sus funciones	Cuenta con unidad administrativa encargada de la docencia, cumpliendo sus funciones.	1. Reglamento de organización y funciones que establece la unidad orgánica de investigación y docencia o similar 2. Verificación directa de los ambientes de las unidades administrativas	
La Institución Solicitante cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación)									No cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación)	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación) en proceso de implementación	Cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente debidamente implementado (ambientes de descanso, estudio, alimentación)	1. Verificación directa de ambientes destinados para los médicos residentes para descanso, estudio y alimentación	



DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes									No cuenta con un registro ni con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	Cuenta con un registro, pero no con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	Cuenta con un registro y con un sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	1. Verificación del registro de asistencia e informe mensual de asistencia de los residentes por parte de la oficina de recursos humanos	
La Institución solicitante cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna (para sedes acreditadas) *									No cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna	Cumple con las remuneraciones, pero no de manera oportuna	Cumple con las remuneraciones al residente de manera oportuna	1. Verificación en las planillas de pago.	
La Institución solicitante cumple con pago de guardias al residente de manera oportuna									No cumple con el pago de guardias al residente de manera oportuna	Cumple el pago de guardias al residente de manera incompleta	Cumple con el pago de guardias al residente de manera oportuna y completa	1. Verificación de la Programación de guardias y las planillas de pago.	

(*) Estándares críticos

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

IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

DIMENSIONES Y ESTÁNDARES	CATEGORIA DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE					UNIDAD DE GESTIÓN	MEDICINA LEGAL	CÓDIGO	CRITERIOS DE VALORACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN Y ELEMENTOS MÉDIBLES	VALOR
	II-1	II-2	III-1	III-2	IIIE				0: No Cuenta	1: En proceso	2: cuenta		
La Institución solicitante, elabora y ejecuta el plan anual de calidad.									No cuenta con un plan anual de calidad	Cuenta con un plan anual de calidad.	Cuenta con un plan anual de calidad y se ejecuta.	1. Evidencia el plan anual de calidad. 2. Informe de Avance de Ejecución del Plan anual de Calidad	
La Institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes (aplicable a II nivel)									No cuenta con el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	Cuenta, pero no desarrolla el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	Cuenta y desarrolla el programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	1. Programa de actividades intramurales 2. Programa de actividades extramurales de atención de salud	
La Institución Solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes									No cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia	Cuenta con una persona responsable para la gestión del sistema de referencia y contrarreferencia	Cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia con adecuado funcionamiento	1. Documento que designa al responsable a cargo del sistema de referencia y contrarreferencia. 2. Estadística del sistema de referencia y contrarreferencia.	
La Institución Solicitante, cuenta con estadísticas de las prestaciones de salud realizadas*									No cuenta con reporte estadístico de las prestaciones de salud	Cuenta con sistema de registro de prestaciones de salud, pero no se generan reportes estadísticos periódicos	Cuenta con sistema de registro de prestaciones de salud y se generan reportes estadísticos y de indicadores periódicos	1. Verificación del sistema de registro de prestaciones de salud. 2. Estadísticas mensuales de las prestaciones de salud registradas.	



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



ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

N° de Expediente:

Nombre de la Institución Prestadora de Salud IPRES:

Código RENAES:

Ubicación:

Dirección:

Teléfono:

Nombres y Apellidos del Director General:

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

Nombres y Apellidos de los integrantes del Equipo Evaluador:



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



(*) Estándares críticos

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

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

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

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

IX. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

▪ **ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE. -**

Es el proceso de evaluación y reconocimiento que realiza el CONAREME a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses en relación al cumplimiento de los estándares y procedimientos aprobados por el CONAREME, que conduce al reconocimiento de éstas como sedes docentes para la formación del especialista en los Programas de Residentado Médico, con el objetivo de mejorar la calidad de la formación.

