

La relación asistencia-docente en Chile: Historia, desafíos y perspectiva en la formación de profesionales de la salud

Iván Guglielmi^{1,*}, Yolanda Zúñiga², Tamara Ramírez³, Nicol Villarroel¹.

The Teaching–Healthcare Relationship in Chile: History, Challenges, and Perspectives in the Training of Health Professionals

RESUMEN

El presente artículo de revisión examina la gestión de campos clínicos y su relación con las universidades, un tema crucial en la salud en Chile. Esta relación, que comenzó en 1833 con la creación de la Escuela de Medicina en el Instituto Nacional, ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo. **Objetivos:** El documento aborda la historia de esta relación, destacando hitos como la creación de la primera Comisión Nacional Docente-Asistencial (CONDAS) en 1942, y cambios legislativos clave, incluyendo el decreto que permitió la fundación de universidades privadas en 1981. También se discute el crecimiento de las universidades privadas y la necesidad de regularizar el uso de campos clínicos. La Ley de Autoridad Sanitaria y sus implicaciones en la asignación de campos clínicos son analizadas, así como la relación actual entre instituciones de educación superior y establecimientos de salud. **Métodos:** Se realizó una revisión histórica narrativa mediante búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas (SciELO, LILACS, Biblioteca del Congreso Nacional), repositorios académicos y archivos del Ministerio de Salud. **Discusión y Conclusión:** El documento reflexiona sobre la necesidad de una relación docente-asistencial más cohesiva y unificada, y propone estrategias para mejorarla, considerando siempre el respeto por la dignidad y derechos de los pacientes, la colaboración mutua, y la transparencia en la información. **Palabras clave:** Educación Médica; Educación de Pregrado en Medicina; Internado Clínico; Servicios de Salud.

¹Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Coyhaique, Chile.

²Unidad de Coordinación Asistencial – Docente, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³Unidad de Campos Clínicos, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

*Correspondencia: Iván Guglielmi / ivan.guglielmi@uaysen.cl

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 10 de abril de 2025.
Aceptado: 05 de diciembre de 2025.

ABSTRACT

*This review article examines the management of clinical training sites and their relationship with universities, a crucial topic in healthcare in Chile. This relationship, which began in 1833 with the creation of the School of Medicine at the National Institute, has evolved significantly over time. **Aim:** The document addresses the history of this relationship, highlighting milestones such as the creation of the first National Teaching-Healthcare Commission (CONDAS) in 1942, and key legislative changes, including the decree that allowed the establishment of private universities in 1981. The growth of private universities and the need to regularize the use of clinical training sites are also discussed. The Health Authority Law and its implications for the allocation of clinical training sites are analyzed, as well as the current relationship between higher education institutions and healthcare facilities. **Methods:** A historical-documentary review was conducted through systematic searches in electronic databases (SciELO, LILACS, National Library of Congress), academic repositories, and Ministry of Health archives. **Discussion and Conclusion:** The document reflects on the need for a more cohesive and unified teaching-healthcare relationship, and proposes strategies to improve it, always considering respect for patients' dignity and rights, mutual collaboration, and transparency in information.*

Keywords: Clinical Clerkship; Education, Medical; Education, Medical, Undergraduate; Health Services.

La gestión de campos clínicos y su vínculo con las universidades es crucial en el ámbito de la salud. En Chile, la integración de prácticas en la formación de profesionales sanitarios se ha fomentado por décadas, reflejando una realidad nacional y global. Las instituciones de educación superior precisan espacios de formación asistencial de alta calidad para las carreras de salud, originando la relación docente-asistencial. No obstante, esta relación es compleja debido a múltiples factores, incluyendo infraestructura, costos por cupo estudiantil y disparidades de cobro entre universidades públicas y privadas. Por ende, resulta relevante analizar las regulaciones actuales de la relación docente-asistencial en Chile y su impacto en la generación de desigualdades institucionales.

