

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“IMPLEMENTACIÓN DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE (RAD) DE CHILE,  
UNA MIRADA DESDE LOS ENCARGADOS DE SU APLICACIÓN”**

**JUAN CARLOS PRIETO VILLALOBOS**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. CRISTIAN REBOLLEDO**

**SANTIAGO, DICIEMBRE 2023**

## **AGRACEDIMIENTOS**

A todos los encargados de la Relación Asistencial Docente que contribuyeron para que esta tesis fuera posible.

## Índice de Contenidos

Índice de Tablas.....	6
Índice de Figuras .....	7
Resumen .....	8
Abstract.....	9
Capítulo I: Introducción .....	10
Capítulo II: Marco Teórico .....	12
II.1.- Marco Conceptual .....	12
II.1.1.- Contexto actual de la formación de capital humano en salud.....	12
II.1.1.1.- Salud Pública versus Educación en Ciencias de la Salud.....	12
II.1.1.2.- Capital humano en cifras .....	13
II.1.1.3.- Formación de capital humano en salud en Chile .....	14
II.1.1.4.- Estrategias para consolidar la formación de capital humano en salud .....	15
II.1.2.- Integración Docente Asistencial (IDA) y Relación Asistencial Docente (RAD).....	16
II.1.2.1.- Formación en el sistema de salud chileno .....	17
II.1.2.2.- Centro formador .....	19
II.1.2.3.- Encargados de la RAD .....	19
II.1.2.4.- Otros actores y elementos de relevancia de la norma N° 254 .....	20
II.1.3.- Implementación.....	21
II.2.- Marco Referencial .....	22
Capítulo III: Objetivos.....	26
III.1.- General .....	26
III.2.- Específicos.....	26
Capítulo IV: Supuesto de Investigación.....	27
Capítulo V: Marco Metodológico .....	28
V.1.- Perspectiva Metodológica .....	28
V.2.- Estrategia de Muestreo .....	28
V.3.- Producción y análisis de la información.....	29
V.4.- Criterios de rigurosidad .....	31
V.5.- Aspectos Éticos .....	32
Capítulo VI: Resultados .....	35

VI.1.- Estructura y generalidades de los resultados .....	35
VI.2.- Los encargados de la Relación Asistencial Docente participantes de esta investigación son mayoritariamente mujeres de distintas áreas de la salud .....	35
VI.3.- La Relación Asistencial Docente se estructura como una red que abarca distintos niveles de gestión.....	36
VI.4.- La atención primaria en salud se encuentra principalmente fragmentada de la red, actuando como un ente “privado” .....	41
VI.5- Para la implementación de la Relación Asistencial Docente se conjugan una serie de actores no solo del área de la salud .....	43
VII.5.1.- Actores del MINSAL .....	43
VII.5.2.- Actores del Servicio de Salud .....	46
VI.5.3.- Actores de los centros de salud secundaria y terciaria .....	47
VI.6.- La implementación de la Relación Asistencial Docente se percibe como una experiencia positiva, basada principalmente en la interacción y comunicación entre sus miembros.....	52
VI.7.- La Relación Asistencial Docente podría dividirse en la formación de pregrado y postgrado .....	53
VII.8.- La comunicación es uno de los principales elementos que facilita la implementación de la Relación Asistencial Docente.....	56
VI.9.- Elementos propios de la normativa son los principales elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docente.....	58
VI.10.- La Relación Asistencial Docente es vista principalmente como un elemento positivo para el funcionamiento del sistema de salud .....	60
VI.11.- Al que igual que se visualizan beneficios, se perciben riesgos asociados a tener RAD .....	62
VI.12.- Se destaca al Servicio de Salud por su liderazgo dentro de la RAD.....	63
Capítulo VII: Discusión.....	64
Capítulo VIII: Conclusiones .....	67
Capítulo IX: Bibliografía .....	68
Anexos.....	73
X.1.- Anexo N°1: Guion orientador entrevista semiestructurada .....	74
X.2.- Anexo N°2: Pauta de evaluación de expertos .....	76
X.3.- Anexo N°3: Consentimiento informado .....	82
X.4.- Anexo N°4: Cronograma .....	86
X.5.- Anexo N°5: Ejemplo de Correo electrónico para invitar a participantes .....	88
X.6.- Anexo N°6: Aspectos económicos del proyecto .....	90
X.7.- Anexo N°7: Certificado aprobación del director de la escuela de postgrado.....	91

X.8.- Anexo N°8: Certificado aprobación de autoridad administrativa .....	94
X.9.- Anexo N°9: Libro de códigos.....	96

