

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

(CONAREME)

SESION ORDINARIA DE LA COMISIÓN DE ACREDITACIÓN

ACTA N°11

MIÉRCOLES 27 DE ABRIL DE 2022

| | | |
|------------------|---|-----------------------------|
| Hora de Inicio | : | 16:00 horas |
| Hora de Término | : | 18:01 horas |
| Videoconferencia | : | Plataforma ZOOM de CONAREME |

MIEMBROS ASISTENTES:

| | | |
|--|---------|--------------|
| 1. DR. MILTON MORALES BENDEZÚ | PRESIDE | Rep. MINSA |
| 2. DRA. PAOLA ALBINAGORTA ARIZA | MIEMBRO | Rep. UPCH |
| 3. 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. CHRISTOPHER VÁSQUEZ CHUQUIHUACCHA | MIEMBRO | Rep. ESSALUD |
| 7. DR. MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANI | MIEMBRO | Rep. ANMRP |

MIEMBROS QUE EXCUSAN INASISTENCIA:

| | | |
|-------------------------------|---------|---------------------------|
| 8. DR. JUAN PABLO JON RABINES | MIEMBRO | Rep. GOBIERNOS REGIONALES |
|-------------------------------|---------|---------------------------|

AGENDA. –

1. COORDINACIÓN PARA LA REUNIÓN INFORMATIVA DEL VIERNES 29 DE ABRIL SOBRE LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

I. DESPACHO. –

No hay despacho

II. INFORMES. –

No hay informes

III. ORDEN DEL DIA. –

1. COORDINACIÓN PARA LA REUNIÓN INFORMATIVA DEL VIERNES 29 DE ABRIL SOBRE LA ACREDITACIÓN DE SEDES DOCENTES

Dra. Mónica Alfonso: La reunión de hoy es para poder realizar las coordinaciones para la reunión informativa del viernes 29 de abril.

(Se proyecta presentación)

Dra. Mónica Alfonso: La información de la presentación se ha sacado del manual.

Dr. Mario Carrión: Cual sería el procedimiento si un establecimiento de salud ya no quiere seguir siendo sede docente.

Dr. Christopher Vásquez: Este es un proceso obligatorio y si hay algún establecimiento de salud que desea no continuar siendo sede docente no se presenta.

Dr. Filomeno Jauregui: Debe de ser un proceso obligatorio porque cualquier institución prestadora puede retirarse, deberíamos llamar al asesor legal, para saber que se va a hacer con las instituciones que no desean ser sedes docentes.

Dra. Mónica Alfonso: Estuve hablando con el doctor Castro, e indica que la palabra correcta es "voluntario", si bien la sede no solicita que se le acredite, como consecuencia no va a tener campo clínico y no va a poder desarrollar el residentado médico, pero que pasaría si una sede no solicita ser acreditada, CONAREME no la va a obligar.

Dr. Mario Carrión: Como comisión podríamos alertar al Comité Directivo o a través de la secretaria técnica de que procedimientos se podrían seguir ante una negativa de la sede docente, obviamente con la consecuente restricción de los campos clínicos que se puedan ofertar para la formación del especialista.

Dr. Christopher Vásquez: En el seguro social no hay pregrado por una disposición de la sede central a nivel de EsSalud, entonces no aplicaría para los establecimientos de EsSalud o para ninguna sede

Dra. Mónica Alfonso: En el tema de pregrado se está considerando internos porque se entiende que no hay estudiantes de medicina.

Dr. Christopher Vásquez: En el seguro social, desde la emergencia sanitaria tampoco hay internos.

Dr. Filomeno Jauregui: Si definitivamente no hay internos de medicina en EsSalud.

Dra. Mónica Alfonso: En todo caso, se debería de haber un acuerdo porque en todo el MINSA si hay internos, pero en ese caso EsSalud no va a poder presentar no se les puede quitar ese puntaje. Entonces, pasamos a votación

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

A Favor: 06 (UPCH, URP, UNSA, UNMSM, ESSALUD, ANMRP)

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°037-2022-CA: Teniendo en cuenta que no hay internos ni estudiantes de medicina en las IPRESS del Ministerio de Salud (MINSA) ni EsSalud no será aplicable el ítem sobre "*La Institución*

Solicitante, realiza educación médica de pregrado de acuerdo al nivel de atención”, mientras dure la emergencia sanitaria.