En la última década, la Relación Asistencial- Docente (RAD) en Chile transitó desde un marco principalmente histórico-administrativo hacia un esquema regulatorio más complejo y estandarizado, que culmina en la Norma Técnica Administrativa aprobada por el Decreto Supremo (DS) N.º 19 del 05.09.2017 del MINSAL, la cual establece el proceso de postulación y asignación de campos clínicos de pregrado, define contribuciones de las instituciones formadoras y explicita roles de coordinación a nivel de hospitales, servicios de salud y entidades formadoras¹. Este vínculo hoy abarca pregrado y posgrado (formación de especialistas), hospitales autogestionados en red, establecimientos de la Red Asistencial, atención primaria municipal (DSM) e instituciones privadas

con convenio, ampliando los escenarios docentes y los desafíos de equidad.

Métodos

Este estudio corresponde a una revisión histórica y documental sobre la RAD en Chile. La estrategia metodológica incluyó tres fases principales: búsqueda bibliográfica, selección documental y análisis narrativo.

Fase de búsqueda bibliográfica: Se realizó una búsqueda sistemática de documentos entre enero y septiembre de 2023 utilizando bases de datos electrónicas (SciELO Chile, LILACS, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile), repositorios académicos de universidades chilenas y archivos documentales del Ministerio de Salud. Los términos de búsqueda incluyeron: “relación docente-asistencial”, “campos clínicos”, “formación en salud”, “CONDAS”, “normativa campos clínicos” y “relación universidades-hospitales”. Adicionalmente, se revisaron documentos históricos mediante técnica de bola de nieve, identificando decretos, normativas y publicaciones citadas en documentos primarios.

Criterios de selección documental: Se incluyeron: 1) Documentos legales y normativos referente a la RAD en Chile (decretos, leyes, reglamentos); 2) Artículos científicos y de revisión que abordaran aspectos históricos o regulatorios de la RAD en el contexto chileno; 3) Documentos institucionales de universidades y del Ministerio de

Salud relacionados con la temática. Se excluyeron documentos sin respaldo institucional verificable o que no aportaran información específica sobre el desarrollo histórico o normativo de la RAD en Chile.

Proceso de análisis: Se aplicó un análisis histórico narrativo en el que los documentos seleccionados fueron revisados cronológicamente para identificar: a) hitos históricos relevantes, b) evolución del marco normativo y regulatorio, c) transformaciones institucionales con impacto en la RAD, y d) desafíos contemporáneos. Los documentos fueron clasificados según su naturaleza (normativo-legal, académico-científico, institucional) y se elaboró una línea temporal que permitió visualizar la evolución de la RAD en Chile (Figura 1).

Optamos por un análisis narrativo histórico-documental, apropiado para integrar fuentes legales, administrativas y académicas y ordenarlas cronológicamente para interpretar su sentido regulatorio y efectos en la gobernanza. Este enfoque es congruente con la naturaleza de las fuentes (leyes, decretos, normas técnicas, documentos institucionales) y con el propósito de contextualizar decisiones de política pública. Como limitación, el análisis narrativo no cuantifica magnitudes de efecto ni evalúa calidad metodológica de estudios empíricos; lo abordamos triangulando documentos normativos y fuentes secundarias y explicitando sus alcances.

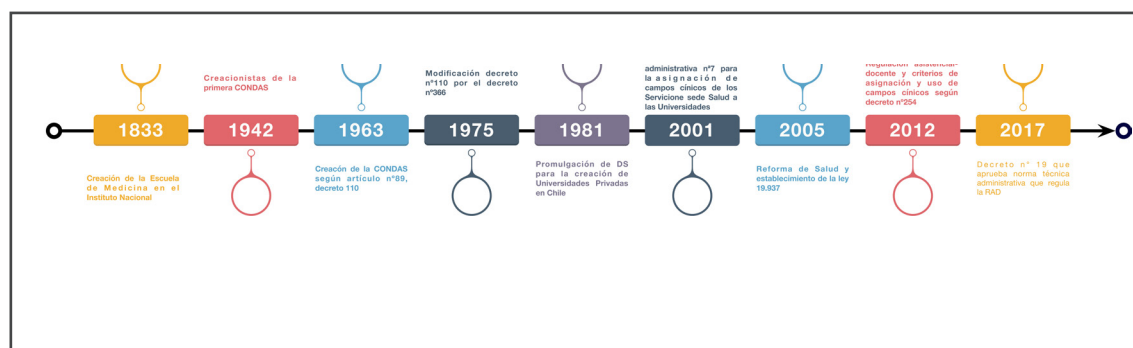


Figura 1: Temporalidad de la relación asistencia docente en Chile.