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Capital humano en enfermería y médico en países de Latinoamérica y el Caribe según datos de la OECD 2021 .....	13
<b>Tabla 2.</b> Diferencias entre la RAD de pregrado versus la RAD de postgrado.....	54
<b>Tabla 3.</b> Elementos comunes en la red de la Relación Asistencial Docente que facilitan su implementación .....	56
<b>Tabla 4.</b> Elementos que facilitan la implementación de la Relación Asistencial Docente a nivel de servicio de salud y centros de salud .....	57
<b>Tabla 5.</b> Elementos que facilitan la Relación Asistencial desde los encargados locales de centros de salud.....	57
<b>Tabla 6.</b> Elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docentes desde el servicio de salud y centros de salud .....	58
<b>Tabla 7.</b> Elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docente desde los encargados locales de centros de salud .....	59
<b>Tabla 8.</b> Elementos que dificultan la Relación Asistencial Docente desde los encargados locales de centros de salud dependientes del servicio de salud .....	60
<b>Tabla 9.</b> Beneficios de la Relación Asistencial Docente .....	61
<b>Tabla 10.</b> Riesgos de la Relación Asistencial Docente .....	62

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Red de la Relación Asistencial Docente.....	40
<b>Figura 2.</b> Actores y vínculos en la Relación Asistencial Docente .....	51

## Resumen

**Antecedentes:** La formación de capital humano en salud es un elemento fundamental para el desarrollo sostenible de las naciones. Una de las dificultades para la formación de profesionales de salud es la educación en centros de salud, que implica la vinculación del sector salud y educación. En Chile, este vínculo se denomina Relación Asistencial Docente (RAD) y está reglamentado por la norma técnica administrativa N°254 del año 2012, que identifica una serie de actores, responsabilidades y obligaciones que deben cumplirse. Pese a lo anterior, se desconoce cómo ha sido la implementación de la RAD, siendo aún más desconocido la visión y experiencia de los actores encargados de implementar y velar por el correcto desarrollo de esta. **Objetivo:** Explorar la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde los encargados de la relación asistencial docente. **Método:** estudio cualitativo de alcance descriptivo utilizando el estudio de caso instrumental. Los participantes del estudio fueron los encargados de la RAD del Ministerio de Salud, un Servicio de Salud y Centros de salud (atención terciaria, secundaria y primaria). Usando un muestreo por conveniencia y bola de nieve se entrevistaron a 10 personas. Adicionalmente, se incluyó material documental de autoría propia (o pública) entregada por los participantes para un mayor entendimiento del problema en estudio. Las entrevistas fueron transcritas palabra por palabra y luego, junto al material documental y memos del investigador, ser analizadas utilizando una estrategia de análisis la agregación categórica según Stake y un análisis de contenido según Merriam, utilizando el software MAXQDA®. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile. **Resultados:** La Relación Asistencial Docente se estructura en base a una red de macrogestión, mesogestión y microgestión de distintos organismos, instituciones y actores, donde la Atención Primaria en Salud Municipal se encuentra fragmentada de la red. Los encargados de la RAD consideran que la implementación de esta es una experiencia en general positiva, que no se encuentra ajena a dificultades y desafíos. Adicionalmente, se observan una serie de elementos facilitadores como obstaculizadores para su implementación, al igual que una serie de beneficios y riesgos. **Conclusión:** En esta investigación, por primera vez, se describe la experiencia de implementar la Relación Asistencial Docente, pudiéndose identificar una serie de actores que no se encuentran contemplados en la norma N°254. Además, es la primera vez en que se logra describir desde sus encargados localizados en distintos niveles de la red los elementos que facilitan y dificultan su implementación. Futuras investigaciones podrían enfocarse en profundizar en la RAD de Atención Primaria en Salud con dependencia Municipal, dado que una de las principales limitaciones de este estudio fue la baja participación de estos actores. Finalmente, estos hallazgos toman relevancia dada las posibles modificaciones que podría tener la normativa, en caso de ser aprobado el proyecto actualmente discutido en el Senado.



## Abstract

**Background:** The formation of human capital in health is a fundamental element for the sustainable development of nations. One of the difficulties for the training of health professionals is education in health centers, which implies the link between the health and education sectors, and in Chile this link is called Relación Asistencial Docente (RAD) and is regulated by a technical administrative norm N°254 of 2012, which identifies a series of actors, responsibilities and obligations that must be fulfilled. Despite the above, it is unknown how the RAD has been implemented, even more unknown the vision and experience of the actors in charge of implementing and ensuring its correct development.

**Aim:** to explore the implementation of the Relación Asistencial Docente (RAD) from the point of view of those in charge of relationship of the Chilean Ministry of Health, a Health Service and Health Centers of primary, secondary and tertiary care.