Dr. Filomeno Jauregui: Doctora me parece que está bien que usted exponga, pero también seguir con la secuencia de las preguntas que hacen las instituciones prestadoras.

Dr. Milton Morales: Podría tenerse un chat abierto para aquellas dudas que puedan generarse más allá de la reunión informativa del viernes, la otra alternativa es tener una web con las preguntas más frecuentes.

Dra. Mónica Alfonso: Contamos con un canal abierto para poder responder las preguntas referentes al proceso de acreditación.

Dra. Luz Mujica: Una pregunta que quería hacer, es que hay muchas sedes aquí en Arequipa que ya han acreditado hace mucho tiempo, que se supone que era por 05 años, tendrían que volver a presentar todo para acreditar nuevamente.

Dra. Mónica Alfonso: Este proceso es la primera vez que existe, nunca ha habido un proceso regular de acreditación, eso significa que todas las que son sedes docentes se termina el 31 de diciembre del 2023, el 100% de las que son sede docente tienen que pasar por el proceso de acreditación, establecimiento de salud que no pasa por el proceso regular, en el año 2024 no será sede docente.

Dra. Luz Mujica: Le aseguro y garantizo que no hay 30 sedes pidiendo la acreditación.

Dra. Mónica Alfonso: Hay alrededor de 70 sedes que me han preguntado eso, y solo han presentado 17 sedes.

Dra. Luz Mujica: Por eso creo que muchos de los establecimientos de salud creen que están acreditadas y que no necesitan pasar por este proceso.

Dr. Filomeno Jauregui: Como ya se ha dicho, por primera vez se está llevando este proceso.

Dr. Milton Morales: Debe de quedar claro que esto es un proceso nuevo, y que los que no solicitan la acreditación ya no serán sedes docentes, por otro lado, sería bueno hacer una cuña publicitaria, ya que recién se está iniciando este proceso.

Dra. Luz Mujica: Debería de decir que ninguna sede tienen acreditación permanente, que termina el 2023.

Dra. Mónica Alfonso: Entonces eso podría quedar como acuerdo, solicitar a la secretaria técnica la difusión del proceso de acreditación en la página web de CONAREME.

Dra. Paola Albinagorta: También sería lo ideal para mayor difusión y de que llegue a todos los establecimientos, la difusión de un flyer a nivel Nacional y que sea bien claro, que ninguna sede está acreditada permanentemente y que todas deben de pasar por el proceso de acreditación.

Dra. Mónica Alfonso: Podría prepararse un acuerdo para remitir oficio especificando el tiempo límite de vigencia de la acreditación tanto a las instituciones solicitantes como a las Diresas. Pasamos a votación.

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

A Favor: 05 (UPCH, URP, UNSA, ESSALUD, ANMRP)

En contra: 00

Abstención: 00

Se deja constancia que no emitió su voto el representante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

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

Acuerdo N°038-2022-CA: Aprobar remitir un oficio a las DIRESAS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por medio de la secretaria técnica, explicando el tiempo de duración actual de la acreditación de sedes docentes.

Acuerdo N°039-2022-CA: Solicitar por medio de la secretaria técnica la elaboración de un flyer sobre el proceso de acreditación y difundirlo por la web de CONAREME y redes sociales.

2. APROBACION DEL ACTA N°09 Y 10

(Se procede a dar lectura de las actas)

Dra. Mónica Alfonso: Algún comentario u observación

Al no haber ningún comentario, pasamos a votación.

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

A Favor: 05 (UPCH, URP, UNSA, ESSALUD, ANMRP)

En contra: 00

Abstención: 00

Se deja constancia que no emitió su voto el representante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

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

Acuerdo N°040-2022-CA: Aprobar el acta N°09 del 02 de marzo y N°10 del 20 de abril del 2022.