Resultados

Evidencia de la relación docente asistencial a lo largo de la historia.

Para comprender la relación docente-asistencial actual, es necesario conocer la historia entre establecimientos de salud pertenecientes al sistema de salud chileno y las instituciones de educación superior que han impartido e imparten carreras profesionales del área de la salud.

Históricamente, la relación entre el estado y las universidades con sus carreras de medicina se inició el 19 de marzo de 1833, mediante el Decreto N° 1.329 que creó la Escuela de Medicina en el Instituto Nacional. Posteriormente, las clases se trasladaron a los Hospitales San Juan de Dios y San Vicente, junto a la enseñanza práctica de niveles de formación menores y los internados profesionales². En 1942, se constituyó la primera "Comisión Nacional Docente-Asistencial" que estableció que las Jefaturas de los Servicios Clínicos de los 4 principales hospitales de Santiago debía ser constituida por Profesores Titulares de la Universidad de Chile, lo que se desarrolló en primera instancia en los servicios de medicina interna, cirugía general, pediatría y obstetricia³, instancia que permitió una coordinación más armónica de la ocupación docente en los establecimientos asistenciales. Es necesario destacar que fue solo en julio del año 1963 y mediante la legislación chilena, se crea legalmente la Comisión Nacional Docente-Asistencial, "CONDAS", según el artículo N° 89 del decreto N° 110⁴. Posteriormente, este documento fue modificado por el decreto N° 366 del 28 de julio de 1975, mediante el Decreto N° 750 del MINSAL, perfeccionado por el Decreto Supremo 972 de 1992. Quedando "CONDAS" establecida como entidad asesora del ministerio de salud y la subsecretaría, la cual debía estar integrada por el Ministro de Salud, Subsecretario de Salud, Jefe del Departamento Recursos Humanos y Decanos de las Facultades de Medicina de la Universidad de Chile, Universidad Católica de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera, Universidad Austral de Chile y Presidente de la Asociación Gremial del Colegio Médico de Chile. La Comisión sería presidida por el Ministro de

Salud, y en su ausencia por el Subsecretario de Salud. Además, cuando las materias a resolver no correspondieran a la profesión médica, se facultó la incorporación a ella del decano de la escuela profesional correspondiente. En el mismo Decreto se establecieron también comisiones Docentes Asistenciales Regionales (CORDAS) y locales (COLDAS) que, en las regiones y hospitales locales, debían representar a la entidad nacional. Ellas serían dirigidas por el Secretario Regional Ministerial y por los directores de hospital, respectivamente.

En 1981 se promulgó un decreto supremo que dió paso a la fundación de universidades privadas en Chile⁵. Como consecuencia de esta medida, se establecieron 60 nuevas universidades en tan solo una década, todas bajo la supervisión del Consejo de Educación Superior. De este total, 25 son estatales y 35 privadas⁶. Esta diversificación del panorama universitario plantea desafíos significativos en la gestión de campos clínicos. El financiamiento estatal a las universidades tradicionales y privadas podría generar disparidades en el acceso y la calidad de los espacios de formación práctica, potencialmente afectando la equidad en la preparación de futuros profesionales de salud. Esta situación subraya la necesidad de analizar críticamente las políticas de asignación de campos clínicos y sus implicaciones para la calidad de la educación médica en Chile. Entendiendo este crecimiento exponencial de las universidades privadas con la creación de facultades de medicina y/o ciencias de la salud, se han generado reflexiones que invitan a regularizar el uso de los campos clínicos e internados. El 2001 se instituyó la Norma Administrativa N°7, que establece regulaciones en la asignación de campos clínicos de los Servicios de Salud a las Universidades⁷.

Ley La Ley de Autoridad Sanitaria

La ley define para cada Servicio de Salud una red asistencial, constituida por el conjunto de establecimientos públicos administrados por él e integrada además por los establecimientos de Atención Primaria de Salud municipales y privados (clínicas, hospitales, centros médicos) situados en su jurisdicción territorial, siempre que estos últimos

suscriban convenio con el Servicio de Salud. En el mismo artículo se agrega que cualquiera de los establecimientos autorizados con convenio, ya mencionados, «prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, con los recursos físicos y humanos de que dispongan», pudiendo realizar determinadas acciones convenidas «en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados»⁸.

