

MALLA CURRICULAR 2005

PRIMER AÑO - 1er Semestre

Código	Asignatura	Total Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
BIO034	Biología Celular	3							3		
BIO010	Anatomía General	3							3		
FMM002	Matemáticas	4		2					5		
QUI001	Química General y Orgánica	3		2					4		
KIN100	Introducción a la Kinesiología	2					1		2		
Número de horas totales por actividad		15	0	4	0	0	2	0	17		

PRIMER AÑO - 2º Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
BIO110	Anatomía aplicada	3							3	BIO010	BIO111
BIO111	Laboratorio de Anatomía aplicada				8				4	BIO010	BIO110
BIO160	Bioquímica General	3							3	QUI001, BIO034	BIO 165
BIO165	Seminario Bioquímica General		2						1	QUI001, BIO034	BIO160
BIO178	Fisiología I	3							3	BIO034, BIO010	BIO179
BIO179	Laboratorio de Fisiología I					2			1	BIO034, BIO010	BIO178
FMF020	Física	4		2					5	FMM002	
KIN092	Electivo Formación General I	3							3		
Número de horas totales por actividad		16	2	2	8	2			23		

SEGUNDO AÑO - 1er Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN210	Primeros Auxilios y RCP	2			2				3	BIO110, BIO111	
KIN240	Biomecánica I	4			2				5	BIO110, BIO111, FMF020	
BIO278	Fisiología II	4							4	BIO178, BIO179, BIO160, BIO165	BIO279
BIO279	Laboratorio de Fisiología II					4			2	BIO178, BIO179, BIO160, BIO165	BIO278
KIN271	Psicomotricidad	2			1		0		2	BIO178, BIO179-	
KIN273	Psicología - Psiquiatría	3	1						3	BIO178, BIO179	
Número de horas totales por actividad		15	1	0	5	4	0	0	19		

SEGUNDO AÑO - 2º Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN207	Fisiopatología	4	2						5	BIO278, BIO279	
KIN214	Introducción a las Técnicas Kinésicas				4				2	BIO110, BIO111	
KIN243	Biomecánica II	4			2				5	KIN240	
BIO084	Tópicos de Farmacología	2							2	BIO278, BIO279	
KIN191	Electivo Formación General II	3							3		
Número de horas totales por actividad		13	2	0	6	0	0	0	17		

MALLA CURRICULAR 2005

TERCER AÑO - 1er Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN312	Técnicas Kin. Evaluación I				5		1		3	KIN207, KIN 214, KIN 243	
FMF128	Física del calor y ondas	3		2					4	FMF020, 75 créditos	
KIN301	Pediatría	3	1						3	KIN207, KIN271	
KIN270	Fisiología del Ejercicio	4			2				5	KIN207	
KIN306	Patología Médico Quirúrgica Adulto I	3	1						3	KIN207	
KIN341	Análisis del Movimiento				4				2	KIN243	
Número de horas totales por actividad		13	2	2	11	0	1	0	20		

TERCER AÑO - 2° Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN353	Salud Pública y Bioestadística	2	4						4	96 créditos	
KIN313	Técnicas Kinésicas de Evaluación II				5				2	KIN312, KIN341	
KIN308	Patología Médico Quirúrgica Adulto II	3	1						3	KIN306	
KIN322	Traumatología Pediatría - Adultos.	4			2		0		5	KIN306, KIN301	
KIN372	Neurología Pediatría - Adultos.	4			2		0		5	KIN306, KIN 301	
Número de horas totales por actividad		13	5	0	8	0	3	0	19		

CUARTO AÑO - 1er Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN316	Técnicas Kinésicas de Tratamiento				5		1		3	KIN313	
KIN314	Terapia Manual				4				2	KIN322, KIN372, KIN313	
KIN325	Imagenología	2			2				3	KIN322, KIN308	
KIN361	Fisioterapia I	3			2				4	KIN308, FMF128	
KIN332	Bioética	2	2						3	115 créditos aprobados	
KIN357	Atencion Primaria y Salud Familiar	3					1		3	KIN353	
Número de horas totales por actividad		10	2	0	13	0	2	0	18		

MALLA CURRICULAR 2005

CUARTO AÑO - 2º Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN363	Fisioterapia II	3			2		0		4	KIN361	
KIN358	Ergonomía	3			2				4	KIN316, KIN 341, KIN270	
KIN330	Rehabilitación	3	1						3	KIN322, KIN 372	
KIN374	Técnicas Kinésicas Tratamiento Neurológico				5		0		2	KIN313, KIN372	
KIN309	Técnicas Kinésicas Tratamiento Cardiorespiratorio				5		1		3	KIN313, KIN308	
KIN329	Técnicas Kinésicas Tratamiento Traumatológico y Reumatológico				5		1		3	KIN313, KIN308, KIN 322	
KIN 193	Electivo de Formación Profesional				4				2	133 créditos aprobados	
CFP936	Kinesiología del Deporte										
CFP937	Clínica Neurológica										
FPO	Kinesiología Gerontológica										
Número de horas totales por actividad		9	1	0	23	0	2	0	21		

OBTENCION DEL GRADO DE **LICENCIADO EN KINESIOLOGIA**. CALIFICACIÓN DEL GRADO: Haber aprobado todas las asignaturas deL 1º AL 8º semestre , con nota en promedio superior o igual a 4,0, lo cual corresponde a un total de 154 créditos.

QUINTO AÑO - 1er Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN382	Internado Clínico						30		15	154 créditos aprobados	
KIN 380	Seminario de Título				14				7	154 créditos aprobados	
Número de horas totales por actividad		0	0	0	14	0	30	0	22		

QUINTO AÑO - 2º Semestre

Código	Asignatura	Número de Horas							Créditos	Requisitos	Co- requisito
		Teórico	Seminario	Ayudantía	Teórico-Práctico	Lab.	Campo Clínico	Taller			
KIN384	Internado Clínico						30		15	154 créditos aprobados	
KIN 381	Seminario de Título				12				6	154 créditos aprobados	
	Examen de Título										
Número de horas totales por actividad		0	0	0	12	0	30	0	21		

OBTENCION DEL **TITULO PROFESIONAL DE KINESIOLOGO**, equivalente a 197 créditos



FACULTAD : CIENCIAS DE LA REHABILITACION
ESCUELA : KINESIOLOGIA

1. Identificación de la asignatura

CURSO : INTERNADO CLÍNICO
CÓDIGO : KIN 382 KIN384
TIPO DE ACTIVIDADES : PRACTICAS
HORAS SEMANALES : 30 HORAS SEMANALES

2. Competencias alcanzadas al final del curso

Generales

Integrar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los ocho semestres de formación precedentes, aplicándolos según corresponda, en prevención, tratamiento y rehabilitación.

Específicas

- Realidad médico-social del país.
- Conocimiento de la organización y administración general de los Servicios de Salud y en particular los de Kinesiólogía.
- Aplicación de la metodología kinésica, apoyándose en la siguiente información básica : anamnesis, diagnóstico, indicación y contraindicación médica.
- Procedimientos de evaluación kinésica para formular el “diagnóstico kinésico”
- Formulación de objetivos del tratamiento basados en fundamentos, orden de prioridad.
- Procedimientos terapéuticos en orden de prioridad.
- Aplicación de procedimientos kinésicos seleccionados, en cuanto a posición del paciente y del tratante, técnicas correctas, dosificación, voces de mando, uso de implementos, adecuación y resultado eficaz.
- Readecuar el tratamiento si es pertinente
- Pronóstico kinésico.
- Participación en equipos de salud u otros, aportando conocimientos e ideas para el fomento de la salud de las personas.

4. Evaluación

Cada período de Internado será calificado por el docente-guía del alumno interno o equipo, con una nota en la escala de 1 a 7. La nota mínima de aprobación será igual o superior a 4.0.

La evaluación y calificación de cada período será consignada en una ficha ad-hoc por cada docente-guía o equipo y entregada al Coordinador respectivo o a la Dirección de la Escuela dentro de los primeros 10 días del término del periodo correspondiente.

El alumno interno que obtenga una calificación inferior a cuatro (4.0) en uno de los períodos, podrá repetirlo por una sola vez. Esta se realizará a continuación de la última rotativa, de preferencia en el Centro donde reprobó. En caso de reprobación esta segunda oportunidad o cualquier otro período posterior a la primera reprobación, deberá repetir el curso de Internado en su totalidad.

La calificación final del Internado será el promedio de las calificaciones obtenidas en el total de los períodos.

El Internado Clínico requiere de una dedicación de dos semestres académicos con un total de 1200 horas, dividido en cinco períodos, aproximadamente, con un mínimo de 30 horas semanales.

**NORMA GENERAL
ADMINISTRATIVA SOBRE
ASIGNACION Y USO DE LOS
CAMPOS DE FORMACIÓN
PROFESIONAL Y TÉCNICA
EN EL SISTEMA NACIONAL
DE SERVICIOS DE SALUD Y
NORMAS DE PROTECCIÓN PARA
SUS FUNCIONARIOS,
ACADÉMICOS, ESTUDIANTES Y
USUARIOS**

2007

1

CONTEXTO DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

La formación de profesionales y técnicos para el Sector Salud constituye un eje estratégico en el desarrollo del sistema de salud y en el cumplimiento de las políticas de salud.