Dra. Mónica Alfonso: Entonces doctores, la reunión de inducción es el viernes a las 03:00 pm.
Buenas Noches con todos.

Acuerdo N°041-2022-CA: Aprobar una sesión ordinaria para el miércoles 04 de mayo del 2022 a las 16:00 horas.

Siendo las 18:01 horas se da por finalizada la sesión.

ANEXO 1



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

PROCESO DE ACREDITACION DE SEDE DOCENTE

COMISION DE ACREDITACION

2022



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

ACREDITACION DE SEDE DOCENTE

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



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

OBJETIVO GENERAL

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



ÁMBITO DE APLICACIÓN

*Ministerio de
Salud*

EsSalud

*Sanidades de
las Fuerzas
Armadas*

*Policía
Nacional del
Perú*

*Gobiernos
Regionales*

*Sector
Privado*

*Instituto de
Medicina
Legal*



ACREDITACION DE INSTITUCIONES SOLICITANTES

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



**SEDE
DOCENTE**



REQUISITOS

- 1) Solicitud de visita previa cuando corresponda.
- 2) Informe de la visita previa de reconocimiento de la Institución (Durante la vigencia de la declaratoria de emergencia sanitaria por COVID 19, se evaluará una **visita presencial o virtual**).
- 3) Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME.
- 4) Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder.
- 5) Comprobante de Pago de la tasa establecida por CONAREME.
- 6) Informe de Autoevaluación en el marco del Manual y de los Estándares entregados.
- 7) **Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.**



PROCESO DE ACREDITACION

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

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



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

- 1) El Sub Comité de Calidad, a través de su Comisión de Acreditación, elabora y actualiza las herramientas .
- 2) El CONAREME, aprueba el Manual, los estándares e instrumentos para la acreditación.
- 3) El CONAREME, ratifica la acreditación y emite el Certificado correspondiente, de ser aprobada y ratificada la Acreditación.
- 4) Las Instituciones solicitantes, accederán, cuando corresponda, a la visita previa.
- 5) Durante la visita previa, de aceptarse iniciar el proceso de acreditación, CONAREME hace entrega del Manual, las dimensiones y los Estándares, herramientas e instrumentos para realizar la Autoevaluación.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

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



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

12) 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 Médica para su ratificación y entrega del Certificado de Acreditación correspondiente.

13) El CONAREME entrega a la Institución solicitante un Certificado de Acreditación con duración de 5 años.

14) Habrá una relación en la Página Web de CONAREME, de las instituciones Acreditadas y en proceso de evaluación.



DURACION DE LA ACREDITACION

La acreditación como sede docente tiene una ***duración máxima de hasta cinco (5) años***; su renovación implica un nuevo procedimiento de acreditación.

Si la institución prestadora de servicios de salud **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.



PERIODOS DE ACREDITACION

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

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

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

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

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 | | |
| Seguridad del paciente y humanización de la atención | | | | | | | | | | | | | |
| La institución solicitante incorpora en su plan de gestión de la calidad, estrategias para promover la atención segura y humana al usuario | | | | | | | | | No cuenta con Plan de Gestión de Calidad | Cuenta con Plan de Gestión de la Calidad que incorpora estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación aprobado. | Cuenta con Plan de Gestión de Calidad con estrategias de organización, educación, reconocimiento, evaluación, monitoreo e investigación implementado y propuestas de mejora. | 1. Informe de implementación del Plan de Gestión de la Calidad con estrategias para promover la atención segura y humana (1) 2. Consentimiento Informado (Derecho a acceder a una copia de la historia clínica y de carácter reservado, consentimiento informado por escrito) | |
| La institución solicitante cuenta con normas para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud* (infecciones nosocomiales) | | | | | | | | | No cuenta con normas para vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. | Cuenta y ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud. | Ha implementado la normatividad vigente y conformado el Comité de prevención y control asociadas a la atención de salud; así como la disponibilidad de los recursos necesarios para que asegure las atenciones de salud con calidad. | 1. Informe del Comité de infecciones Intrahospitalarias 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. | |

