

Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Girardi, señora Goic y Von Baer, y señores Chahuán y Quinteros, que define a los establecimientos de salud como asistenciales-docentes y señala las características de la relación entre la red de salud y las instituciones de educación superior.

ANTECEDENTES

En agosto de 2017, la comisión de Salud de la Cámara de Diputados y Diputadas, dentro de su tabla de contenidos, dio a conocer los antecedentes y alcances de una resolución del Ministerio de Salud que reevalúa y rediseña un nuevo régimen de uso de los campos clínicos, para lo cual fueron citados la, en ese entonces, Ministra de Salud, señora Carmen Castillo; la Subsecretaria de Redes Asistenciales, doña Ana Gisela Alarcón; el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, don Manuel Kukuljan, y el Director de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, don Klaus Puschel.

Don Manuel Kukuljan, en su exposición, menciona que la norma de uso de campos clínicos, utilizada por el Ministerio de Salud, ha producido distintas reacciones dentro de la comunidad universitaria, en cuanto a críticas al fondo y forma de esta norma, recalcando que hoy en día, e incluso internacionalmente, los mejores hospitales son los docentes. Por otra parte, indica que Chile desarrolló, hace algunas décadas, formación de especialistas a la par de los mejores centros del mundo en hospitales docentes. Así, para definir un hospital docente, se comprenderá a aquellos donde existe integración y articulación en múltiples ejes, donde los profesionales asistenciales al mismo tiempo participan en docencia, y los estudiantes participan del cuidado de los pacientes de acuerdo con su nivel de competencia y bajo supervisión adecuada, lo que va desde los estudiantes de pregrado a los especialistas en formación. Además, existe integración de las actividades en distintos niveles de entrenamiento, por ejemplo, en los Hospitales Johns Hopkins hay una estructura piramidal, que va desde el muy experto hasta el estudiante de pregrado. Además, existe una integración entre la actividad y la educación de distintas profesiones de la salud en un mismo sistema. Se menciona además que el cuidado de los pacientes se beneficia del tratamiento multidisciplinario de los equipos que actúan en red. Por otra parte, señala también que las demandas que impone un contexto educacional mantienen un nivel

superior de desempeño de los profesionales en todos los niveles. Asimismo, se afirma que en un hospital docente, la investigación aplicada mejora la calidad de los procesos de cuidado. Por tanto, hay múltiples evidencias que los hospitales docentes son mejores hospitales.

El Decano ya mencionado explica también que una de las razones para desarrollar más y mejores hospitales docentes es la necesidad de formar más especialistas, lo cual se ha mantenido marginalmente en las últimas décadas, siendo los mismos hospitales formadores y ninguno de los nuevos hospitales , ni públicos ni privados, se han convertido en centros relevantes de formación. La dificultad para ello se debe a la organización y comprensión de la naturaleza de la formación avanzada en salud.

Recalca a su vez que la crítica a la norma es que está completamente desalineada a las características de un buen hospital académico, pues acepta la fragmentación en contraposición a la articulación e integración, consagrando un modelo en que un profesional contratado a honorarios pasa a hacer docencia con un paciente que no es su paciente, y en un hospital donde habitualmente no trabaja. La actual propuesta ejemplifica que en vez de mantener un sistema integrado, la unidad mínima de adjudicación de campos clínicos sea la cama o la cuna, de tal manera que: en la cama 1 podría estar la Universidad A; en la cama 2, la Universidad B y en la cama 3, la Universidad C, lo que a todas luces es una aberración. Por otra parte, se acepta la disociación entre la formación de postgrado y la de pregrado, rompiendo una estructura virtuosa y permitiendo que postgrados de la Universidad A y pregrado de la Universidad C, o de distintas Universidades, estén con diferentes carreras. Por ello, bajo las actuales condiciones, es impensable un sistema de calidad.

Kukuljan es enfático en afirmar que esto es una pérdida de oportunidad para hacer mejor nuestro sistema, evidenciando una nula voluntad de adoptar un mejor modelo. Subraya, no obstante, que es posible una visión diferente con un par de consideraciones, tomando en cuenta que un buen hospital deba integrar a la asistencia y a la docencia, ya que eso implica medidas administrativas menores. Por otro lado, indica que la adjudicación debería privilegiar el uso completo de un determinado hospital, con una determinada Universidad, en un largo plazo y que, sabiendo que en nuestro país existen distintas Universidades, con distintos niveles de desarrollo, se debería permitir una implementación gradual pero con un umbral ambicioso.