El desarrollo de perfiles de egreso adecuados a las necesidades del modelo de atención que impulsa la reforma sectorial, hace indispensable una óptima relación del Sector Público de Salud con el sistema de educación superior, tanto a nivel político como de prestadores de servicios sanitarios y de educación (Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica). En todo este proceso le cabe un rol activo al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

A continuación se entregan algunos elementos de contexto y consideraciones generales que, a juicio del Ministerio de Salud, son relevantes para orientar el desarrollo de la relación docente asistencial y la suscripción de los convenios entre los Servicios de Salud y los Centros Formadores para el uso y asignación de los campos de formación profesional y técnica.

1.- Fundamentos históricos de la relación.

Desde que en el año 1833 se creara la Escuela de Medicina en el Instituto Nacional y luego, en el año 1842, la Universidad de Chile, los hospitales públicos y luego los establecimientos de atención primaria, han constituido el lugar donde se han formado preponderadamente los profesionales y técnicos del Sector Salud.

Fruto de esta situación, se fue desarrollando una estrecha relación entre dicha Universidad y los establecimientos de la Seguridad Social en la formación del personal del Sector, particularmente en los hospitales, donde, junto con los servicios clínicos, se constituyeron Cátedras Universitarias, luego Departamentos Universitarios.

Dicha relación, que adquirió la denominación descriptiva de "docente asistencial", se profundizó y extendió a un mayor número de establecimientos con la fundación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Concepción, en los años 1888 y 1919, respectivamente.

Con la creación del Servicio Nacional de Salud, antecesor del SNSS, se desarrollaron compromisos estratégicos con las Universidades, los que se expresaron en la ley 10.223, promulgada el 6 de Diciembre de 1951 y publicada en el Diario Oficial el día 17 del mismo mes, que, posteriormente, adquirió el número 15.076. En esta ley y su reglamento se fijó el régimen laboral de los profesionales médico cirujanos, cirujanos dentista, bioquímicos y químico farmacéuticos; le dio al Ministerio de Salud la facultad de otorgarles becas; originó el generalato de zona e impulsó el sistema que se conoció como Ciclo de Destinación. También se creó la Comisión Nacional Docente Asistencial, entidad asesora del Ministerio de Salud para la coordinación de las actividades que se realicen para el desarrollo de los programas docente asistenciales.

Con la autonomía de las sedes regionales de las Universidades de Chile y Técnica del Estado, iniciada a partir del año 1981, se amplió la relación docente asistencial a otras ciudades a lo largo del país, complejizándose su gestión.

Durante todo este período, el financiamiento del sistema de educación superior provenía en gran medida de recursos públicos y los estudiantes no cancelaban derechos universitarios.

Este ordenamiento de la institucionalidad y los acuerdos estratégicos entre los actores principales del Estado, posibilitaron el desarrollo de una planificación eficaz de la fuerza laboral en el Sector, la que se apoyaba en decisiones armoniosas en la formación de los profesionales entre el Ministerio de Salud y las Universidades.

En el ámbito de los técnicos, fue el Servicio Nacional de Salud (SNS) el que, al amparo del Código Sanitario, se hizo cargo de su formación, así como inició e impulsó la formación de las enfermeras.

El personal auxiliar provenía del sistema escolar general, sin formación específica, o de la enseñanza media técnico profesional.

Fruto de las políticas públicas mencionadas, en el país se generó una cultura de hospital docente asistencial, donde los funcionarios asistenciales y los

académicos se confundían en el cumplimiento de una misión conjunta implícita, cumpliendo roles asistenciales y de formación.

Esta red política e institucional de colaboración fue profundamente transformada en la década de los ochenta, con la reforma del Sector Educación, que impulsó la iniciativa privada en el desarrollo de proyectos educacionales y el término de la gratuidad para los estudiantes, dándosele preeminencia al financiamiento privado de la educación.

Los cambios aplicados al Sector Educación, han tenido un impacto significativo en la formación del personal del Sector y en la relación docente asistencial.

2.- Política nacional de recursos humanos para el Sector Salud.

La política nacional de recursos humanos para el Sector Salud tiene como objetivo principal que las diferentes instituciones que lo componen, principalmente las que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS), cuenten con profesionales, técnicos y auxiliares, competentes para el cumplimiento de las funciones que se les asignen. Esto es especialmente relevante para quienes están en contacto directo con la ciudadanía.

Para efecto de esta normativa, se entiende como competencia "el saber actuar de manera pertinente en un contexto y situación de trabajo determinados, movilizandolos recursos personales, organizacionales y externos, necesarios".

Para que los trabajadores del Sector puedan actuar con competencia, se necesita que cuenten con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios; que estén motivados para hacerlo y que cuenten con las condiciones laborales para ello.

Constituyen estrategias centrales para este fin la formación de pregrado y la formación continua, así como la de postítulo y postgrado, en atención a que ellas estructuran el perfil de competencias del trabajador del Sector y, de esta manera, su capacidad para cumplir eficazmente las funciones que se le asignen.

Atendida la relevancia del Sector Público de Salud para la atención de la población, es muy importante que dicho perfil de competencias se obtenga a través de la formación teórico práctica realizada en las instituciones que integran el SNS. Con esto se logra que el aprendizaje de todos los trabajadores del Sector Salud esté influido por la realidad social, económica

y sanitaria, de los sectores de la población más prioritarios para las políticas nacionales de salud pública.

De los elementos entregados se desprende la prioridad estratégica que tiene para el desarrollo de la salud pública del país, la relación entre el Sector Salud y las instituciones formadoras.

Dicha relación se expresa de manera concreta en la colaboración que existe entre las instituciones que integran el Sector Público de Salud (Ministerio de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales, Servicios de Salud, Servicios Municipales de Salud e instituciones dependientes del Ministerio de Salud) y las del sistema de Educación Superior y Media, en la formación del personal del Sector Salud.

El espacio concreto en que se materializa dicha colaboración, son los campos de formación profesional y técnica de las distintas instituciones que componen el SNSS, cuya asignación y uso debe tener en consideración especialmente las prioridades de la política nacional de salud, el Plan Nacional de Salud, el nuevo modelo de atención y la política de desarrollo de recursos humanos.

3.- Principios de la reforma del Sector Salud.

En el año 2002, el Ministerio de Salud definió los objetivos nacionales de salud para la década:

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

Con el fin de lograr estos objetivos, a partir la promulgación de la ley de autoridad sanitaria (ley 19.937 del 24 de Febrero de 2004), se inicia un profundo proceso de reforma del Sector Salud, que busca generar los siguientes cambios:

1. Fortalecer la rectoría sanitaria del Estado, a través del Ministerio de Salud y sus Secretarías Regionales Ministeriales.
2. Establecer como misión de los Servicios de Salud la coordinación de la red pública de atención.
3. Generar un nuevo modelo de atención donde los énfasis están puestos en el aumento de la capacidad resolutive de la atención primaria; el desarrollo de una red asistencial que busca optimizar el uso de los recursos de los prestadores públicos y privados; una fuerte inversión en promoción de la salud

y prevención de las enfermedades; el desarrollo del modelo de salud familiar que garantice la integralidad, continuidad y detección de riesgos en la atención de la familia y de la comunidad; un incremento de la participación ciudadana en Salud y de su nivel de responsabilidad en la mantención de su Salud; y el cumplimiento de un plan garantizado de prestaciones en los problemas de salud de mayor prevalencia e impacto sanitario.

4. Incrementar el nivel de responsabilidad del Estado en garantizar la calidad y oportunidad de la atención que recibe la ciudadanía, a través de la creación de la Superintendencia de Salud.
5. Instalar en el Sector Salud un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, en 56 problemas de salud de mayor prevalencia e impacto sanitario, de manera progresiva y con plazo final en el año 2007.
6. Profundizar la descentralización del subsistema público, generando la categoría de establecimientos de autogestión en red para aquellos que satisfacen determinados estándares en términos de gestión y resultados.
7. Fortalecer la cultura de servicio público en el Sector, incorporando la cuenta pública de las autoridades en los distintos niveles del sistema público.
8. Mejorar los niveles de solidaridad financiera en Salud de sanos a enfermos y de jóvenes a adultos mayores.
9. Introducir compromisos de largo plazo en el subsistema privado; incentivos para la mantención de la Salud y cobertura frente a enfermedades de alto costo.
10. Generar canales para que la ciudadanía pueda hacer efectivos sus derechos de atención y ser reparada en caso de perjuicios producidos por las instituciones o sus trabajadores. Para este efecto se podrá dirigir a la Superintendencia de Salud y recurrir al Consejo de Defensa del Estado en una instancia de mediación prejudicial.

Los objetivos planteados y los resultados esperados, constituyen un marco de referencia político principal en el establecimiento de acuerdos de colaboración entre las entidades del SNSS y las instituciones de educación superior, para la generación de perfiles de egreso acordes con los desafíos puestos por el Estado.

4.- Nuevo modelo de atención.

La implementación y funcionamiento eficaz del nuevo modelo de atención surgido a partir de la reforma, constituye uno de los objetivos principales de la formación de los trabajadores del Sector Salud, para lo cual el trabajo estrecho con el sistema de educación superior es indispensable.

Este modelo se define como integral y consiste en el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna y que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. El modelo de atención en el ámbito público consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que, en conjunto, dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos, incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.

El modelo de atención se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, es anticipatorio al daño.

Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables, son competencias definidas para el equipo de salud en forma transversal y son tratados y desarrollados en forma intersectorial. El desafío epidemiológico con que se inicia el milenio obliga a darle protagonismo a los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado de su salud, reorientando el rol del equipo de salud a un rol asesor y acompañador del proceso salud – enfermedad.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportunas en caso de patología aguda o crónica. La formación y

competencias de este equipo son acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

Los objetivos del modelo integral de atención son:

- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema, simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones asistenciales.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- Entregar una atención de calidad, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

Las características principales de este modelo de atención, son:

1. Centrado en el usuario
2. Énfasis en lo promocional y preventivo
3. Enfoque de salud familiar
4. Integral
5. Centrado en la atención abierta
6. Participativo
7. Intersectorial, siendo los sectores prioritarios:
 - Educación: para incorporar prácticas de estilos de vida saludables en las personas.
 - Urbanismo y Vivienda: para construir barrios y ciudades saludables que integren a sus habitantes y faciliten el encuentro de las familias.
 - Trabajo: para que las condiciones de trabajo y de remuneración beneficien a las personas en su entorno familiar, comunitario y ambiental.
 - Medio Ambiente: para que las condiciones del entorno sean saludables.
8. Calidad, no sólo desde el punto de vista de la calidad científico técnica, sino también de la percibida por los usuarios.
9. Uso de tecnología apropiada, mediante la instalación de una cultura de evaluación de la tecnología utilizada en el Sector, que analiza las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas de su desarrollo, difusión y uso, para decidir su correcta aplicación.

El modelo de atención integral en Salud se vale, para su implementación, de un modelo de gestión, cuyos propósitos principales son los siguientes:

- a) Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud,
- b) Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas.
- c) Mejorar la satisfacción usuaria.
- d) Garantizar el uso racional de los recursos.

Sus estrategias principales son:

- 1. Fortalecimiento de la atención primaria de salud.
- 2. Transformación hospitalaria, con énfasis en la ambulatorización de la atención, la incorporación de la atención progresiva en los servicios clínicos y el uso de protocolos de atención y guías clínicas.
- 3. Rearticulación de la red asistencial.

5.- Reforma del Sector Educación.

Hasta la reforma educacional de los años ochenta, la educación estuvo conducida por el Estado, quien prestaba la mayoría de los servicios educativos.

Es así como la educación escolar y la universitaria era entregada predominantemente por instituciones pertenecientes al Estado.

A comienzos de los años ochenta se reestructura el sistema de educación superior y se crean tres niveles: Universidades, Institutos Profesionales (IP) y Centros de Formación Técnica (CFT), dando una señal política de la relevancia de la formación técnica.

Las carreras que requerían licenciatura quedaron radicadas en forma exclusiva en las Universidades. Los Institutos Profesionales podían entregar cualquiera de las otras carreras, incluidas las de nivel técnico, y los Centros de Formación Técnica solo las formaciones de este tipo. Las Universidades quedaron sin limitación para ofrecer carreras de cualquier nivel, incluido el técnico.

Este sistema quedó consagrado en la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE), publicada el 10 de Marzo de 1990 en el Diario Oficial, cuyo quorum para ser modificada es de cuatro séptimos de los diputados y senadores en ejercicio. Esta ley también estableció que la creación de nuevos establecimientos de educación superior estatales, solo podía hacerse por ley. Las existentes a dicha fecha, se ampararon en una nueva institución denominada "Consejo de Rectores", junto con otras privadas de carácter tradicional.

La apertura de nuevas instituciones quedó entregada a la libre iniciativa privada, previa satisfacción de requerimientos mínimos ante el Consejo Superior de Educación, instancia autónoma del Ministerio de Educación.

Como consecuencia de esta regulación, el Estado vio disminuida su influencia en la orientación del sistema de educación superior y se generó un crecimiento explosivo de instituciones privadas con escaso control de su calidad, aspecto que se busca regular con la Ley de Aseguramiento de la Calidad del Sistema de Educación Superior, promulgada el año 2006.

A pesar de la señal política original respecto a la formación técnica, este nivel ha permanecido débil en su desarrollo, pero las Universidades, al no tener impedimento para entrar en este mercado, han creado Centros de Formación Técnica a su amparo. Como consecuencia, pocos CFT no universitarios se han consolidado como instituciones de prestigio.

Los Institutos Profesionales han evolucionado a constituirse en Universidades, sin perjuicio de mantener su configuración original.

En conclusión el sistema ha ido evolucionando a consolidar a las Universidades como las grandes oferentes en el sistema de educación superior, coexistiendo con los CFT de mayor solidez institucional y con IP en evolución hacia Universidades.

La oferta de carreras adquiere un gran predominio privado y se crea un mercado atractivo para la empresa privada, aunque las Universidades, de acuerdo a la LOCE, siguen siendo instituciones sin fines de lucro.

En este estado de cosas, es el Sector Educación el responsable de la formación de los profesionales del Sector y son las instituciones de educación superior las que entregan los títulos de técnico de nivel superior.

Pese a este ordenamiento legal, algunos Servicios de Salud continúan formando técnicos paramédicos al amparo de las disposiciones del Código Sanitario, formaciones que tienen el carácter de capacitaciones laborales, pero no constituyen títulos del sistema educacional del país.

La situación descrita ha significado un cambio en los términos de la relación entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud con las instituciones de educación superior.

El acceso a los campos clínicos del SNSS, de los cuales sus integrantes son responsables, se constituye en el factor crítico para el crecimiento y desarrollo de la oferta de carreras de la Salud, y, por ende, para el posicionamiento de las

instituciones de educación superior en este mercado así como en el de la formación continua.

El fuerte incremento de las instituciones de educación superior ha llevado a una saturación de los campos de formación profesional y técnica y a la cohabitación de distintas instituciones, generando nuevas dificultades en la gestión de los establecimientos, sobrecargando a los usuarios de los SS y afectando la formación de los estudiantes.

Con el fin de garantizar la calidad de la oferta de educación superior y mejorar el nivel de información de sus usuarios, el Gobierno decidió fortalecer la institucionalidad referida a la autorización de las instituciones y el control de la calidad de sus programas. Durante el año 2006 y después de un largo debate parlamentario, se promulgó la ley N° 20.129 que establece un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior, que crea la Comisión Nacional de Acreditación y establece la acreditación obligatoria de las carreras de medicina y pedagogía y voluntaria de las restantes, condicionando el acceso a recursos financieros del Estado a su aprobación.

Dicho sistema, para efecto de la acreditación de las carreras de la Salud, requiere el desarrollo de un sistema riguroso y transparente de asignación de los campos de formación profesional y técnica del Sistema Nacional de Servicios de Salud, objetivo que persigue la presente normativa.

2

PRINCIPIOS Y CONCEPTOS DE LA RELACION DOCENTE-ASISTENCIAL Y ASIGNACION DE LOS CAMPOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

1.- Rol formador del Sector Público de Salud y la relación docente asistencial.

Como se ha señalado en los párrafos precedentes, la formación del personal para el Sector Salud se ha desarrollado en paralelo con la asistencia de la población. Durante todo el período histórico en que los hospitales de mayor complejidad constituyeron el centro del sistema de salud, la formación tuvo un marcado énfasis en los aspectos diagnósticos y curativos de la enfermedad. En la medida que se han fortalecido las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han adquirido una importancia creciente los centros de salud del nivel primario, el contacto con la comunidad y el trabajo intersectorial.

El desarrollo del sistema de salud de Chile ha estado fuertemente basado en el sector público. La formación de los profesionales y técnicos del Sector ha estado impregnada de los valores del sistema público de salud, destacando el compromiso de servicio a los sectores más vulnerables de la población. Esto ha hecho que los contenidos de la formación han estado determinados, en gran medida, por los planes y programas impulsados por el Ministerio de Salud y ejecutados por el SNSS, sin perjuicio de la contribución de cada Centro Formador.

El ambiente social y de trabajo en el cual ha transcurrido la formación del personal para el Sector, ha determinado un perfil de egreso de los estudiantes de fuerte compromiso de servicio público y ha desembocado en una cultura que caracteriza la pertenencia de los profesionales y técnicos al Sector Salud del país.

Dicha cultura ha sido construida en el espacio de colaboración entre entidades asistenciales públicas y centros formadores y ha permitido logros notables en la salud pública del país.

El fuerte incremento de nuevos centros formadores privados no tradicionales obliga, para la mantención de los valores centrales de dicha cultura, que el SNSS acreciente el valor que le otorga a la relación con los centros formadores como medio para influir en la generación de egresados competentes para la implementación de la política nacional de salud.

Los elementos constitutivos principales de dicha relación, son los siguientes:

- a. Tiene como propósito principal la generación de profesionales y técnicos competentes para la prestación eficaz de servicios de salud a la población.
- b. Utiliza como medio, para esto, la formación integrada al trabajo asistencial en todos sus niveles (pre y post grado, postítulo, formación continua – capacitación).
- c. Agrega a lo anterior las actividades de investigación y de extensión de interés común.
- d. Se basa en la inclusión de la función formadora y asistencial, desde el rol particular de cada uno, en la misión institucional propia.
- e. Se caracteriza por la generación de un clima de confianza recíproca, en la búsqueda de un compromiso institucional de largo plazo.
- f. Contribuye al desarrollo de ambas instituciones, tras el propósito de maximizar el aporte de cada una a la mejoría del nivel de salud de la población.
- g. Es transparente en las transacciones económicas y no económicas que se generan entre las partes.
- h. Reconoce la autoridad del Servicio de Salud y del establecimiento para gestionar la relación que se da en las áreas de su responsabilidad.
- i. Admite la competencia pedagógica del Centro Formador en la definición de las modalidades y metodologías de formación.
- j. Tiene consideración especial por los derechos de los usuarios del SNSS, así como de sus trabajadores y de los académicos y estudiantes.
- k. Reconoce la responsabilidad de cada uno en los eventuales perjuicios que la relación provoque en la contraparte.
- l. Considera el término de la relación si los objetivos que se definieron al constituirse no se cumplen a satisfacción de las partes.