**Method:** qualitative study of descriptive scope using the instrumental case study. The study participants were RAD managers of the Ministry of Health, a health service and health centers (tertiary, secondary and primary care). Using convenience and snowball sampling, 10 people were interviewed. In addition, documentary material of own authorship (or published) provided by the participants was included for a better understanding of the problem under study. The interviews were transcribed word by word and then analyzed together with the documentary material and memos of the researcher using an analysis strategy of categorical aggregation according to Stake and a content analysis according to Merriam, the MAXQDA® software. This research was approved by the Human Research Ethics Committee of the University of Chile.

**Results:** The Relación Asistencial Docente is structured on the basis of a network of macro-management, meso-management and micro-management of different agencies, institutions and actors, where Municipal Primary Health Care is fragmented from the network. Those in charge of the RAD consider that its implementation is a positive experience, which is not free of difficulties and challenges. In addition, a series of facilitating and hindering elements for its implementation are observed, as well as a series of benefits and risks.

**Conclusion:** In this research, for the first time, the experience of implementing the Relación Asistencial Docente is described, identifying a series of actors that are not contemplated in norm N°254. In addition, it is the first time that it has been possible to describe the elements that facilitate and hinder its implementation from the point of view of those in charge at different levels of the network. Future research could focus on the RAD of Primary Health Care with Municipal dependence, given that one of the main limitations of this study was the low participation of these actors. Finally, these findings are relevant given the possible modifications that could be made to the regulations if the bill currently being discussed in the Senate is approved.

## Capítulo I: Introducción

La **formación de capital humano en salud** es un elemento fundamental para el desarrollo sostenible de las naciones, siendo tal su importancia que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo identifica como una de las **Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)** (1). Pese a lo anterior, la dotación actual de capital humano en Latinoamérica y el Caribe es **preocupante**, aún más en Chile. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), en su informe de estadísticas de salud 2021, Chile se encuentra muy **alejado del promedio** del resto de países miembros, contando, por ejemplo, con una dotación de 2,9 enfermeras por cada 1000 habitantes, mientras que el promedio de la OECD es de 8,8 enfermeras por cada 1000 habitantes (2).

La necesidad de tomar acción frente a la escasez global de recurso humano en salud ha movilizado a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) a **generar recomendaciones** para fortalecer y potenciar su desarrollo. Así, la dotación y formación de capital humano en salud parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las naciones (3).

Pero ¿por qué es tan difícil formar profesionales de la salud? Pese a existir un componente multifactorial, una de las particularidades y desafíos de esta formación es la necesidad de **educar en terreno**, es decir, formar a los profesionales de salud en los distintos centros sanitarios con el propósito no solo de aplicar lo teórico a lo práctico, sino también de garantizar un aprendizaje y práctica orientados a las necesidades reales de la población y, en consecuencia, garantizar una **práctica social** (4). Esto implica la coordinación de distintos actores tanto de las instituciones educativas como de los centros de salud, dando origen así al concepto de Integración Docente Asistencial (IDA) para dar cuenta de esta compleja interacción.

En Chile, la manifestación de la IDA y, por ende, la formación de los futuros profesionales de salud ocurre en gran medida gracias a un **vínculo** entre distintos centros sanitarios y centros formadores, denominada **Relación Asistencial Docente (RAD)**. Esta relación ha sido definida y reglamentada mediante la norma técnica administrativa N°254 del año 2012, emitida por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Esta norma no solo entrega las bases para la estructura de un vínculo entre centros formadores y centros de salud, sino que también establece una serie de actores responsables de su implementación tanto a nivel central como local (5).

La normativa de la RAD solo formaliza una relación compleja ya existente, cuyo origen puede remontarse hasta el origen de las primeras escuelas de salud en el país. Pese a

la creación de la normativa, la RAD sigue siendo un vínculo desconocido, cuya multiplicidad de actores involucrados, entramado y estructura apenas han sido explorados y estudiados hasta el momento. Esto resulta sorprendente si consideramos que la formación de personal sanitario es un pilar fundamental para el desarrollo de una nación.

En este contexto, surge este trabajo de tesis donde se busca explorar la implementación de la RAD con el fin no solo de develar una serie de conexiones poco conocidas hasta la fecha, sino también generar evidencia que permita fortalecer la formación de capital humano en salud. De esta manera, se busca contar con herramientas para preparar al país para enfrentar tanto crisis sanitarias actuales como futuras. Así, y contando con la colaboración de encargados de la RAD, se intentará contestar la pregunta **¿Cómo se ha implementado la Relación Asistencial Docente (RAD) desde la percepción de los encargados de su implementación en Chile?**

## Capítulo II: Marco Teórico

### *II.1.- Marco Conceptual*

Aunque el foco de este estudio es comprender la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD), es necesario contextualizar previamente el estado actual de la formación de recurso humano en salud para entender, a manera general, la realidad donde se desarrolla el objeto en estudio. Además, es necesario definir algunos conceptos claves para entender la experiencia en estudio, tales como: Red asistencial, Servicio de Salud, Centro Formador, Encargados de la Relación Asistencial Docente, Percepción e Implementación.