Por su parte, el Decano de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctor Ibáñez, menciona que hay Universidades de distinta calidad y trayectoria, lo cual ha generado una pugna entre los campos clínicos que ha desvirtuado la naturaleza de una facultad de medicina con un campo clínico. Por ello, se requiere un compromiso de largo plazo, un compromiso de desarrollo conjunto, donde la Universidad aporte al campo clínico formación, capacitación, desarrollo de nuevas oportunidades terapéuticas e investigación, de manera que efectivamente la Universidad y el servicio de salud trabajen integralmente.

El profesional coincidió en el hecho que una Universidad ocupe ampliamente un campo clínico en distintas áreas, hace que sea un escenario más virtuoso para las distintas carreras de la salud. Asimismo, también coincide en la gravedad de que la norma actual sólo considere al pregrado, ya que los profesionales de la salud requieren de una formación continua, una mirada integral entre el pregrado y postgrado como elemento fundamental.

En el mismo sentido, el Director de la Escuela de Medicina de la PUC, don Klaus Puschel, refuerza que la nueva norma propuesta debe focalizarse en la contribución al desarrollo versus la retribución monetaria a profesionales en forma aislada. Asimismo, cree que se debe recoger la integralidad entre pregrado y postgrado, además de la territorialidad de los Servicios y la calidad institucional como de carreras y programas.

Finalmente, menciona que los aspectos que se deben reformular son la cohabitación de los estudiantes de pre y postgrado provenientes de diferentes instituciones, inmersos en un mismo espacio asistencial, ya que ello termina afectando el cuidado y seguridad de los pacientes, además de dificultar la gestión y calidad formativa. Propone por tanto, que la norma debiera permitir la coparticipación de centros formadores en la misma área geográfica pero no en el mismo centro asistencial. Adicionalmente, sugiere que la norma debiera explicitar los aportes desde los centros formadores a campos clínicos sean valorizables, pero sin pago directo en dinero y sin pago directo a profesionales de salud. Por último, y relacionado a la formación de post grado, afirma que la norma debiera ponderar fuertemente el aporte del centro formador en programas de especialidad en el campo clínico, regulándose con estándares similares a los de pregrado.

En lo que concierne a la opinión de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, ésta entrega antecedentes y alcances de una nueva normativa del

Ministerio de Salud, que rediseña un nuevo régimen de uso de los campos clínicos para las carreras impartidas por las instituciones de educación superior.

Algunas de las precisiones que dan cuenta de cómo se comienza a trabajar en esta norma señalan que *“lo primero es señalar que cuando llegamos a este gobierno nos encontramos con que el 83% de los convenios que en ese minuto estaban funcionando entre las diferentes universidades con los hospitales públicos, no cumplían los acuerdos que se habían fijado previamente”*.

La Subsecretaria agregó que esta norma en particular, que comienza a trabajarse en 2015, le otorga un sentido distinto a la asignación de campos clínicos, *“ya que la única forma de lograr avanzar en un país en términos de salud significa tener dentro de un hospital o centro de salud un desarrollo por la docencia, por la investigación y por la invocación, por lo tanto, cuando hablamos de actividad asistencial y de actividad académica, estamos hablando de actividad sinérgica”*.

Además, en esa ocasión, la Subsecretaria afirma que la nueva norma considerará a la gratuidad como un valor público. Sin embargo, una vez más se decide implementar una solución administrativa aun problema que es mucho más de fondo, por tanto **no hay estrategia para la formación en salud**.

NORMATIVA VIGENTE

Actualmente los campos clínicos se encuentran regulados bajo la norma técnica administrativa N°19, que Regula la Relación Asistencial Docente y establece un proceso de asignación del campo clínico docente de formación profesional y técnica de pregrado, con fecha 05 de septiembre de 2017, que no ha sido modificada hasta la fecha, y que sólo le precede un Decreto dictado en el año 2012.