En conclusión, la relación docente asistencial descansa en determinados principios y objetivos que fortalecen la contribución social de quienes la integran, haciendo de ella un haber principal a cultivar.

2.- Concepto "Campo de formación profesional y técnica".

Los lugares donde se forman los profesionales y técnicos del Sector, se han denominado tradicionalmente "campo clínico" con una representación restringida, hasta períodos históricos muy recientes, a los hospitales, especialmente los complejos. De esta manera se construyó una identidad de salud con hospital, favorecida por la práctica sanitaria curativa imperante.

Con el aumento en la complejidad de la Salud y de la prestación de sus servicios, los requerimientos de competencias del personal se han ampliado y diversificado de manera importante. Es así como la actividad formativa se ha extendido mas allá del campo propiamente sanitario, alcanzando a disciplinas relacionadas con la gestión del sistema de salud y de sus redes asistenciales e, incluso, áreas no asistenciales.

También la complejidad de los servicios y las demandas de cuidado y acompañamiento de las personas en el proceso salud-enfermedad, ha ampliado el número de profesiones que requieren formarse en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y ha relevado la formación de técnicos.

La creciente importancia de las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, cuidados de salud, cuidados paliativos, rehabilitación y prestaciones ambulatorias, ha llevado a que emerjan los centros de salud del nivel primario y especializados como actores principales del proceso formativo, sin que por ello el hospital deje de tener un rol importante en la formación de profesionales y técnicos competentes para el nuevo modelo de atención.

La progresiva complejidad generada por estos cambios en la formación de los profesionales y técnicos, hace necesario reemplazar el concepto de campo clínico por el de "campo de formación profesional y técnica", separándolo de su relación con una estructura física determinada (establecimiento hospitalario) para llevarlo a un espacio funcional vinculado a los objetivos de un programa de formación profesional y técnica.

Es así como en la actualidad podríamos conceptualizar "campo de formación profesional y técnica" (en adelante CFPT), de la siguiente manera:

"Campo de formación profesional y técnica es el espacio sanitario en el cual los estudiantes del Sector Salud se tornan competentes en una profesión u oficio, contrastando sus conocimientos teóricos con el ejercicio práctico de ella, logrando así el perfil de egreso definido en el programa de formación".

De esta definición fluye que la áreas asistenciales necesarias para la ejecución de un programa de formación, son aquellas que contribuyen al cumplimiento de la totalidad o parte de él, y por lo tanto, es un requisito que las solicitudes de asignación de un CFPT precisen esta necesidad.

Visto así el concepto de CFPT, el campo requerido para la formación de profesionales en una carrera específica puede ser toda la red asistencial pública de un territorio determinado. Para un programa de formación de postítulo o postgrado puede necesitarse de uno o varios establecimientos hospitalarios, institutos, centros diagnósticos y terapéuticos, centros de referencia de salud o centros de salud del nivel primario de atención, de una o varias regiones.

Para un programa de perfeccionamiento puede ser suficiente un servicio clínico o administrativo, o una unidad de apoyo específica, lo mismo que para una capacitación o entrenamiento puntual.

3.- Acceso prioritario a un Campo de Formación Profesional y Técnica.

Para efectos de esta normativa se entiende que el acceso a un CFPT tiene un carácter prioritario, cuando entre el Servicio de Salud o el establecimiento de autogestión en red y el Centro Formador, se conviene que este será el único que hará uso de un determinado establecimiento, servicio clínico o administrativo o unidad de apoyo, para la o las carreras o programas de postítulo o postgrado que se convengan. En esta situación, el acceso de otro centro formador para el mismo objeto del convenio estará condicionado a un acuerdo previo del Servicio de Salud con el centro formador prioritario y al informe favorable de la Comisión Local Docente Asistencial, correspondiendo la decisión, en último término, al Director del Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red, teniendo siempre en consideración la capacidad formadora que se haya determinado.

La asignación en carácter de exclusividad para un Centro Formador del CFPT, solo podrá hacerse cuando, junto con una relación histórica positiva de larga data, con aportes vigentes en infraestructura y/o equipamiento, concurren elementos que aseguren beneficios crecientes en el mediano y largo plazo, tales como el compromiso del uso pleno del campo de formación profesional y técnica que se solicita, y siempre que se cumplan las condiciones que se señalan mas abajo.

Para la decisión, en ningún caso deberá tenerse en cuenta sólo la cuantía de contribuciones económicas o la valorización de las retribuciones no económicas. Es importante que el Servicio de Salud haga una evaluación del valor estratégico de la relación que establezca, entendiéndose por tal el grado en que ella contribuirá al logro de los objetivos de desarrollo de la institución, así como también el aporte que haya hecho el Centro Formador al desarrollo del Sector Salud del país.

En el acuerdo que suscriban, las partes establecerán las carreras y programas para las cuales el Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red otorga acceso prioritario a un Centro Formador, así como aquellas que en un plazo no mayor a la mitad de la vigencia del convenio, el Centro Formador implementará, definiéndose con claridad el o los establecimientos o servicios clínicos, administrativos o unidades de apoyo, a los cuales tendrá acceso prioritario. Aquellos establecimientos, servicios clínicos o administrativos o unidades de apoyo, que no sean ocupados por el Centro Formador prioritario en el plazo que se precise en el convenio, podrán ser otorgados a otro Centro Formador, respetando lo establecido en el primer párrafo de este numeral.

Durante el período del año en el que a un Centro Formador se le haya otorgado un CFPT en carácter prioritario, no podrá autorizarse a otra institución de educación superior que lo ocupe para una misma carrera o programa de postítulo o postgrado.

Para acceder a esta condición, el Centro Formador deberá cumplir las condiciones que se indican en las directrices que se entregan mas adelante para la suscripción de convenios para el uso y asignación de los CFPT.

En ningún caso podrán funcionar en un establecimiento asistencial más de dos Universidades, dos Institutos Profesionales y dos Centros de Formación Técnica. Los establecimientos de atención primaria sólo podrán asignarse a un Centro Formador de cada tipo.

Cuando el Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red reciban solicitudes para efectuar estadías o capacitaciones de corta duración, por parte de profesionales o técnicos, sea en forma individual o colectiva, de instituciones de salud públicas o privadas o de centros formadores de cualquier nivel distintos al definido como prioritario, ellas deberán ser resueltas por su Director previo informe favorable de la Comisión Local Docente Asistencial.

En los establecimientos donde haya más de un Centro Formador las autoridades deberán adoptar la medidas para la adecuada coordinación y prevenir cualquier efecto inconveniente en la asistencia de los usuarios, en la operación del servicio o unidad de apoyo y en la relación entre académicos y estudiantes.

4.- Comisiones Asesoras en la Relación Docente Asistencial

Para efecto del adecuado funcionamiento de la relación docente asistencial, se mantendrá la estructura asesora definida en el D.S. 908 del año 1991, que regula la Comisión Nacional Docente Asistencial, sin perjuicio de las adecuaciones en su estructura y atribuciones que decida efectuar el Ministerio de Salud, con el fin de fortalecer su contribución a la política nacional de formación del personal para el Sector Salud.

El funcionamiento de las Comisiones Nacionales, Regionales y Locales definidas en dicho Decreto Supremo, no afectará las responsabilidades asignadas a la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud en la materia, ni las de los Servicios de Salud y establecimientos de autogestión en red, así como las definidas por sus autoridades para las áreas técnicas responsables de los convenios con las entidades formadoras.

5.- Suscripción de nuevos convenios, renovación y resolución de los vigentes.

Los nuevos convenios docente asistenciales que se suscriban a partir de la fecha de dictación de la Resolución del Ministro de Salud que apruebe esta norma, deberán sujetarse a los criterios y directrices establecidos en este documento.

Los Servicios de Salud deberán en el plazo de un año, a partir de la fecha indicada, revisar todos los convenios que hayan suscrito con Centros Formadores del Sistema de Educación Superior sobre la materia. En el caso que estos convenios tengan una vigencia cuya fecha de conclusión sea inferior a un año a partir de esta fecha, deberán iniciar un nuevo proceso de asignación en conformidad a lo establecido en esta Norma. Si la vigencia se extendiera más allá del plazo de un año a contar de la fecha indicada el Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red deberá renegociar los términos del convenio vigente buscando dar cumplimiento a las disposiciones de esta Norma, sin que esta renegociación pueda extender la vigencia del convenio más allá del plazo de duración del mismo.

Cuando se deba llevar a cabo un proceso de renegociación, cada Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red, deberá definir los mecanismos de adecuación de los Convenios vigentes, incluyendo la asignación prioritaria de un determinado CFPT para una carrera específica o programa de postítulo o postgrado, cuidando que se satisfagan las condiciones establecidas en la presente Norma. De esta manera deberá ponerse término a la coexistencia de distintos centros formadores que exceda los límites definidos en esta normativa.

Asimismo, si esta adecuación supone una reasignación de los programas o unidades clínicas o administrativas a los centros formadores, dicha reasignación deberá considerar entre otros factores el período de duración de los respectivos convenios, la data de término de los mismos y la experiencia objetivada que la Dirección del Servicio o establecimiento otorgue a la relación con cada Centro Formador.