#### *II.1.1.- Contexto actual de la formación de capital humano en salud*

##### *II.1.1.1.- Salud Pública versus Educación en Ciencias de la Salud*

Como punto de partida, la formación de capital humano en salud es un proceso complejo que puede entenderse y estudiarse desde diferentes perspectivas. Para esta tesis, es relevante comprender la mirada desde la salud pública y desde la educación en ciencias de la salud.

Por un lado, la salud pública considera al personal sanitario y su formación como un elemento clave para el logro de metas sanitarias como el acceso universal a la salud, la transformación de sistemas de salud, entre otros(6)(3)(7). Es por ello que organismo como la OMS, OPS y Organización de las Naciones Unidas (ONU) han manifestado la necesidad de potenciar su desarrollo. Esto se refleja en distintas estrategias plasmadas en documentos como el de “Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas” (1), “La estrategia mundial sobre recursos humanos por salud: Fuerza laboral 2030” (8), entre otros. En contraparte, desde la educación en ciencias de la salud, la formación de futuros profesionales es un proceso complejo lleno de desafíos, orientados mayoritariamente el proceso educativo en sí (7). Se ha descrito que, en general, las instituciones educativas en Latinoamérica **no responden a las necesidades sociales de salud**, sino más bien al mercado y al modelo biomédico existente (6)(1). Lo anterior, es justamente una de las debilidades identificadas tanto por instituciones educativas nacionales como por la OPS, quienes describen una desvinculación y fragmentación entre los sectores educación y salud, existiendo así una limitada cooperación intersectorial (4)(6)(9). Dada esta actual falta de comunicación y cooperación, podrían tener sentido las cifras actuales de capital humano con la que cuenta Latinoamérica y el Caribe, las cuales se presentan a continuación.

### II.1.1.2.- Capital humano en cifras

Como se mencionó en la introducción de esta tesis, Chile cuenta con un déficit de profesionales de la salud. Primeramente, desde una perspectiva internacional, según el informe de estadísticas de salud 2021 de la OECD, en Latinoamérica y el Caribe, la dotación de personal sanitario tiende a presentarse bajo el promedio de los países miembros (2).

**Tabla 1.** Capital humano en enfermería y médico en países de Latinoamérica y el Caribe según datos de la OECD 2021

País	Profesionales por cada 1000 habitantes	
	Enfermeras	Médicos
<b>OECD (promedio)</b>	8,8	3,6
<b>Chile</b>	2,9	2,6
<b>Colombia</b>	1,4	2,3
<b>Costa Rica</b>	3,4	3,1
<b>Brasil</b>	7,4	2,3
<b>México</b>	2,9	2,4

**Nota.** Elaboración propia en base a datos de Health at a Glance, OECD, 2021.

Aunque los datos presentados en la tabla 1 demuestran una baja de dotación de personal de enfermería y médico en Latinoamérica y el Caribe, estos datos deben ser interpretados con cautela dado que podrían estar sesgados, generándose una sobreestimación o subestimación dependiente del cada país (2). Esto se debe a que la OECD construye cada indicador en base a los datos entregados por cada nación, los cuales no son contruidos de igual forma. De esta manera, países como Colombia reportan el total de médicos activos en el sector de salud sin importar si atienden o no pacientes, mientras que países como Chile y Costa Rica reportan el total de profesionales con la capacidad de ejercer (2), sin detallar si están o no activos ni si corresponden a profesionales del sector público o privado, entre otros.

Desde una perspectiva chilena, según el documento de trabajo sobre la caracterización de profesionales de la salud en Chile redactado por el académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile Rosendo Zanga para la Superintendencia de Salud (5), se proporcionan datos más precisos sobre la dotación de recurso humano en salud en Chile. Según el informe mencionado, al año 2021, Chile contaba con los siguientes profesionales ingresados en el Registro Nacional de Prestadores Institucionales: 72.795 Psicólogos, 68.977 Enfermeras, 57.740 Médicos Cirujanos, 35.448 Kinesiólogos, 28.332 Cirujanos Dentistas, 21.284 Nutricionistas, 18.339 Tecnólogos Médicos 17.201

Fonoaudiólogos, 16.389 Matrones, 12.161 Farmacéuticos y Químicos Farmacéuticos, 10.224 Terapeutas Ocupacionales, 3.804 Bioquímicos y 3.220 Enfermeras/Matronas (5). Sumado a lo anterior, según el informe sobre la dotación del personal de salud del año 2022 enfocado en las brechas por servicio de salud y especialidad, sabemos que en la Red Asistencial Pública de Chile a diciembre del año 2021 se contaba con un total de 249.179 funcionarios, de los cuales 144.922 corresponden a funcionarios de los Servicios de Salud y 104.257 a la Atención Primaria en Salud (10).