Este decreto está dividido en un Título I, que contiene disposiciones generales que, a su vez, están divididas en:

1. Ámbito de aplicación y conceptos
2. Principios de la Relación Asistencial Docente

Por su parte, el Título II se refiere a los Intervinientes en la Relación Asistencial Docente y sus funciones, entre ellas las que corresponden al Ministerio de Salud, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, al Director/a del Servicio de Salud, al

encargado de la relación asistencial docente del Servicio de Salud, al Director/a del establecimiento autogestionado en red, al encargado de la relación asistencial docente de un establecimiento autogestionado en red, al centro formador, al Director/a del establecimiento que opera como campo clínico docente, y a los funcionarios del establecimiento o del Servicio de Salud que se desempeñen como encargados de la actividad asistencial docente o en el rol de contraparte técnica de los convenios.

El Título III ahonda sobre el procedimiento para la asignación del campo clínico docente, que contiene los pasos para la elaboración de las Bases Administrativas y Técnicas del Proceso de Asignación, las etapas y plazos del procedimiento de asignación de campo clínico docente así como la comisión de evaluación.

El Título IV, por su parte, explica sobre responsabilidad y vuelve a mencionar como pilar fundamental la seguridad y calidad de la atención del paciente, la política de buen trato institucional, el principio de buena fe y la colaboración entre las partes. Además, aboga para que el cumplimiento del convenio se pueda regir por las normas del Código Civil, sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan generarse.

En cuanto a la responsabilidad del personal académico y estudiantes del centro formador, ésta se regirá por sus propios estatutos y normas legales atinentes. En el caso de que causen daños a particulares, imputables a falta de servicio, se remitirá a la ley sobre el Régimen de Garantías en Salud. Por último, en lo que respecta a la responsabilidad administrativa de un funcionario público, se remite a las normas del Estatuto Administrativo.

El Título V, sobre orientaciones técnicas, aborda las directrices que llevarán a cabo la metodología de cálculo de la capacidad formadora de todos los establecimientos de la red de un Servicio de Salud, como son los gastos operacionales, el formato de bases de asignación del campo clínico, los convenios tipo y todas aquellas materias relacionadas con la gestión, administración y desarrollo de la relación asistencial docente.

El Título VI se refiere a la vigencia de la norma y el Título VII ,a las disposiciones transitorias.

Por último, la norma incorpora anexos sobre la evaluación del criterio, puntaje y ponderación para la asignación de los campos clínicos.

Es ésta norma es la que su oportunidad criticaron los Decanos de las Facultades Medicina de las dos Universidades más grandes del país, haciendo mención a su falta de integración, integralidad y voluntad de gestionar una reforma real en el ámbito de la formación en salud.

Si bien se considera que ésta avanza en la consideración de calidad de las instituciones de educación, a partir de su acreditación y la eliminación de pagos que determinan el acceso a un campo clínico, no comprende a cabalidad la formación profesional en salud, perdiendo la oportunidad de aplicar la experiencia internacional exitosa que han tenido en educación otros hospitales docentes a lo largo del mundo.

En este aspecto, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Manuel Kukuljan, en la Revista Médica de Chile, volumen 145, año 2017, refiere que: *“(...) el ordenamiento propuesto debe considerar los sistemas de salud y particularmente los hospitales como entidades integrales y complejas, y no divisibles en servicios asignados a instituciones diversas, a menos que existan programas formales y explícitos de colaboración entre universidades que abarquen en su conjunto todos los niveles y ámbitos de la educación profesional en salud.*

La participación de los profesionales asistenciales en la docencia en todos los niveles posibles constituye un elemento central para la calidad de un hospital, por múltiples factores.

(...) Chile consiguió excelencia en educación en salud cuando era un país de mucho menor desarrollo, gracias a la visión de las universidades y gobiernos de sus épocas; no hay razón para que eludamos la responsabilidad de proyectarlo al futuro, sobre la base de la evidencia, el resguardo del interés público y la mirada de largo plazo que el bienestar de nuestra población requiere.”¹

La ausencia de una visión estrategia para enfrentar la salud en Chile también pasa en cómo el Estado se hace cargo de asegurar que la oferta de prestaciones de salud esté acorde a las necesidades de formación de profesionales calificados, que considere la atención de calidad, educación, investigación, desarrollo e innovación dentro de su proceso formativo, considerando las prioridades del país y el modelo que queremos para el siglo XXI.