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 | | |
| <p>La Institución Solicitante cuenta con un programa de Inducción para el Médico Residente. (Solo si ya es sede docente) *</p> | | | | | | | | | <p>No cuenta con un programa de inducción para el Residentado médico</p> | <p>Cuenta con un programa de inducción de Residentado, pero no se ejecuta</p> | <p>Cuenta con programa de inducción de Residentado y se ejecuta</p> | <p>1. Programa de inducción aprobado por la institución.</p> <p>2. Informe de cumplimiento del programa de inducción.</p> | |
| <p>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)</p> | | | | | | | | | <p>No cuenta con un médico residente representante de los residentes de la sede.</p> | <p>Cuenta con un médico residente representante de los residentes de la sede con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección.</p> | <p>Cuenta con un médico residente representante de los residentes con carta de presentación de la ANMRP o acta de elección y participa en el comité de sede docente.</p> | <p>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.</p> <p>2. Resolución de conformación de la sede docente que incluya al médico residente representante como miembro</p> <p>3. Copia del Acta de las 2 últimas reuniones del Comité de sede docente</p> | |

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

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



ACREDITACIÓN DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD COMO SEDE DOCENTE

N° de Expediente:

Nombre de la Institución Prestadora de Salud IPRES:

Código RENAES:

Ubicación:

Dirección:

Teléfono:

Nombre y Apellidos del Director General:

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

Nombre y Apellidos de los integrantes del Equipo Evaluador:

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

SIRVASE PAGAR MEDIANTE ABONO Y/O TRANSFERENCIA

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

RUC N°20601699177

ENTIDAD BANCARIA: BANCO SCOTIABANK

CUENTA DE AHORRO SOLES:

CTA N°127-0324674

CCI: 009-040-201270324674-77

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRONOGRAMA DEL PROCESO REGULAR DE ACREDITACION DE SEDES DOCENTES

| DESCRIPCIÓN | | FECHA/DIA/MES |
|-------------------------------|--|---|
| 1 | El Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME) aprueba los documentos, cronograma e instrumentos para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como Sede Docente. | Viernes 18 de Marzo 2022 |
| DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO | | FECHA/DIA/MES |
| 2 | Publicación del Cronograma. | Martes 22 de Marzo 2022 |
| 3 | Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud presentan ante el Comité Directivo del CONAREME la solicitud de Acreditación, Informe de autoevaluación y sus anexos y Declaración Jurada. Éste es remitido a la Comisión de Acreditación de Sede Docente. | Miércoles 23 de Marzo al Martes 31 de Mayo del 2022 |
| 4 | Verificación de la Información remitida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Información faltante). | Jueves 24 de Marzo al Viernes 03 de Junio del 2022 |
| 5 | Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben de enviar la información faltante. | Lunes 05 de Junio al 05 de Agosto de 2022 |

| | | |
|----|--|---|
| 6 | La Comisión de Acreditación de Sede Docente emite Informe Final de Acreditación de Sede Docente y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME. | Hasta el miércoles 15 de Marzo del 2023 |
| 7 | El Comité Directivo del CONAREME, en Sesión Extraordinaria revisa el Informe Final de Acreditación de Sede Docente (publicación del acta). Se aprueba la acreditación de sede docente, de no aprobarse la institución prestadora de servicios de salud presentará el recurso de reconsideración correspondiente. | Hasta el Viernes 17 de Marzo de 2023 |
| 8 | Plazo para interponer Recurso de Reconsideración. | 15 días hábiles |
| 9 | La Secretaría Técnica remite a la Comisión de Acreditación el recurso de reconsideración, para su revisión y emita Informe. | Hasta Martes 02 de Mayo de 2023 |
| 10 | La Comisión de Acreditación de Sede Docente emite Informe Final de los recursos de Acreditación de Sede Docente presentados y eleva al Comité Directivo a través de la Secretaría Técnica del CONAREME. | 30 días calendarios |
| 11 | El Comité Directivo del CONAREME, en Sesión Extraordinaria resuelve Recurso de Reconsideración y agota la vía administrativa. | Hasta el Viernes 16 de Junio de 2023 |