Finalmente, en relación al problema de salud pública existente sobre la disponibilidad de capital humano en salud, la OMS estima que existirá a nivel mundial un déficit de 18 millones de trabajadores de salud al año 2030 (11). Estas preocupantes cifras, como ya se ha mencionado, han movilizó a la creación de estrategias y propuestas para fortalecer el capital humano en salud, pero antes de poder tratar estas estrategias es necesario comprender como se estructura la formación de capital humano en Chile.

#### *II.1.1.3.- Formación de capital humano en salud en Chile*

En Chile, a modo general, la formación de capital humano en la denominada “Educación Superior” está normada por la Ley 21.091 Sobre Educación Superior(12), independientemente del área de conocimiento. Por lo tanto, la formación de futuros profesionales de la salud depende esta ley (5).

La Ley Sobre Educación superior, en su artículo 4, contempla primeramente un Sistema de Educación Superior constituido por dos subsistemas: uno universitario que incluye universidades estatales, universidades no estatales pertenecientes al consejo de rectores y universidades privadas (12); y un subsistema técnico profesional constituido por Centros de Formación Técnica Estatal, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica privada reconocidos por el estado. Adicionalmente, esta ley también contempla un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad, constituido por la Subsecretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación, la Comisión Nacional de Acreditación y la Superintendencia de Educación (12), por tanto, no se incluyen otras entidades vinculadas con salud, como por ejemplo, el Ministerio de Salud o alguna de sus subsecretarías. Por otro lado, en relación a las políticas para la educación superior y a la coordinación de los distintos órganos del estado en materias de educación superior, esta ley entrega la responsabilidad a la Subsecretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación (12).

Ahora, en relación a la evolución y número de matrículas y titulaciones en carreras del área de la salud, existen datos del año 2021 en el informe de dotación de personal en el sistema nacional de servicios de salud (10) que provienen desde el Centro de Estudios del Mineduc (CEM). De lo anterior, se desprende que, a modo general, entre los años

2010 y 2020 ha aumentado en un 1,2% el total de matrículas de primer año en 12 carreras profesionales, dentro de las que se encuentran Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Psicología, Química y Farmacia, Tecnología Médica, Terapia Ocupacional y bioquímica (10). En los datos anteriores se consideran todas las matrículas realizadas en las instituciones antes mencionadas en los dos subsistemas contemplados por la Ley Sobre Educación superior (12). Pese a lo anterior, no todas las carreras han aumentado el número de matrículas, ya que, aunque algunas carreras como Obstetricia han presentado variaciones entre 2010 y 2020 de +155.5%, otras como Kinesiología han presentado variaciones de -40.8% dentro del mismo rango de tiempo (10).

Ahora que ya ha sido descrito las cifras de capital humano existente y la estructura de la formación de capital humano en salud, es necesario profundizar en los esfuerzos y estrategias propuestos para mejorar la formación de capital humano en salud.

#### *II.1.1.4.- Estrategias para consolidar la formación de capital humano en salud*

Desde el año 2005, con el llamado a la acción de Toronto en la 7ª Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, la OPS y OMS han declarado y trabajado en conjunto para potenciar el desarrollo del personal sanitario, existiendo una serie de informes y estrategias propuestos tanto a nivel global, región y subregional para su desarrollo (8)(13). De esta forma, es posible destacar a la fecha 3 grandes hitos: la Declaración de Kampala el año 2008 donde se realizó el primer foro mundial sobre recursos humanos para la salud; La propuesta de la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible el año 2015 que incluía la formación de recursos humanos en salud; Y la propuesta de la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: personal de salud 2030 el año 2016 (8).

A la fecha, la última iniciativa propuesta fue la “Estrategia de cursos humanos para la Salud y Cobertura Universal de la Salud” el año 2017, siendo complementada con el “Manual de monitoreo del Plan de Acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud 2018-2023” publicada el año 2021 (14). Ambos documentos se basan en las tres principales líneas de acción propuestas para el fortalecimiento de la formación de personal sanitario en la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana desarrollada en Washington (13)(14), que son:

*- “Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud”(14)*

*-“Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad”(14).*

-“ *Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*”(14).

De estas tres líneas de acción, la última toma mayor relevancia para esta tesis, ya que la OPS en busca de unificar la relación entre el sector educativo y el sector salud da origen al concepto de Integración Docente Asistencial (IDA), que en nuestro país podría considerarse que toma forma en la Relación Asistencial Docente (RAD).