¹ Kukuljan, Manuel. (2017). La oportunidad de desarrollar hospitales de alta calidad asistencial y docente para Chile. *Revista médica de Chile*, 145(1), 72-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100010>

NORMATIVA INTERNACIONAL COMPARADA

ESPAÑA

La Constitución española establece, en su artículo 27, como competencia del Estado la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales, por ello es que el sistema de prácticas clínicas se encuentra normado a nivel nacional.

Ahora bien, el marco normativo se regula fundamentalmente en el Real Decreto 1558/1986, que establece las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Estos convenios disponen que las Universidades deben hacer un estudio de las necesidades docentes e investigadoras, que debieran ser atendidas por las Instituciones que realizarán el convenio. Este estudio debe ser entregado a los órganos responsables de la enseñanza universitaria y de sanidad de la Comunidad Autónoma correspondiente, quienes, con acuerdo de la universidad y del Sistema Nacional de Salud de la comunidad, fijarán la Institución sanitaria con la que deben realizar el convenio.² A raíz de ello, se constituye una comisión que debe elaborar el proyecto de convenio una vez acordado entre el Sistema Nacional de Salud o Entidad de la que dependa la Institución Sanitaria y la Universidad correspondiente, para su aprobación y publicación.

En este caso, sólo participan del convenio las instituciones sanitarias que reúnan los requisitos que se establezcan por los Ministerios competentes para desarrollar la docencia. En el caso de que se realicen convenios con instituciones privadas, éstas deben estar previamente acreditadas.

Para utilizar la denominación de hospital universitario, el convenio debe referirse al hospital en su conjunto o que abarque la mayoría de sus servicios o unidades asistenciales, esté vinculado con una universidad y posea una misma titulación. Para la realización de prácticas específicas, puede haber estudiantes de otras universidades, previa consulta por escrito a la universidad vinculada. En el caso de que sólo se trate de algunos servicios, se tratarán como hospitales asociados a la universidad.

² Convenios para las prácticas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

INGLATERRA

Las prácticas clínicas o “Clinical Placements” se definen como un convenio en el que un estudiante de medicina ejerce la práctica médica en un entorno que brinda atención médica, o servicios relacionados, a pacientes de éste o al público general. Estas prácticas pueden ser en todos los niveles de los servicios, participando activamente en la atención al paciente o simplemente como observadores.

Por lo general, las prácticas se llevan a cabo dentro de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Nacional.

Existen juntas locales de educación y formación (Local education and training boards, LETB) como estructuras regionales en el sistema de educación y formación sanitaria del Health Education England (HEE). Actualmente son 13 y poseen una unidad organizativa que se encuentra dentro del Servicio Nacional de Salud, que generalmente presta servicios de salud en un área geográfica o realiza una función especializada. Las LETBs actúan como intermediario entre los servicios del Servicio Nacional y las universidades, con respecto a los acuerdos sobre las prácticas clínicas de pregrado. Además, una de sus principales funciones es que administran los fondos de financiamiento para encargar prácticas clínicas médicas en el Servicio Nacional de Salud para estudiantes de pregrado.³

Desde el año 2013 el Service Increment for Teaching ha estado haciendo la transición al Sistema de Pagos de Tarifas Nacional (Tariff payment) sistema que se encuentra establecido en The Care Act , de 2014. La tarifa no es un pago por servicios de enseñanzas, sino que está diseñada para cubrir el financiamiento de todos los costos directos, involucrados en la entrega de educación y capacitación en que debe incurrir el proveedor de salud. Actualmente, aunque las universidades actúan como intermediarias para la financiación de las tarifas, ellas mismas no reciben ningún financiamiento. ⁴

IDEA MATRIZ

³ Convenios para las prácticas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

⁴ Convenios para las prácticas clínicas de los estudiantes del área de la salud. España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria. Diciembre de 2020, Biblioteca del Congreso Nacional.

El departamento de planificación y Control de Gestión de RHS, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en documento denominado “Oferta de profesionales de salud en Chile: evolución 2007-2015 de la matrícula y los titulados en las Universidades nacionales”, menciona que, de un total de 58 Universidades y 6 Institutos Profesionales, la matrícula de primer año creció en un 49,5% entre el 2007 y el 2015, siendo las carreras con más altas tasas de crecimiento: Terapia ocupacional (+323%), Obstetricia (+149,6%), Fonoaudiología (+104%), Enfermería (77,8%), Tecnología Médica (68,1%) y Nutrición y Dietética (+65,8%).