Desde la reforma de salud del año 2005, se estableció en la ley 19.9378 que los establecimientos deberán funcionar bajo la modalidad de autogestión⁹. Bajo esta normativa, los hospitales autogestionados podrán establecer acuerdos con instituciones educativas tales como Universidades, institutos profesionales y Centros de Formación Técnica. Estos acuerdos permiten la utilización de instalaciones propias de la red hospitalaria, considerando que para cada caso se deberá contar con la autorización y aprobación del director del servicio de salud respectivo, en el marco de un convenio.

Situación actual de la relación asistencial docente y la Entidades de Educación superior

La Relación Asistencial docente se ha desarrollado nominativamente en un marco de profundo entendimiento entre las Instituciones de Educación Superior (IES) y los establecimientos de salud, basada en principios comunes como el respeto por la dignidad y derechos de los pacientes¹⁰, la colaboración mutua, el reconocimiento de roles y atribuciones de cada una de las partes, la excelencia en el ejercicio de las responsabilidades, la transparencia en la información y la descentralización e integración de la red asistencial¹¹. Esto es especialmente relevante en el caso de la relación entre las IES y la red asistencial del Ministerio de Salud, que constituye el más importante empleador y sostenedor del sector en el Estado.

La necesidad del país de contar con más profesionales y técnicos en salud con las competencias requeridas para enfrentar los desafíos sanitarios emergentes, junto al crecimiento progresivo tanto de la oferta académica en salud de las IES, como del desarrollo de la Red asistencial, impulsaron al Ministerio de Salud a generar regulaciones especí-

ficas respecto de la Relación Asistencial Docente (RAD), que datan desde el año 1963, desde la creación de CONDAS¹² y que actualmente se encuentran representadas por la Norma General Técnica y Administrativa que regula la relación asistencial docente y establece criterios para la asignación y uso de los campos para la formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, aprobada mediante Decreto Exento 254 del 09 de julio de 2012 (Figura 1).

Las IES han interpretado las necesidades del sector salud para la formación de profesionales y técnicos a través de la creación de programas académicos de pregrado y posgrado en su mayoría orientados por competencias, las cuales se expresan en sus respectivos modelos educativos, los cuales se basan en el principio de autonomía universitaria^{12,13}. En tal sentido, los perfiles de egreso definidos para Carreras de Pregrado y Programas de Posgrado deben ajustarse a los requerimientos sanitarios del país, debiendo ser revisados en forma periódica por las IES y someterse a los procesos de aseguramiento de la calidad definidos en la Ley 20.129 que son evaluados por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA)^{14,15}.

Temporalidad de la Relación Asistencial Docente en Chile.

Discusión

Si bien la RAD se sustenta en principios de equidad, transparencia y excelencia, persisten brechas entre universidades públicas y privadas en acceso, costo por cupo, capacidad instalada e infraestructura docente. El DS N°19/2017 introduce mecanismos de priorización y continuidad que buscan mitigar asimetrías, pero su impacto depende de la implementación territorial (criterios, ponderaciones y fiscalización), de transparencia en contribuciones y de la articulación con establecimientos autogestionados en red, APS municipal y prestadores privados. Una política de pisos mínimos de infraestructura docente, publicidad de bases y adjudicaciones, y criterios nacionales de costos contribuiría a disminuir diferencias estructurales y alinear la formación con necesidades sanitarias regionales.

La formación de profesionales para el sistema

de salud resulta fundamental para dar cumplimiento a las políticas nacionales de salud, otorgar prestaciones de calidad y en forma segura y asegurar el bienestar de la población.

Los centros de salud, tanto públicos como privados, priorizan la asistencia sanitaria para proporcionar acceso oportuno y de calidad a la población. Adicionalmente, estas instituciones se transforman en espacios clave de aprendizaje para estudiantes de pregrado, postgrado y también para los funcionarios, creando un círculo virtuoso que beneficia tanto a la salud como a la educación superior. Aunque existen regulaciones vigentes a nivel nacional, la diversidad en su aplicación y adaptación tanto a nivel nacional como regional suscita preguntas sobre la suficiencia de estas normativas y la necesidad de avanzar hacia una relación docente-asistencial más cohesiva y uniforme. Este enfoque también debería proporcionar oportunidades equitativas tanto para el sector público como privado que involucre la formación clínica a los futuros profesionales de la salud, asegurando así una formación de alta calidad para las nuevas generaciones de profesionales.