### ***II.1.2.- Integración Docente Asistencial (IDA) y Relación Asistencial Docente (RAD)***

La IDA es un concepto recurrente en literatura latinoamericana que, según la OPS, cobró mayor fuerza en los años 70 y hace referencia a un “*proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para mejorar la atención de salud*”(4), siendo uno de sus principales objetivos el unificar el sector salud y educación. Este proceso tomó diferentes formas y responsables según la realidad local de los distintos países de la región. En Chile, es posible encontrar sus orígenes en la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) que se estructuró el año 1974 con el propósito de asesorar al Ministerio de Salud para la coordinación central de las universidades y centros de salud (15)(16). Junto con lo anterior, se formaron los Comités Locales Docentes Asistenciales (COLDAS) encargados de la coordinación local (15)(16). A partir de lo anterior, junto a una serie de reformas a lo largo de la historia, se logra materializar la unión entre salud y educación en la llamada Relación Asistencial Docente (RAD) que puede entenderse como:

*“...Un vínculo estratégico que se materializa en un convenio asistencial docente, entre un Servicio de Salud o un establecimiento de la red asistencial, y un centro formador, cuyo objeto es contribuir a la formación de profesionales y técnicos competentes que conformarán el recurso humano de salud del país, dando continuidad a la atención de salud de la población...”* (17)

Esta definición trae consigo una serie de conceptos y actores que vale la pena ser precisados, pero antes de esto es importante entender que en la actualidad, la RAD se encuentra reglamentada mediante la norma técnica administrativa N°254 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 (5). Interesantemente, en el año 2017 aparece la norma N°19 que se visibiliza como la actualización de la norma previa N°254, ya que viene a especificar algunos conceptos. Esta norma N°19 fue ampliamente distribuida y difundida por los medios oficiales de los servicios de salud y Ministerio de salud, pero, luego de algunos años esta desapareció



de la mayoría de las plataformas digitales de los servicios, centros de salud y Ministerio de Salud. La normativa actual, junto a la desaparecida norma N°19 no han estado exentas de controversia, dado que al parecer el intento de desarrollo de esta última habría sido gatillado por una serie de irregularidades detectadas en una auditoría realizada el año 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (18). De hecho, como declara la subsecretaria de Redes Asistenciales de la época en el Boletín N°14.088-11, la norma administrativa del año 2017 comienza a desarrollarse el año 2015 en el contexto de que tan solo el 83% de los convenios efectuados entre hospitales y universidades no cumplen los acuerdos fijados previamente (19). Junto a lo anterior, esta última norma fue criticada por autoridades de las principales universidades del país, quienes apuntan a la falta de integración e integralidad de la norma. Quizás, alguno de los elementos anteriores, generaron su bajada de los medios oficiales y el regreso a la utilización de la norma N°254. Finalmente, al año 2022 la en su momento ministra de Salud MD. María Begoña Yarza informa a la Comisión de Salud del Senado como prioridades legislativas para el año 2022 la normativa asociada a la Relación Asistencial Docente (20). A octubre de 2023 aún no existe una nueva normativa al respecto. Aun así, existe un proyecto de ley que se encuentra en discusión en el senado (21).

Ahora, volviendo a la norma N°254, en esta se menciona y define la figura de distintos actores como lo son: estudiantes, docentes, tutor o colaboradores docentes, encargado de la relación asistencial docente de un establecimiento autogestionado en la red, encargado de la relación asistencial docente del servicio de salud, director del establecimiento que opera como campo clínico, entre otros (17).

Finalmente, luego de esta breve contextualización sobre el estado actual de formación de capital humano y el origen de la RAD, es necesario retomar lo antes mencionado, en específico la necesidad de definir algunos conceptos inherentes a la RAD, que de hecho se encuentran presentes explícita y/o implícitamente en su definición, como lo son: Sistema de salud, red asistencial, servicios de salud y centros formadores. Sumado a lo anterior, y continuando con la lógica de profundizar en algunos elementos propios de la RAD, es necesario definir e identificar qué se entenderá como encargados de la RAD, dado que estos serán los actores con los cuales se trabajará principalmente en esta tesis para comprender la experiencia de implementar y desarrollar la RAD.

#### *II.1.2.1.- Formación en el sistema de salud chileno*

En Chile, se cuenta con sistema de salud declarado como mixto, ya que integra un sector público y uno privado (22). Lo anterior implica que existen distintos tipos de aseguramiento. Por un lado, desde el sector público se cuenta con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cubre entre un 77-78% aproximado de la población, mientras que desde el sector privado se cuenta con las ISAPRES quienes cubren a un 18%

aproximado de la población (22). El porcentaje restante de la población se encuentra, ya sea, cubierto por otro sistema de aseguramiento como las Fuerzas Armadas o no asegurados por ninguno de los anteriores, actuando de forma independiente (22).

Para la gobernanza y regulación de lo anterior es que entra en juego el Ministerio de Salud (MINSAL). Los Ministerios en Chile son los entes responsables de poner en marcha las agendas políticas del gobierno del país (23). Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile es el encargado de la agenda política de salud y, por tanto, del planeamiento de políticas en la ésta materia dentro del territorio de Chile (24).