En el mismo análisis, se proyecta el número de nuevos titulados en las carreras profesionales de salud para el período 2015-2020, mencionando que tendrían el mayor número de titulados adicionales las siguientes carreras: Fonoaudiología y Medicina, con aproximadamente 10.000 en el período; Kinesiología, con más de 13.000, y Enfermería y Psicología, con más de 25.000 nuevos titulados. Así, el país llegaría a contar con más de 127.559 nuevos titulados en este tipo de carreras.⁵

Frente a este escenario, se requiere avanzar en regular, vía ley de la República, la relación asistencial docente, para que queden establecidos los principios por los cuales se registrarán así como las definiciones, método de asignación y requisitos, prohibiendo expresamente el pago en dinero de cualquier contraprestación otorgada, todo ello con la finalidad de que los estudiantes realicen sus programas de formación.

Esta propuesta pretende legislar en la materia, estableciendo un marco de entendimiento que vaya más allá de la asignación de los campos clínicos, profundizando en cómo funcionan los hospitales públicos que forman profesionales en salud, cambiando la estructura actual y definiendo los hospitales docentes como una política pública de país, fortaleciendo el proceso y siendo capaces de enfrentar la diversidad y la realidad que vive nuestro país, colocando la atención en los recintos de Salud Primaria como principales centros de vigilancia en materia de salud, la investigación y el desarrollo tecnológico del centro formador, para ir en directa relación con las necesidades de la población, rompiendo el paradigma actual de simples centros de prácticas.

Este proyecto de ley contó con la participación, asistencia y comentarios de los decanos y decanas de las facultades de medicina de la Pontificia Universidad

⁵ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Evoluci%C3%B3n-Oferta-Prof.-de-Salud022016.pdf>

Católica de Chile y su Director de Campos Clínicos, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile, Universidad Santiago de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Valparaíso, Universidad de Magallanes, Universidad Central, además de la Dra. Jeannette Vega, el Dr. Bernardo Martorell y el Dr. Vladimir Pizarro, igualmente del Director del Instituto de Neurocirugía, la Presidenta de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, el Colegio Médico de Chile S.A y la Comisión Nacional Autónoma de Certificación Médica.

Producto de que la gran mayoría de los artículos de estas propuestas son de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, de acuerdo a lo establecido en el artículo 65 de la Constitución Política de la República, se deja constancia de aquello que se requiere legislar al respecto:

- a) Definir a la **red de salud** como un conjunto de Instituciones de Salud que reúnen, a lo menos, los niveles de atención primaria y secundaria, y donde se desarrolla la relación asistencial docente.
- b) Establecer los **requisitos que debe cumplir la red de salud**:
 - A. De la Red de salud:
 1. Explicitar dentro de su misión el compromiso de asumir un rol asistencial docente.
 2. Contar con una cartera de servicios y demanda asistencial que contribuya a la realización de aspectos específicos de un programa de formación o investigación.
 3. Tener capacidad para acoger la actividad docente y de investigación, sin afectar la prestación de servicios asistenciales.
 4. Incentivar dentro de su personal una actitud positiva y de valoración de la actividad docente y de investigación.
 5. Disponer de programas de inducción para académicos y estudiantes, que permitan su adecuada inserción y la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas vigentes.
- c) **Se debe establecer un artículo sobre LA ASOCIACIÓN DE LA RED DE SALUD.** La Red de Salud podrá vincularse con una Institución de educación superior o un conjunto de ellos, asociados de manera explícita y formal, quienes deberán presentarle a la red de salud un proyecto previo de desarrollo para llevar a cabo el convenio asistencial docente.