3

ROLES Y ATRIBUCIONES DE LOS DIRECTIVOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

1.- Secretario Regional Ministerial de Salud

El Secretario Regional Ministerial de Salud presidirá la Comisión Regional Docente Asistencial definida en el D.S. Nº 908 de 1991, y velará para que los convenios docente asistenciales contribuyan al cumplimiento de la política nacional de salud y a los objetivos sanitarios de la Región.

El Secretario Regional Ministerial de Salud tomará conocimiento de dichos convenios y hará llegar a las entidades del SNSS y a los Centros Formadores, las sugerencias y observaciones que le merezcan los convenios suscritos y su cumplimiento, para su consideración por las autoridades respectivas.

2.- Directores de Servicios de Salud

A los Directores de los Servicios de Salud les corresponderá la definición de las orientaciones técnicas para la suscripción de los convenios, ya sea que este acto sea efectuado por esta misma autoridad o por el o los Directores de establecimientos en los cuales haya delegado esta responsabilidad, así como el control de su cumplimiento. Todo esto en el marco de lo dispuesto por la presente Norma General Administrativa.

Dentro de las orientaciones técnicas deberá proponer los instrumentos para definir la capacidad del campo de formación profesional y técnica, y la modalidad de operacionalización de los diferentes criterios que la normativa defina para su asignación.

Sin perjuicio de las facultades que corresponden a los Directores de establecimientos de autogestión en red, el Director del Servicio podrá definir redes asistenciales en el territorio de su Servicio de Salud, para atender determinadas necesidades de formación.

Le corresponderá convocar, con la periodicidad que estime conveniente, a representantes de las Comisiones Locales Docente Asistenciales de los diferentes establecimientos, con el fin de coordinar la adecuada gestión de la implementación de los convenios. También prestará asesoría técnica a éstos, a través de la instancia que establezca.

3.- Directores de establecimientos de autogestión en red

Los directores de los establecimientos de autogestión en red suscribirán los convenios referidos a su establecimiento, sujetándose a lo dispuesto por la Norma General Administrativa sobre la materia y atendiendo las orientaciones específicas del Director del Servicio de Salud.

Le corresponderá cautelar la adecuada gestión y cumplimiento del convenio, así como convocar y dirigir las sesiones de la Comisión Local Docente Asistencial.

4.- Municipalidades

Los Servicios de Salud deberán coordinarse con las municipalidades de su territorio que otorguen prestaciones de salud a través de establecimientos de su dependencia -ya sea que los administren directamente o a través de Corporaciones-, para efectos de dar cumplimiento a las orientaciones de la presente normativa y entregar asesoría técnica en la asignación de los campos de formación profesional y técnica de los establecimientos de su dependencia, especialmente en cuanto a la definición de estándares de capacidad de formación.

El Servicio de Salud ejercerá las acciones necesarias, en el marco de sus atribuciones, para que dichos convenios contribuyan al cumplimiento del programa de salud municipal aprobado por el Director del Servicio de Salud y a los objetivos de la política nacional de recursos humanos del Ministerio de Salud, así como al cierre de las brechas de personal para el Sector Salud, especialmente de la Región. También tendrá en especial consideración el aporte que hagan a la implementación del modelo de atención de salud impulsado por la reforma sectorial.

4

DIRECTRICES PARA LA SUSCRIPCION DE CONVENIOS DOCENTE- ASISTENCIALES DE ASIGNACION DE LOS CAMPOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

- 1) Requisitos que deben satisfacerse para que un Servicio de Salud suscriba un convenio con una institución formadora para el uso de los campos de formación profesional y técnica de sus establecimientos.**

Con la expansión del sistema de educación superior, todos los Servicios de Salud reciben demandas de Centros Formadores para hacer uso de los campos de formación profesional y técnica de sus establecimientos. A su vez en todos los establecimientos es posible el ejercicio de la actividad docente y de investigación en distintas carreras y programas de postítulo, postgrado y formación continua.

Para que un Servicio de Salud mantenga o incorpore la actividad docente y de investigación a su quehacer, es preciso que se den las siguientes condiciones:

- i) Que sea parte de su misión declarada.
- ii) Que tenga una cartera de servicios y una demanda asistencial, acorde con los requerimientos del programa formativo y de investigación materia del convenio.
- iii) Que cuente con infraestructura y equipamiento propios y/o del Centro Formador, para cumplir con las actividades indicadas, tales como salas para reuniones docentes, laboratorios con capacidad de investigación si fuera el caso, equipamiento audiovisual, acomodaciones para residencia y resguardo de bienes de académicos y estudiantes, etc.

- iv) Que tenga disponibilidad efectiva para acoger la actividad formadora sin afectar la prestación de servicios asistenciales.
- v) Que cuente con la capacidad de gestión suficiente para apoyar, monitorizar, controlar, evaluar y capitalizar –en conformidad a lo establecido en el número 7) de este Capítulo -, la actividad formadora y de investigación.
- vi) Que integre una red asistencial en la que puedan atenderse las diferentes necesidades formativas que surjan de él o de los convenios que se suscriban.
- vii) Que incentive dentro de su personal una actitud positiva y de valoración de la actividad formativa y de investigación.

Cada Servicio de Salud debe definir, según las capacidades que tenga, las carreras y programas para los cuales puede suscribir convenios. Debe tener en cuenta, eso sí, que ningún establecimiento por sí solo puede asegurar el cumplimiento total de programas de formación acordes con el modelo de atención que propicia el Ministerio. Es por esto que debe cautelar que en los convenios se consignen los aspectos del programa de formación en que los campos de formación profesional y técnica de su dependencia aportarán, y donde se ejecutarán los restantes, considerando la opinión de los Centros de Formación. Es preciso incentivar la formación en el nivel primario de atención, dada la prioridad que tiene para los beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Los establecimientos de autogestión en red establecerán convenios con instituciones formadoras considerando las orientaciones señaladas en este documento y las específicas que establezca el Director del Servicio de Salud. Cuando esta considere que el convenio influirá de manera significativa en el desarrollo del establecimiento y del Servicio de Salud, sugerirá a sus autoridades la suscripción de un compromiso de gestión sobre la materia.

2) Modalidad de asignación.

Toda vez que un Servicio de Salud evalúe que cuenta con disponibilidad para acoger la actividad docente y de investigación y tiene las capacidades de gestión necesarias, lo comunicará a la Subsecretaría de Redes Asistenciales para que lo ponga en conocimiento de la Comisión Nacional Docente Asistencial para su difusión y conocimiento de las entidades interesadas.

El Servicio dará a conocer los requisitos mínimos que deberán cumplir estas entidades para ocuparlo y propondrá un formato de presentación, todo lo cual será parte de los términos de referencia que deberán ser aprobados mediante la dictación de un acto administrativo por parte del Director del Servicio o del Establecimiento Autogestionado de que se trate. En estos términos de referencia

deberá hacerse indicación explícita, entre otros elementos, a los criterios que serán objeto de evaluación; la ponderación de los mismos; la integración de los miembros de la comisión de evaluación de las propuestas que presenten los centros formadores; los tiempos asociados a cada una de las etapas del proceso; régimen de reclamaciones de la decisión que adopte la autoridad; etc.

En la medida que exista una relación satisfactoria del Servicio de Salud en uno o todos sus establecimientos con una determinada entidad formadora, con aportes en infraestructura y/o equipamiento si así ha sido el caso, concurriendo los requisitos indicados en el párrafo dos del número 3.- del Capítulo 2, aquella tendrá prioridad en la asignación del campo de formación profesional y técnica.

Analizadas las presentaciones de los centros formadores interesados y considerando los beneficios que acarreará la relación para el Servicio de Salud y sus establecimientos en el mediano y largo plazo, tomará una decisión, la que comunicará a dichas instituciones.

En el proceso de asignación no podrán participar funcionarios que sean académicos de algún Centro Formador, que tengan intereses comerciales o vínculo contractual con ellos o que los unan relaciones de parentesco directo con sus propietarios o representantes legales.

3) Aspectos específicos a tener en consideración.

a) Duración del convenio.

Para carreras universitarias de pregrado el convenio con cualquier institución formadora no podrá tener una duración inferior a diez años ni superior a quince. Dichos límites serán de cinco y diez años respectivamente, en los casos de formaciones de postítulo, postgrado o técnica.

b) Contrapartes técnica y administrativa.

El Director del Servicio de Salud, o el Director del establecimiento de autogestión en red en su caso, establecerá una instancia técnica o un profesional responsable en la Dirección, según sea la relevancia que la formación de personal para el Sector tenga dentro de su red asistencial, la que asumirá los aspectos técnicos de la relación con los centros formadores y asesorará al Director del Servicio de Salud en la materia.

La instancia o profesional que se defina actuará en estrecha coordinación con la Subdirección Médica y el Dpto. Subdirección de Recursos Humanos, para efecto de la consistencia de la política referida a la relación docente asistencial con la prestación de servicios a la población y la formación del

personal, así como para definir el aporte que los convenios harán a la satisfacción de las necesidades de personal de los establecimientos.

También se relacionará con la Subdirección Administrativa para el establecimiento de los requerimientos administrativos y financieros a incluir en el convenio y la forma de monitorizar su cumplimiento.

Anualmente propondrá al Director del Servicio de Salud un plan de trabajo, en el que se consignarán, entre otros, los indicadores de calidad con los que se evaluará su propio nivel de desempeño.