Ahora, entendiendo que en Chile se cuenta con un sistema mixto, cabe preguntarse cómo se organiza la prestación en salud. Para el sistema público, las prestaciones de salud son coordinadas mediante los Servicios de Salud, entendidos como organismos descentralizados que deben articular, gestionar y desarrollar la red asistencial que les corresponde, existiendo un total de 29 Servicios de Salud en el país (25). De esta forma, cada servicio de salud cuenta y debe coordinar su **Red Asistencial**, la cual puede entenderse como un conjunto de centros de salud que colaboran para resolver de forma efectiva problemas de salud de una población determinada (17). Esta está constituida por centros asistenciales públicos dependientes de su Servicio de Salud, establecimientos municipales de atención primaria y otros establecimientos públicos o privados que mantengan algún tipo de convenio con el servicio de salud (17). Por otro lado, los establecimientos de salud que forman parte de una Red Asistencial de un Servicio de Salud se encuentran clasificados en tres niveles distintos de atención (26). De esta forma, tenemos la Atención Primaria, que representan a los centros que entregan el primer contacto con la población que entregan servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, como los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud rurales (PSR), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), entre muchos otros (27); La Atención Secundaria, representa a la atención ambulatoria de especialidad, donde se encuentran establecimientos como los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades (28); y finalmente, la Atención Terciaria, que representa a los centros de salud que entregan actividades de alta complejidad y de especialidad, como lo son hospitales (26).

Curiosamente, y quizás agregando un cierto grado de complejidad a los centros de salud, pese a que todos forman parte de la Red Asistencial, no todos dependen del Servicio de Salud. De esta forma, tenemos que la mayor parte de la Atención Primaria en Salud (APS) es dependiente de la administración municipal (29). Sumado a lo anterior, también pueden existir centros de atención terciaria que no dependan de su Servicio de Salud, es decir, que sean autogestionados en red. Lo anterior implica que se encuentran

desconcentrados de su correspondiente servicio de salud pero aun así entregan prestaciones a su red (30). Finalmente, esta dualidad de dependencia a los Servicios de Salud también se visibiliza en la atención secundaria en salud.

La importancia de entender la estructura general del sistema de salud chileno es que la RAD, según la norma N°254, se vincularía con distintas de estas entidades del sistema, como lo son Ministerio de Salud, Servicios de Salud y centros de salud pertenecientes a sus distintos niveles de atención.

#### *II.1.2.2.- Centro formador*

Del mismo modo que los anteriores, pero ahora desde el lado educativo tenemos a los centros formadores o instituciones formadoras que, desde la RAD se entienden como instituciones encargadas de la formación de profesionales y técnicos, incluyéndose los establecimientos de educación previstos en la Ley General de Educación, es decir, Universidades, Institutos Profesionales, Centros de Formación Técnica, Establecimientos educacionales como Liceos Técnicos Profesionales reconocidos por el Estado que imparten carreras técnicas de nivel medio y otros Organismos que posean la autorización por parte del MINSAL para la realización de cursos de Auxiliares paramédicos (5). En la actualidad, el Ministerio de Educación de Chile reconoce un total 144 instituciones de educación superior, de las cuales 59 corresponden a universidades, 34 a institutos profesionales y 50 Centros de formación técnica (31).

Estos centros son los representantes del área educativa y, al vincularse con los centros de salud o sus servicios, es que dan origen a la RAD, existiendo actores encargados de velar por su implementación y desarrollo que se tratarán a continuación.

#### *II.1.2.3.- Encargados de la RAD*

Finalmente, llegamos a los encargados de la RAD, que según la norma N°254 podríamos clasificar en encargados locales, encargados del Servicio de Salud y encargados a nivel central (5).

Primeramente, los encargados locales son aquellos que deben velar por el correcto cumplimiento de la aplicación tanto de las normas como orientaciones para la aplicación de la RAD en su centro de salud(17). Por otro lado, los encargados del Servicio de Salud se encargan de asesorar en aspectos técnicos y administrativos a los encargados locales (17). Finalmente, la norma técnica designa que el Ministerio de Salud, a través de la subsecretaría de redes asistenciales deberá velar por el cumplimiento de las disposiciones estrategias existentes (17), así, estos profesionales que trabajan en el

ministerio serán denominados en esta tesis como encargados centrales del Ministerio de Salud de Chile.