La formación de profesionales de la salud debe responder a las necesidades de la población, lo que requiere investigaciones y estrategias sanitarias para identificar estas necesidades, así como fomentar el desarrollo y la innovación, incluyendo las perspectivas de todas las instituciones implicadas.

Dada la necesidad de mejorar la relación docente-asistencial y unificar criterios relacionados con la asignación de cupos de prácticas o también conocidos como número de estudiantes por servicios clínicos para realizar procesos prácticos en los centros asistenciales, responsabilidades institucionales, y profesionales involucrados, es esencial buscar puntos de encuentro entre instituciones y considerar la compensación por el uso de campos clínicos. Es crucial dirigir nuestros esfuerzos hacia la modernización de reglamentos y procedimientos para normalizar y estandarizar esta relación, respetando principios como la dignidad y derechos de los pacientes, la colaboración mutua, confianza, reconocimiento de roles, excelencia en responsabilidades, transparencia en

la información y procesos, y la descentralización e integración de la red asistencial. Esto asegura la calidad, pertinencia y coherencia de la oferta de salud con las necesidades formativas del país, considerando también el factor territorial, de modo que la capacidad formativa generada se potencie dentro de la misma región y se priorice su asignación de esta manera.

Agradecimientos

Comisión de salud, Agrupación de Universidades Regionales (AUR).

Referencias

1. Ministerio de Salud (Chile). Decreto Supremo N°19 (05-sep-2017). *Aprueba Norma Técnica Administrativa que regula la Relación Asistencial-Docente y establece proceso de asignación de campo clínico docente de formación profesional y técnica de pregrado*. Santiago: MINSAL; 2017.
2. Román A, Señoret S. La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud. *Rev Med Chil*. 2007; 135(2): 251-256. [Consultado el 24 de agosto del 2023] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000200015&lng=es
3. Vargas JE, Chuaqui B, Duarte I. Médicos de Ciencia y de Conciencia. La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. 2005; 620. [Consultado el 24 de agosto del 2023] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/06/Libro-UC-2005.pdf>
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Ley Chile*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=254227&f=1976-05-18>
5. Cancino V, Schmal R. Sistema de acreditación universitaria en Chile: ¿Cuánto hemos avanzado? *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*. 2014; 40(1): 41-60. [Consultado el 8 de octubre del 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-07052014000100003>
6. Cruz-Coke R. Evolución de las universidades chilenas 1981-2004. *Rev Med Chil*. 2004; 132(12): 1543-1549. [Consultado el 25 de agosto del 2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001200014>
7. Ministerio de Salud. *Reforma del Sistema de Salud. Discusión estratégica*. Actas del Seminario Franco-Chileno sobre reforma en los servicios hospitalarios y recursos humanos. Editorial IKKON. Rennes. Francia, págs. 19-27.
8. Ley 19937. Modifica el D.L. N°2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/>

- navegar?idNorma=221629
9. Ministerio de Salud. Decreto N°38 de 2005. Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red [Internet]. Santiago: Diario Oficial. 2005; 32. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-38_29-DIC-2005_Establecimientos%20de%20menor%20complejidad%20y%20Autogestionados%281%29.pdf
 10. Ley 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348&idVersion=2024-05-28&idParte=>
 11. Decreto N° 254 del 09 de julio de 2012, Ministerio de Salud.
 12. Decreto 110. Deroga los Decretos que señala y aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley N°15.076, que fija el nuevo Estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos Dentistas. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=9407>
 13. Decreto Fuerza de Ley N°2. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°20.370 con las normas no derogadas del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1014974&idVersion=2024-02-21&idParte=>
 14. Bassa J, Aste B. Autonomía universitaria: Configuración legislativa de su contenido constitucional. Estudios constitucionales. 2019; 17(1): 189-232. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002019000100189>
 15. Ley 20129. Establece un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. [Consultado el 8 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=255323&idVersion=2022-10-20&idParte=>