El Director del Servicio, mediante resolución, definirá el profesional responsable del área en comento, de acuerdo al perfil de competencia propuesto por el Dpto. Subdirección de Recursos Humanos, y las responsabilidades y atribuciones que tendrá, entre las cuales se encontrará la de actuar como secretario ejecutivo de la Comisión Local Docente Asistencial.

En los establecimientos de alta y mediana complejidad su Director nominará a un profesional que se encargará de la gestión de la relación docente asistencial y de la monitorización del cumplimiento de los convenios. Este profesional actuará en estrecha coordinación con la Dirección del Servicio de Salud e integrará las instancias de asesoría que el Director del establecimiento defina.

En los convenios se deberá dejar constancia de las contrapartes técnicas y administrativas, sin perjuicio de las funciones y responsabilidades que asistan a los respectivos representantes legales.

c) Definición de la capacidad formadora.

Los Servicios de Salud deberán aplicar estándares que permitan determinar la capacidad formadora de sus establecimientos en las diferentes carreras y programas de formación continua y de postítulo para profesionales y técnicos, especialmente aquellas en las cuales existe demanda planteada por los centros formadores y en las que se pueda anticipar que la habrá en los años siguientes.

Dicha metodología deberá considerar, entre otros aspectos, la carga asistencial del establecimiento; su nivel de desarrollo en las distintas áreas de servicios y prestaciones específicas; la capacidad para gestionar, en lo pertinente, la actividad formativa; la capacidad física para acoger a los estudiantes, académicos y al equipamiento docente y de investigación; y, muy especialmente, los derechos de los pacientes y funcionarios.

Se estructurarán estándares que relacionen a la diferentes categorías de estudiantes, en número y calidad, con los factores centrales de la práctica clínica, de laboratorio, imagenología o administrativa, entre otros, tales como el tipo de establecimiento, servicio clínico o unidad de apoyo, categorías y número de pacientes, dotación de camas o equipamiento, número y tipo de actividades (por ej.: consultas, procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, administrativos, etc.). También aquellos que se

refieran a la relación entre las diferentes categorías de académicos y los estudiantes a los que deban darles tutoría o supervisar.

Para la elaboración de dichos estándares, el Ministerio solicitará a la Comisión Nacional Docente Asistencial que constituya un grupo técnico de trabajo interinstitucional, el que solicitará aportes a todas las entidades que la integran. Sus conclusiones, debidamente aprobadas por el Ministro o Ministra de Salud, serán de aplicación obligatoria para las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Como producto de la aplicación de la metodología que se defina, el Ministerio y los Servicios de Salud estarán en condiciones de dar a conocer a los Centros Formadores el número de estudiantes que podrá acceder a cada uno de sus establecimientos, servicios clínicos, unidades de apoyo y servicios administrativos, en el período que se determine, en los diferentes tipos de formaciones.

El Ministerio de Salud solicitará asesoría a la Comisión Nacional Docente Asistencial, para definir las carreras y programas en que se desarrollará y aplicará de manera prioritaria esta metodología.

d) Condiciones del Centro Formador.

Los Centros Formadores para poder suscribir un convenio de acceso a los CFPT del Sistema Nacional de Servicios de Salud, deberán reunir las siguientes condiciones, las que formarán parte de los términos de referencia del proceso de adjudicación que se efectúe:

- i) Ser instituciones legalmente constituidas en los términos establecidos por la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza.
- ii) Haber aprobado la acreditación institucional, conforme a la normativa establecida en la Ley de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.
- iii) Contar con solidez institucional en lo administrativo, financiero, pedagógico y científico, que asegure la calidad de los servicios educacionales que presta. Esta solidez institucional deberá acreditarse de acuerdo a lo que establezcan los respectivos términos de referencia que sean aprobadas por la Dirección del Servicio o Establecimiento de Autogestión en Red, en conformidad a lo establecido en el numeral 2 precedente.
- iv) Tener un cuerpo académico con vínculo contractual estable, que garantice la correcta ejecución del programa de formación, especialmente la tutoría presencial de los estudiantes en sus actividades prácticas. Lo anterior deberá acreditarse de acuerdo a lo que establezcan los respectivos términos de referencia que sean aprobadas por la Dirección del Servicio o Establecimiento de Autogestión en Red
- v) Manifestar compromiso con el desarrollo de la Región en la que se encuentra el Servicio o establecimiento de autogestión en red,

especialmente con el Sector Público de Salud, expresado en la presentación y ejecución de proyectos de beneficio para sus instituciones y comunidad.

- vi) El proyecto educativo del Centro Formador en Salud deberá demostrar en su diseño y ejecución que contribuye al cumplimiento de las políticas definidas por el Ministerio de Salud.
- vii) El programa de formación a cuyo desarrollo contribuirá el campo de formación profesional y técnica, deberá generar un perfil de egreso de los estudiantes de pre y postgrado y de competencias en los de postítulo y formación continua, adecuado para la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud. Los cambios relevantes en la orientación del programa, deben ser comunicados con anticipación a la asesoría técnica que haya establecido el Director del Servicio de Salud.
- viii) El Centro Formador deberá apoyar el desarrollo integral del establecimiento, servicio o unidad donde lleve a cabo sus actividades, poniendo a su disposición las competencias institucionales y académicas con las que cuenta.
- ix) El Centro Formador deberá contar con sistemas para indemnizar al Servicio de Salud y a terceros frente a perjuicios causados por el desarrollo de sus actividades en el CFPT.
- x) Tener definido que sus funcionarios se ceñirán a todas las normas administrativas de los establecimientos asistenciales y que, en lo asistencial, dependerán de las jefaturas de los servicios clínicos o unidades de apoyo que corresponda.

e) Acceso prioritario al campo de formación profesional y técnica por un Centro Formador.

El CFPT correspondiente a un establecimiento se asignará con carácter prioritario a un Centro Formador que reúna los requisitos que se enumeran mas abajo. Se entiende que este acceso tiene un carácter prioritario cuando entre el Servicio de Salud o el establecimiento de autogestión en red y el Centro Formador, se conviene que este será el único que hará uso de un determinado establecimiento, servicio clínico o administrativo o unidad de apoyo, para la o las carreras o programas de postítulo o postgrado que se convengan, condicionándose el acceso de otro Centro Formador a un acuerdo previo del Servicio de Salud con el Centro Formador prioritario y al informe favorable de la Comisión Local Docente Asistencial, teniendo siempre en consideración la capacidad formadora que se haya determinado.

Condiciones que los Servicios de Salud o los establecimientos de autogestión en red deberán exigir a los Centros Formadores para la celebración de los respectivos convenios:

- i) Acreditación del Centro Formador y de la carrera de que se trate, conforme a la normativa vigente, y adscripción a un examen nacional de egreso para el caso de aquellas profesiones en que se aplique.
- ii) Experiencia positiva y significativa de trabajo con instituciones públicas de salud, en lo posible con el Servicio de Salud con el que se conviene, comprobada a través de informes emitidos por dichas entidades, con demostración de los logros alcanzados.
- iii) Capacidad del Centro Formador para hacer uso pleno del CFPT que se le asigna, lo que significa su presencia permanente a través de académicos, estudiantes e investigadores en labores formativas, de investigación y de apoyo a la asistencia de la población. En este último caso, especialmente en el fortalecimiento de residencias y servicios de urgencia.

Para este efecto, el Centro Formador presentará un plan de trabajo a cumplir durante el período de asignación del Campo de Formación, con etapas anuales, a partir del inicio formal de las actividades que se convienen, y cuyo cumplimiento será evaluado por la asesoría técnica que haya establecido el Director del Servicio de Salud.

- iv) Compromiso de involucramiento en el desarrollo del establecimiento, servicio clínico, unidad de apoyo o servicio administrativo, más allá de su uso con fines docentes. Esto significa hacerse parte del plan de desarrollo del Servicio de Salud y establecimiento, con aportes concretos, los que pueden ser de carácter económico y no económico, tales como asesorías y consultorías en materias relevantes para la institución; planes de formación para los funcionarios en prioridades del Servicio de Salud; desarrollo de la infraestructura; incorporación de tecnología; etc.

Este compromiso se expresará en una propuesta de plan de desarrollo del CFPT al que se postula, documento que formará parte del convenio que se suscriba.

- v) Compromiso de apoyo al plan de desarrollo de profesionales especialistas y subespecialistas del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud, conforme a la política nacional de recursos humanos y del Servicio.
- vi) Apoyo efectivo a la formación de los funcionarios del Servicio de Salud, incluyendo acceso preferente a cursos pertinentes a las funciones que desempeñan; becas totales o parciales; etc.
- vii) Relevancia de la formación propuesta para el desarrollo del Sector Público de Salud o el Servicio de Salud con el que se conviene, tales como profesiones o especialidades faltantes o iniciativas de formación impulsadas por el Ministerio de Salud.

Las condiciones antes señaladas y las obligaciones que en virtud de las mismas asuma el Centro Formador, deberán encontrarse comprendidos dentro de la propuesta que éste presente en el respectivo proceso de postulación y asignación de los Campos de Formación Profesional y Técnica

f) Derechos de los usuarios de los establecimientos.