- d) El **Convenio asistencial docente** debe ser un vínculo jurídico entre la Red de Salud y la Institución de educación superior.
- e) Es necesario dejar establecido que la gran mayoría de los convenios y relaciones deben hacerse con la Red de Salud.
- f) Se deberán definir las unidades de asignación sobre la base de la evidencia disponible y sus proyecciones, tales como si es hospital base con determinados centros de atención primaria; todo un servicio de salud o sólo un establecimiento; si se desarrollan todos los ámbitos en todas las partes o si hay centros de referencia especializados a nivel nacional, macrozonas u otros. Se velará por el cumplimiento de los criterios y los lineamientos anteriormente señalados.
- g) Disponer de infraestructura para generar un espacio físico para la docencia.
- h) Por su parte, los profesionales que ejercerán labores asistenciales y docentes a la vez, se les deberán adecuar sus contratos o actos administrativos, de acuerdo a las nuevas funciones que adquieran.

En consideración a los argumentos anteriormente expuestos, es que vengo a proponer el siguiente:

PROYECTO DE LEY

ARTICULO UNICO

ARTÍCULO 1.-

OBJETIVOS: Esta ley tiene por objeto asegurar la calidad, pertinencia y articulación de la oferta de prestaciones de salud con las necesidades de formación de profesionales calificados, generando una capacidad nacional que considere, además de la atención sanitaria de calidad, el desarrollo de la educación en salud, una investigación en salud pertinente a las necesidades del país así como el desarrollo y la innovación.

Para estos efectos, deberá considerarse preponderantemente el factor territorial, de tal forma que la capacidad formativa generada se potencie dentro de la misma región y se priorice su asignación.

Las instituciones involucradas cooperarán activamente para el logro de este objetivo.

ARTÍCULO 2.-

DEFINICIONES: Para los efectos de esta ley se entenderá por:

- a) **Relación asistencial docente:** Vínculo estratégico de largo plazo, que une tanto al sector público y privado de salud con Instituciones de educación superior, con el objetivo de formar y disponer de profesionales y técnicos competentes para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- b) **Institución de educación superior:** Institución que imparte educación en programas de formación profesional y técnica en el área de la salud.
- c) **Institución de salud:** Se entenderán incluidos los Hospitales, Centro de Salud Familiar, Centros de Diagnóstico y Tratamiento u otros.
- d) **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS):** Conjunto de personas naturales o jurídicas, públicas y privadas, que colaboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2 del D.F.L n°1 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2763 de 1979 y de las leyes n° 18933 y n° 18469.
- e) **Convenio asistencial docente:** Vinculo jurídico con la Institución de educación superior para la formación de estudiantes de programas de formación profesional, académica y técnicas en el área de la salud, según las disposiciones contenidas en la presente ley y con especial sujeción a los elementos que constituyen la relación asistencial docente, estableciendo derechos y deberes recíprocos, con la finalidad de mejorar continuamente le educación profesional en salud, la generación de conocimiento y la innovación.

- f) **Profesional asistencial docente:** Profesional contratado por una Red de Salud, cuyo objetivo es apoyar y supervisar el proceso formativo del estudiante, a través del cumplimiento de las funciones asistenciales y docentes.
- g) **Académico:** Profesional que mantiene una relación contractual con la Institución de educación.
- h) **Estudiante:** Persona adscrita a una Institución de educación superior, que es parte del convenio asistencial docente.

ARTÍCULO 3.-

PRINCIPIOS: Las políticas, planes, programas, normas y acciones que se realicen en el marco de la presente ley, se regirán por los siguientes principios:

- a) El respeto por los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como de sus trabajadores, de los académicos y estudiantes.
- b) El resguardo de la calidad, seguridad y continuidad de la atención en salud, cuyo centro es el usuario y el resguardo de la calidad de la formación en salud.
- c) Contribuir a maximizar el aporte de cada institución a la mejoría del nivel de salud de la población y al fomento de una cultura de servicio público.
- d) La coherencia de los perfiles de egreso con los perfiles de competencias sociales y técnicas de desempeño, requeridos por el sector para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- e) Colaboración, confianza y reconocimiento de los roles y atribuciones de cada institución.
- f) Calidad en el ejercicio de todas las funciones, expresada a partir de indicadores y procesos explícitos y formales.
- g) Transparencia, objetividad y ecuanimidad en la información y en los procesos derivados de la relación asistencial – docente.
- h) Integralidad entre la Institución de educación superior o una asociación de ellos y la institución de salud.