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

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

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

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

▪ **CALIDAD EN LA FORMACIÓN. -**

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



- **CAMPOS DE FORMACIÓN**
Espacios de prestación de atención de salud individual, de prestación de salud comunitaria o de actividades complementarias en las sedes docentes.
- **CAMPO CLÍNICO**
Espacio de prestación de atención de salud individual en las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.
- **CAMPO SOCIO SANITARIO**
Espacio de prestación de atención colectiva en el ámbito de responsabilidad de las sedes docentes, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud.
- **CAMPO DE FORMACION EN GESTIÓN**
Espacio de formación en Gestión en Salud, Administración en Salud y Salud Pública en sede docente (intramuros y extramuros), para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante de ciencias de la salud. Aplica para los establecimientos de salud con población asignada y no asignada.
- **COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES. -**
La Comisión de Acreditación de Sedes Docentes, depende del Sub Comité de Calidad del Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME), y está encargada de la Acreditación de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, Instituciones de Gestión y Administración en Salud e Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses como Sedes Docentes para la formación de especialistas en medicina humana. La Comisión contará con un Presidente y un Secretario; asumen la responsabilidad de llevar el registro de las actas de las sesiones en el correspondiente libro de actas, debiendo coordinar la custodia del mismo con el Secretario Técnico.
- **COORDINADOR DE RESIDENTADO. -**
El coordinador es designado por la sección de postgrado de la universidad y que tiene la responsabilidad y es responsable de la implementación del programa académico respectivo por la institución universitaria en la sede docente; en caso de existir un número menor a cinco residentes de la especialidad en la sede docente, éste asume adicionalmente las funciones de tutor.
- **DOCENTE.**
Es el especialista en la sede docente que participa en las actividades de enseñanza aprendizaje establecidas en el Plan Curricular de la Especialidad.
- **RESIDENTADO MÉDICO. -**
El Residentado Médico es una modalidad de formación de posgrado, a través de un programa regular o un programa de adquisición y evaluación progresiva de competencias, por la cual el médico cirujano accede a su formación especializada que conduce a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional, que es inscrito en el Colegio Médico del Perú.
- **INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - INSTITUCIÓN SOLICITANTE.**
La Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS según la Ley 30453 Ley del SINAREME, es aquella que financia vacantes y se constituyen en sedes docentes, cuando el CONAREME, la evalúa y la reconozca en relación con el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo de estudios de segunda especialización en la modalidad de residentado médico.

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

- **PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE INTERNADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.-**
Actividades estructuradas, de carácter temporal, que realiza el interno de ciencias de la salud como parte de la formación de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio en las sedes docentes (intramurales) y/o fuera de la sede docente con la población asignada, de ser el caso (extramurales), con estricta tutoría de la institución formadora, en las que se afianzan conocimientos, refuerzan habilidades y fortalecen actitudes para el logro de las competencias.

- **INVESTIGACIÓN EN SALUD. -**
La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Institución Formadora y de la Sede Docente, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional.
La investigación en salud puede definirse de manera sencilla como el proceso para la recopilación, descripción, análisis e interpretación sistemáticos de los datos que pueden usarse para mejorar la salud de los individuos o grupos de personas.

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

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

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

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

- **PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. -**
Se entiende a todas aquellas profesiones reconocidas por la Ley 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud y sus complementarias.

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

- **TUTOR. -**



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

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

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

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

ANEXO 1

GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

1. Introducción

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

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

2. DEFINICIONES OPERATIVAS

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

3. MARCO NORMATIVO

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

4. FINALIDAD

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

5. OBJETIVOS

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

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

6. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

7. PROCESOS A EVALUAR

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

8. CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE SEDE DOCENTE

8.1 Convocatoria del Proceso

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

8.2 Perfil del Evaluador

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

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

8.3 Proceso de Acreditación de Sede Docente

- Fase de Autoevaluación de la Institución Solicitante.

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

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

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

- Fase de Evaluación Técnica

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

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

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

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

- Fase Resolutiva

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

ANEXO 2



Conareme
Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

N° de Expediente:

Nombre de la Institución Prestadora de Salud IPRES:

Código RENAES:

Ubicación:

Dirección:

Teléfono:

Nombres y Apellidos del Director General:

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

Nombres y Apellidos de los integrantes del Equipo Evaluador:

DIMENSIONES	CÓDIGO	ESTANDAR	VALOR PONDERADO	INGRESAR VALOR (0,1,2)	PUNTAJE OBTENIDO
I- SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	1	La Institución Solicitante, incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario.	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante, cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).	4.55	2	4.55
	3	El personal de salud recibe sensibilización, capacitación periódica sobre atención segura y humana.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un sistema de monitoreo de satisfacción del usuario externo e interno.	2.275	2	2.275
	5	La Institución Solicitante cuenta con procesos definidos en caso de reclamos y quejas de los usuarios.	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante, ha implementado el Consentimiento Informado para la atención de Salud y para la docencia.	4.55	2	4.55
PUNTAJE TOTAL			18.2		PUNTAJE > 80%
II- EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN	1	La Institución Solicitante, cuenta con un Programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente)	4.55	2	4.55
	2	La Institución Solicitante cuenta con un representante de los Médicos Residentes acreditado por la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMRP), según reglamento de la Ley del SINAREME. (solo si ya es sede docente)	2.275	2	2.275
	3	La Institución Solicitante cuenta con un plan de capacitación anual.	2.275	2	2.275
	4	La Institución Solicitante cuenta con un responsable del área de capacitación, docencia e investigación, que articula el trabajo de la universidad con la Institución solicitante, según corresponda.	4.55	2	4.55
	5	La Institución Solicitante cuenta con convenios con las instituciones formadoras (sedes docentes acreditadas) y planes de trabajo e inicio de gestión (para sedes docentes nuevas)	2.275	2	2.275
	6	La Institución Solicitante provee de insumos necesarios de bioseguridad a los médicos residentes.	2.275	2	2.275
	7	La Institución Solicitante realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención (no evaluable).	2.275	2	2.275
	8	La Institución Solicitante cuenta con ambientes y equipos tecnológicos adecuados para la enseñanza y aprendizaje.	2.275	2	2.275
	9	La Institución Solicitante cuenta con líneas de investigación y trabajos de investigación y tiene publicaciones en revistas indexadas.	2.275	2	2.275
	10	La Institución Solicitante cuenta con personal médico especialista con capacitación en docencia.	2.275	2	2.275
	11	La Institución Solicitante cuenta con el Plan de las rotaciones de los médicos residentes en coordinación con la Universidad (para sedes docentes acreditadas).	4.55	2	4.55
	12	La Institución Solicitante cuenta y cumple regularmente con la programación de actividades académicas en coordinación con la universidad (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
	13	La Institución Solicitante, cuenta con coordinador por institución formadora para el Residencia Médico (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
	14	El comité de sede docente se reúne regularmente y suscribe actas (para sedes docentes acreditadas).	2.275	2	2.275
PUNTAJE TOTAL			38.675		PUNTAJE > 80%
	1	La Institución Solicitante ejecuta actividades de docencia e investigación, las cuales están incorporadas en los documentos de gestión según categoría	2.275	2	2.275
	2	La Institución Solicitante cuenta con profesionales de salud especializados mínimos de acuerdo con su categoría y cumple funciones de docencia	4.55	2	4.55

DIMENSIONES	CÓDIGO	ESTANDAR	VALOR PONDERADO	INGRESAR VALOR (0,1,2)	PUNTAJE OBTENIDO	
III. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	3	La Institución Solicitante cuenta con servicios de consulta externa debidamente organizados e implementados (equipamiento, tecnología e infraestructura) según categoría.	2.275	2	2.275	
	4	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Hospitalización organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275	
	5	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Centro Quirúrgico, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275	
	6	La Institución Solicitante cuenta con servicios de Emergencia, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275	
	7	La Institución Solicitante cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico, organizados e implementados, según categoría.	2.275	2	2.275	
	8	La Institución Solicitante cuenta con unidades administrativas para la docencia, según categoría.	2.275	2	2.275	
	9	La Institución Solicitante cuenta con infraestructura mínima para la formación del Médico Residente (ambientes de descanso, estudio, alimentación)	2.275	2	2.275	
	10	La Institución Solicitante cuenta con sistema de verificación de registro de asistencia adecuado para los médicos residentes	2.275	2	2.275	
	11	La Institución Solicitante cumple con las remuneraciones al médico residente de manera oportuna (para sedes acreditadas)	4.55	2	4.55	
	12	La Institución Solicitante cumple con pago de guardias al residente de manera oportuna.	2.275	2	2.275	
	PUNTAJE TOTAL			31.85		PUNTAJE > 80%
	IV.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD	1	La Institución Solicitante, elabora y ejecuta el plan anual de calidad.	2.275	2	2.275
2		La Institución solicitante, desarrolla un programa de actividades intramurales y/o extramurales de atención de salud con participación de médicos residentes	2.275	2	2.275	
3		La Institución Solicitante cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.	2.275	2	2.275	
4		La Institución Solicitante, cuenta con estadísticas de las prestaciones realizadas.	4.55	2	4.55	
PUNTAJE TOTAL			11.375		PUNTAJE > 80%	
TOTAL			100		100	
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN			ACREDITA 5 AÑOS			

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

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

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