Los usuarios de los establecimientos tendrán los siguientes derechos frente al ejercicio de las actividades docentes, de investigación y extensión que considere el convenio que se suscriba con el Centro Formador:

- i) Ser informado desde su primer contacto con el establecimiento, que en éste se desarrollan actividades docentes y de investigación, en que ámbitos y con que instituciones.
- ii) A que se le solicite su consentimiento frentes a las actividades indicadas, el que deberá ser formalizado por escrito para aquellas que impliquen algún riesgo adicional de cualquier naturaleza. En este caso el documento deberá ser conjunto del Servicio de Salud y del Centro Formador.
- iii) A que académicos y estudiantes cuenten con identificación que muestre su nombre, nivel académico o curso al cual pertenece y Centro Formador al que se adscriben. El usuario podrá negarse a ser atendido por académicos y estudiantes, sin expresión de causa.
- iv) A que se resguarde su dignidad y se respeten sus creencias políticas y religiosas, así como su visión del proceso salud enfermedad.

g) Exigencias a los académicos.

- i) Los académicos deberán dar cumplimiento efectivo a las actividades definidas en el programa de formación de que se trate, con el estándar de calidad que el Centro Formador haya establecido.
- ii) Deberán portar identificación en su uniforme de trabajo.
- iii) Deberán estar inmunizados contra los riesgos infecciosos que se definan en el convenio, o los que en el curso de la aplicación de éste defina el Director del Servicio de Salud o del establecimiento de autogestión en red.
- iv) Deberán cumplir las normas deontológicas y profesionales, así como de las demás normas que les sean aplicables.
- v) Deberán supervisar permanentemente la labor de los estudiantes y el cumplimiento por parte de éstos de las normas deontológicas, y otras que les sean aplicables..
- vi) Deberán respetar la confidencialidad de la información relacionada con la atención de los usuarios y su derecho a la privacidad.
- vii) En las actividades que tengan que ver con la asistencia de los usuarios o de la comunidad, deberán respetar los protocolos y guías clínicas que hayan definido las autoridades del establecimiento.

- viii) Deberán informar a la jefatura del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo en que desarrollen sus actividades, acerca del contenido y propósito de éstas, y obtener su aprobación cuando ellas afecten la atención clínica de un paciente.
- ix) Los académicos deberán participar de las instancias a las cuales sean convocados por las autoridades del establecimiento para examinar aspectos de la actividad docente, de investigación o asistencial.
- x) También deberán prestar su colaboración en investigaciones de carácter administrativo que defina la autoridad del Servicio de Salud o establecimiento, particularmente dando cumplimiento a las citaciones que les cursen los fiscales encargados de dichos procedimientos.
- xi) Frente a emergencias, deberán prestar su concurso, bajo la dirección del profesional del Centro Formador que para estos efectos se designe en el Convenio.
- xii) En caso de emergencia sanitaria, deberán ponerse a disposición de las autoridades del Servicio de Salud y del establecimiento, obligación que se consignará en el convenio.
- xiii) Los académicos podrán participar de todas las actividades a las cuales sean invitados por la autoridad, que signifiquen contribuir al desarrollo del establecimiento y a la mejor atención de los usuarios y de la comunidad.
- xiv) Frente a cualquier discrepancia que se suscite con los profesionales del establecimiento, el académico deberá dirigirse a la autoridad universitaria responsable de la actividad en la cual está involucrado o a quien representa a su institución ante el establecimiento o el Servicio de Salud.

h) Exigencias a los estudiantes.

- i) Los estudiantes deberán observar en todo momento las normas éticas y de conducta que rijan en el establecimiento.
- ii) Deberán poner especial atención al trato digno y respetuoso a los usuarios y personal del establecimiento, sin discriminación de ninguna especie.
- iii) Deberán respetar la confidencialidad de la información relacionada con la atención de los usuarios y su derecho a la privacidad.
- iv) Deberán portar identificación en su uniforme.
- v) Deberán estar inmunizados contra los riesgos infecciosos que se definan en el convenio, o los que en el curso de la aplicación de éste defina el Director del Servicio de Salud o del establecimiento de autogestión en red.
- vi) En las actividades que tengan que ver con la asistencia de los usuarios o de la comunidad, respetarán los protocolos y guías clínicas que hayan definido las autoridades del establecimiento.

- vii) Frente a emergencias, deberán prestar su concurso, bajo la dirección del profesional responsable del establecimiento.
- ix) En caso de emergencia sanitaria, serán puestos a disposición de las autoridades del Servicio de Salud y del establecimiento, por el Centro Formador, obligación que se consignará en el convenio.
- ix) Deberán prestar su colaboración en las investigaciones de carácter administrativo que defina la autoridad del Servicio de Salud o establecimiento, particularmente dando cumplimiento a las citaciones que les cursen los fiscales encargados de dichos procedimientos.
- x) Frente a cualquier discrepancia que se suscite con los profesionales del establecimiento, el estudiante deberá dirigirse al docente a cargo.
- xi) El estudiante podrá participar de todas las actividades a las que sea invitado por los directivos superiores y ejecutivos del establecimiento, que signifiquen contribuir al desarrollo del establecimiento y a la mejor atención de los usuarios y de la comunidad.

El Centro Formador incluirá dentro de su programación de actividades un encuentro anual de sus académicos y estudiantes con el cuerpo directivo superior del establecimiento, así como también reuniones con las jefaturas de los servicios clínicos o administrativos y unidades de apoyo que corresponda, en el momento que ingresen a ellos y en el que los dejen.

i) Condiciones particulares para el acceso a servicios clínicos y unidades de apoyo determinados.

Los Servicios de Salud deberán definir con antelación a la suscripción de un convenio, los servicios clínicos y unidades de apoyo para las cuales se establecerán exigencias especiales a los Centros Formadores que quieran acceder a ellos, así como a sus académicos y estudiantes, considerando, particularmente, los riesgos a que estarán expuestos, la complejidad tecnológica y la confidencialidad de la información que allí se gestiona.

Considerarán de manera particular, a las siguientes áreas:

- (1) Servicios de Emergencia
- (2) Pacientes críticos adultos y pediátricos
- (3) Pabellones centrales y de maternidad
- (4) Hemodiálisis
- (5) Quimioterapia
- (6) Laboratorio Clínico
- (7) Imagenología
- (8) Medicina Nuclear
- (9) Esterilización
- (10) Sistemas de información
- (11) Aislamiento
- (12) Anatomía Patológica

(13) Banco de Sangre

Las exigencias mencionadas se refieren al tipo de precauciones que deben observar los académicos y los estudiantes y el grado de supervisión que corresponde ejercer sobre los estudiantes.

j) Determinación de los costos financieros involucrados.

El Ministerio elaborará propuestas metodológicas para estimar el costo financiero que significa el uso de los CFPT de los Servicios de Salud por parte de los Centros Formadores, considerando todos sus componentes. Entre éstos deberán considerarse los siguientes:

- i) Insumos aportados por el Servicio de Salud a actividades efectuadas por el Centro Formador ya sea en docencia, investigación o extensión.
- ii) Participación de funcionarios en actividades del Centro Formador dentro de su jornada funcionaria, debidamente autorizados.
- iii) Participación de profesionales y administrativos en la gestión del convenio con el Centro Formador.
- iv) Pago de aranceles por la formación de funcionarios y becarios que cursan sus programas en establecimientos del Servicio de Salud, por parte de entidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- v) Uso de infraestructura y equipamiento del Servicio de Salud en actividades efectuadas por el Centro Formador.
- vi) Mayores costos en servicios básicos generados por las actividades del Centro Formador.
- vii) Mayores costos de reposición de equipamiento e infraestructura generados por las actividades del Centro Formador.
- viii) Pago de indemnizaciones civiles que deba asumir el Servicio de Salud como consecuencia de perjuicios producidos a terceros por actividades del Centro Formador.

Las metodologías que se definan deberán permitir el establecimiento de estándares que faciliten la estimación de los costos citados. Los Centros Formadores podrán contribuir al perfeccionamiento de este trabajo.

Los Servicios de Salud adecuarán las metodologías propuestas por el Ministerio a la realidad particular de los CFPT existentes en sus establecimientos y definirán los costos asociados a su uso antes de realizar un nuevo proceso de asignación de los mismos.

k) Criterios y modalidades de retribución por la asignación del campo de formación profesional y técnica.

Los Servicios de Salud, a partir de los costos obtenidos, dimensionarán la cuantía de los recursos financieros y/o de las retribuciones no económicas que demandarán al Centro Formador y que consignarán en el convenio.

En la definición del monto total a retribuir, se considerarán los efectos no económicos de la relación con el Centro Formador, así como la contribución de los académicos y estudiantes que no sean funcionarios o becarios de las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, a la producción del establecimiento. Dentro de dicho monto no se incluirá el aporte de los becarios del SNSS o funcionarios de él, dado que sus remuneraciones son pagadas por la respectiva institución, siempre que se cancele arancel al Centro Formador.

Algunas de las modalidades de retribución que se podrán considerar, son las siguientes:

- i) Aporte monetario con la periodicidad y oportunidad que se convenga.
- ii) Entrega de equipamiento clínico o administrativo que pase a ser propiedad del Servicio de Salud, o bajo la fórmula de comodato o manteniendo la propiedad en el Centro Formador, pero con pleno acceso del Servicio de Salud para fines asistenciales.
- iii) Transferencia de sistemas de información o software clínico o administrativo, con la licencia correspondiente.
- iv) Asesorías o consultorías requeridas por el Servicio de Salud.
- v) Desarrollo de proyectos de investigación requeridos por el Servicio de Salud.
- vi) Diseño y ejecución de planes de formación solicitados por el Servicio de Salud para sus funcionarios, en el marco de su Plan Anual de Capacitación.
- vii) Cursos de capacitación específicos dirigidos a funcionarios del Servicio de Salud para desarrollar y fortalecer sus competencias.
- viii) Acceso preferente de los funcionarios del Servicio de Salud a programas de formación ofrecidos por el Centro Formador.
- ix) Otorgamiento de becas de estudio, totales o parciales, a funcionarios del Servicio de Salud por parte del Centro Formador, para cursar programas de formación en éste. También, por acuerdo entre las partes, podrán considerarse los hijos de funcionarios meritorios que cumplan con los requisitos de ingreso establecidos por el Centro Formador.