- i) Integridad en la relación entre la Institución de educación superior, o una asociación de ellas, y la institución de salud, y ordenamiento de la Relación Asistencial Docente.
- j) La utilización de los diferentes niveles en el proceso de formación, contribuyendo al logro de los objetivos educativos y al desarrollo de los equipos multidisciplinarios de salud.
- k) La pertinencia de los proyectos educativos de las Instituciones de educación superior, o una asociación de ellos, respecto del modelo de salud vigente.
- l) Desarrollo de capacidad nacional, de largo plazo, para la mejora continua en educación profesional en salud, la generación de conocimiento pertinente y la innovación en el ámbito sanitario, de manera adecuada a las necesidades del país.
- m) Formación continua de los profesionales de la red de salud a través del convenio generado con la Institución de educación.
- n) Respeto y cumplimiento de las normas contra toda discriminación y de prevención de violencia y acoso laboral, sexual y de género.

ARTÍCULO 4.-

DE LAS FUNCIONES DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL DOCENTE: Todo profesional de la salud, dentro del ámbito de sus actividades, podrá ejercer la labor de docencia o formación, entendida como la enseñanza de su disciplina profesional a través de la acción y supervisión.

ARTÍCULO 5.-

DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: Deberán proveer los cargos o recursos necesarios para el desarrollo disciplinar, investigación, capacitación docente y gestión académica, estableciéndose servicios, departamentos u otra entidad organizacional definida y estable, con planes de desarrollo compartidos de largo plazo.

Los profesionales podrán tener adscripciones compartidas, con tal de asegurar el acceso a responsabilidades clínicas y a la injerencia en aspectos académicos de manera integral y articulada.

ARTÍCULO 6.-

REQUISITOS PARA ACCEDER A UN CONVENIO ASISTENCIAL DOCENTE:

De las Instituciones de educación superior:

1. Ser instituciones legalmente constituidas y que estén acreditadas por el organismo pertinente, cuando corresponda, o se encuentren en período de Licenciamiento, en el caso de las Instituciones de educación superior de reciente creación, en los términos establecidos por la normativa vigente
2. Estar acreditado conforme a la normativa establecida en la ley n° 20.129, que establece un sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior o, alternativamente, encontrarse en proceso de renovación de la acreditación.
3. Tener un cuerpo académico integrado por profesionales registrados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo con lo establecido en la ley n° 19.937 que modifica el D.L n° 2.763, de 1979.
4. Demostrar que el proyecto educacional que desarrolla contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población, en el marco del modelo de salud vigente.

ARTICULO 7.-

PRESTADORES DE SALUD PRIVADOS: Los prestadores de salud privados, que voluntariamente suscriban un convenio asistencial docente, se someterán a las normas establecidas en la presente ley.

ARTÍCULO 8.-

DE LA ASIGNACIÓN: Se establecerán prioridades para la asignación de los cupos y recursos, con especial designación de las redes de salud e institución de educación regionales, según el siguiente orden de prelación:

- a) Cumplir con lo establecido en el Título V, de la ley 21.091 sobre Educación Superior.
- b) Haber obtenido, a lo menos, 5 años de acreditación institucional, de acuerdo con lo establecido en la Ley n° 20.129 que Establece un Sistema Nacional de Aseguramiento de la calidad de la Educación Superior.
- c) Haber presentado un plan de desarrollo ante la red de salud.

Se deberán formular lineamientos generales en términos de las áreas disciplinarias, profesionales o técnicas de mayor necesidad para el país, las proyecciones de mediano y largo plazo y la distribución territorial en el país, entre otras, que requieran una visión sistémica y de conjunto.

Un órgano colegiado de alto nivel técnico estará a cargo del proceso de asignación, a través de un procedimiento definido y transparente.

La asignación otorgada se evaluará cada 7 años.

El Ministerio de Salud reglamentará lo mencionado en el inciso anterior.

ARTICULO 9.-

PROHIBICION: Las Instituciones de educación superior no podrán entregar, a título gratuito u oneroso, cualquier incentivo con la finalidad de que sus estudiantes realicen sus programas de formación en las dependencias de la Institución de salud.

ARTICULO TRANSITORIO: Los convenios asistenciales docentes suscritos y aprobados en conformidad a la Norma Técnica Administrativa N° 19 de 2017 o por resolución exenta n° 254 de 2012, ambas del Ministerio de Salud, o anteriores, seguirán ejecutándose hasta su término, de acuerdo con lo convenido.