Lo establecido en los números viii) y ix) precedentes no será aplicable a quienes se desempeñen como contrapartes técnicas o administrativas del Servicio o Establecimiento Autogestionado.

Para efecto de la determinación de la cuantía de los aportes que retribuye el valor del acceso al CFPT, ellos deberán ser debidamente valorizados a conformidad del Servicio de Salud.

En caso que en virtud del convenio se haga entrega a cualquier título de bienes muebles e infraestructura al Servicio o establecimiento, el convenio deberá regular íntegramente la situación de éstos, especialmente en lo relativo al término de la vigencia del convenio.

I) Rol de los funcionarios de los Servicios de Salud en las actividades del Centro Formador.

Quienes integran los establecimientos de mayor complejidad de los Servicios de Salud, participan de establecimientos en los cuales una de sus misiones principales es la formación de los recursos humanos para el Sector. Por lo tanto, les corresponde facilitar el cumplimiento de los convenios que el Servicio de Salud haya suscrito con dicho fin.

Esta colaboración debe tener en consideración los siguientes elementos:

- i) Los funcionarios tienen como objetivo la correcta asistencia de la población, por lo tanto su aporte en la función formativa debe guardar relación con dicho objetivo.
- ii) Su participación en actividades de responsabilidad de la entidad formadora debe ser autorizada por su superior directo, quien deberá definir si se requiere la devolución de las horas utilizadas para cautelar el cumplimiento de las metas asistenciales comprometidas por el establecimiento.
- iii) Los funcionarios que tengan relación de trabajo con alguna institución formadora, cualquiera sea la naturaleza jurídica de aquella, no podrán desarrollar actividades derivadas de ella durante la jornada contratada con el Servicio de Salud o establecimiento de autogestión en red. Estas instituciones, así como también los Centros Formadores, deberán implementar los sistemas de control que permitan cautelar el cumplimiento de esta disposición.
- iv) Los funcionarios deben integrar todas las instancias de gestión del convenio que establezca el Director del establecimiento.
- v) Los funcionarios tienen derecho a que su aporte a la función formativa sea reconocido por el Centro Formador, con la certificación correspondiente o el otorgamiento de la condición de docente adjunto, lo que debe ser incluido en el convenio que se suscriba.
- vi) Solo pueden percibir una retribución económica a título individual por su participación, si esta se efectúa fuera de la jornada funcionaria.

Cualquier beneficio económico acordado para el personal por el Centro Formador con el Servicio de Salud, será distribuido de manera transparente entre quienes hayan participado de la actividad docente, de investigación o extensión, según criterios establecidos por la Comisión Local Docente Asistencial. En ningún caso los funcionarios que actúen como contrapartes técnica o administrativa podrán percibir retribución económica alguna de parte del Centro Formador.

- vii) Es responsabilidad de los funcionarios informar a los usuarios cuando sean sujetos de actividades docentes o de investigación, en subsidio de la que le corresponde en primer lugar a quienes representan al Centro Formador.

m) Derechos laborales de funcionarios de los Servicios de Salud y académicos universitarios.

En el convenio que se suscriba deberá dejarse expresa constancia que las partes deberán dar pleno cumplimiento a la normativa laboral aplicable a los funcionarios y académicos dependientes de cada institución.

n) Responsabilidad civil de las partes involucradas en el convenio y del personal y estudiantes.

El ejercicio de la actividad docente y de investigación en un centro docente asistencial, entraña el riesgo de perjuicios a los usuarios de los establecimientos y al patrimonio de las instituciones participantes.

Las autoridades de cada una de las instituciones que convienen deben adoptar todas las medidas que prevengan que dichas situaciones se produzcan y paliarlas cuando sucedan. Con este fin entregarán las orientaciones necesarias al personal, académicos y estudiantes.

En el convenio se establecerá la forma en la cual el Centro Formador responderá ante el Servicio de Salud o el establecimiento de autogestión en red, por los perjuicios de cualquier índole que su actividad produzca.

4) Condiciones para la resolución del convenio.

En el convenio se debe señalar el derecho de las partes de ponerle término anticipado al mismo, mediante aviso previo enviado en un plazo no inferior a seis meses antes de la fecha de su expiración, para las carreras o programas de una duración igual o inferior a tres años, y de un año, cuando dicha duración sea mayor. Este derecho se podrá ejercer sólo cuando exista incumplimiento grave de alguno de los términos del mencionado convenio.

En lo que se refiere al Centro Formador, las situaciones principales a considerar son las siguientes:

- i) Transgresiones graves a las normas que rigen en el establecimiento, por parte de académicos o estudiantes, especialmente de orden disciplinario, cumplimiento de protocolos y guías clínicas, falta de respeto a la dignidad de los usuarios y funcionarios y daños al patrimonio e imagen del establecimiento.
- ii) Incumplimiento de los compromisos asumidos en cuanto al número de estudiantes que ocuparán el campo clínico en períodos determinados y al apoyo docente comprometido.
- iii) Pérdida de la vigencia de la acreditación institucional, de carrera o de programas, en el marco de lo dispuesto por la ley de aseguramiento de la calidad de la educación superior.
- iv) Uso no autorizado de infraestructura, equipamiento, insumos y personal del establecimiento, con fines docentes o de investigación.
- v) Falta de aplicación de las medidas de inmunización de académicos y estudiantes.
- vi) Incumplimiento de los compromisos de reparación por daños y perjuicios producido por la actividad del Centro Formador.
- vii) Incumplimiento de los compromisos de retribución económica y no económica.

En la eventualidad que se rescinda anticipadamente el convenio, las partes cautelarán que los estudiantes de las carreras y los programas de formación en curso, no sean perjudicados, debiendo acordarse los términos en que continuarán sus actividades en el mismo CFPT u otro que el Centro Formador haya convenido.

En el caso que el convenio haya sido resuelto por el Centro Formador o por transgresiones graves de éste, será de su entera responsabilidad resolver la continuidad de estudios de sus alumnos. Debe dejarse expresamente señalada esta prevención en el convenio, eximiendo de toda responsabilidad al Servicio de Salud.

En los casos en los cuales el CFPT haya sido asignado con carácter prioritario a un Centro Formador, este no podrá ser asignado a otra institución de educación superior para la misma carrera o programa de postítulo o postgrado, hasta que no hayan finalizado los cursos comprometidos con el primer Centro Formador.

5) Rol del Subsecretario de Redes Asistenciales en la resolución de conflictos docente asistenciales.

Frente a diferencias graves en el cumplimiento de un convenio de uso y asignación de un campo de formación profesional y técnica, el Subsecretario de Redes Asistenciales, por propia iniciativa o a petición de cualquiera de las partes, podrá hacer valer sus buenos oficios en búsqueda de una solución. En este cometido recurrirá a la asesoría de las Divisiones del Ministerio de Salud y oírás las recomendaciones que haga la Comisión Nacional Docente Asistencial.

La facultad antes referida será sin perjuicio de la competencia y atribuciones propias de la Contraloría General de la República y los Tribunales de Justicia.

6) Evaluación del convenio.

Anualmente la asesoría técnica que haya establecido el Director del Servicio de Salud, emitirá un informe de cumplimiento de los convenios que el Servicio de Salud tenga con instituciones formadoras. Dicho informe deberá indicar pormenorizadamente el grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en el convenio y de las actividades vinculadas a su gestión.

También deberá darse cuenta de los logros alcanzados y de las perspectivas de desarrollo futuro.

La asesoría técnica deberá pronunciarse sobre la conveniencia de mantener y profundizar la relación con el Centro Formador de que se trate, o sugerir que se considere su término anticipado por haberse producido un incumplimiento grave de las obligaciones del Centro Formador.

El informe que emita dicha asesoría, deberá ser analizado por los directivos del establecimiento involucrado con el Subdirector Médico del Servicio de Salud, para elaborar una propuesta que considere medidas a tomar por el Director del Servicio de Salud.

Los resultados de este proceso deberán considerarse en la elaboración del plan estratégico del Servicio de Salud.

7) Capitalización de la experiencia surgida de la aplicación del convenio

Además de la evaluación, la asesoría técnica que haya establecido el Director del Servicio de Salud, deberá organizar, cada dos años, un proceso de capitalización de los aprendizajes surgidos de la aplicación de los convenios, de manera de asegurar la utilización de ellos en la suscripción de otros y facilitar su transferencia a los diferentes establecimientos y Servicios de Salud del país.

Con este fin hará entrevistas estructuradas a actores claves y organizará talleres y seminarios que permitan el análisis de las prácticas desarrolladas.

Las conclusiones de dicho proceso serán comunicadas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Los resultados a que se arribe deberán considerarse en la elaboración del plan estratégico del Servicio de Salud.

DIAGRAMA DE PROCESO: ASIGNACION DE CUPOS EN CAMPOS CLINICOS