#### *II.1.2.4.- Otros actores y elementos de relevancia de la norma N° 254*

La norma N°254 menciona otros organismos de relevancia para la implementación de la RAD, como lo son el CONDAS, el CORDAS y el COLDAS. El primero, corresponde a la Comisión Nacional Docente Asistencial que tendría funciones asesoras del MINSAL (5); El segundo, corresponde a la Comisión Regional Docente Asistencial, que al igual que el primero también tendría funciones asesoras pero a nivel regional (5)(32); Finalmente, el tercero corresponde a la Comisión Local Docente Asistencial, la cual al igual que las anteriores tendría una función asesora pero a nivel local dentro de los respectivos Servicios de Salud (5).

Por otro lado, la norma define algunos otros conceptos que vale la pena mencionar, dado su potencial relevancia en los resultados de la investigación.

En primer lugar tenemos el concepto de Convenio Asistencial Docente el que se entiende como un:

*“(...)**contrato suscrito entre un Servicio de Salud o un establecimiento de salud de la Red Asistencial y un Centro Formador, en que se asigna a este último un Campo para la formación profesional y técnica (CFPT) para la formación de alumnos de carreras conducentes a títulos profesionales o técnicos en el área de la salud, en virtud de la realización de un proceso de asignación regido por las disposiciones contenidas en la presente norma**” (5)*

Finalmente, tenemos el concepto de Capacidad Formadora, la que se entiende como el:

*“(...)**número máximo de alumnos de pregrado de las carreras profesionales y técnicas que pueden acceder a los servicios clínicos y unidades de atención declarados aptos por la autoridad del Servicio de Salud para acoger actividad formadora. Para estos efectos se deberá tener en consideración la actividad de postgrado que se desarrolle en el CFPT**” (5)*

Para resumir, se ha contextualizado el estado actual (al primer semestre de 2023) de la formación de capital humano en salud y definido una serie de conceptos como IDA y RAD, junto a otros ligados a este último. Pero, **comprender la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde la percepción de sus encargados** no solo implica entender lo que es la RAD, sino también entender y/o establecer lo que se considerará en esta tesis como implementar y percepción.

### ***II.1.3.- Implementación***

Para esta tesis, se abordará la implementación desde las políticas públicas. Así, es que se entenderá por implementación al proceso de llevar a cabo una decisión política en base a un objetivo previamente establecido (33), en otras palabras, el proceso de llevar a la práctica una política. Tradicionalmente, la implementación es considerada como uno de los tantos pasos inherentes a una política pública (34).

Los primeros estudios sobre la implementación de políticas públicas surgen en los años setenta, de la unión de una serie de disciplinas, tales como: administración, gestión pública y ciencias políticas. De estos estudios, surgen distintos modelos teóricos acerca de la implementación de políticas públicas, siendo las más conocidos los modelos: Top-Down, Bottom-up y Mixtos o Híbridos (34)(35).

Las aproximaciones Top-Down son aquellas en las que, por un lado, se genera una política en una esfera superior, es decir, desde un tomador de decisiones, para luego ser aplicada tal cual se diseñó por actores subordinados (35)(36). La aproximación Bottom-up a diferencia de la anterior, considera que la generación e implementación de una política son interactivos, por lo que las personas encargadas de la implementación también deben participar en la formulación de las políticas mismas (35)(36). Los modelos híbridos buscan tomar en consideración elementos de ambas aproximaciones; Sin embargo, se ha descrito que no existe un patrón común dentro de estos tipos de modelos (36).

Tanto las aproximaciones Top-Down como Bottom-up tienen sus fortalezas, retos y limitaciones. Por ejemplo, las aproximaciones Top-Down pueden obviar dificultades en los lugares de aplicación de las políticas, al estar diseñadas por actores no necesariamente inmersos en el medio. Por su parte, las aproximaciones Bottom-up pueden tener a tantos actores que deban aplicar una política que es poco práctico coordinar el trabajo de todos (37).

Independiente de la aproximación teórica de la implementación de una política pública, un elemento unánime es la dificultad para realizar este proceso (38)(39). Entre las dificultades más recurrentes pueden mencionarse: falta de motivación, oposición de actores interesados, recursos inadecuados, falta de claridad en las guías, falta de claridad de los roles al momento de la implementación, conflictos con otras políticas, falta de coordinación entre colaboradores, entre otros (38).

Latinoamérica no es ajena a los problemas de implementación de políticas públicas (39). En este territorio, se considera una de las más grandes dificultades es la entramada red tanto de actores como de relaciones de poder entre estos (40). En Chile, por su parte, la

implementación de políticas públicas se han descrito como una “(...) *reforma administrativa eficazista y eficientista* (...)” (41) donde además de las dificultades ya descritas se destacan la falta de consideración de los territorios y falta de coordinación (42).

## **II.2.- Marco Referencial**

Ahora que se ha sentado una base tanto contextual como conceptual del problema en estudio, cabe preguntarse, **¿qué se conoce actualmente sobre implementación de la Relación Docente Asistencial en Chile?** Es por lo anterior que, durante el año 2022 se realizó una revisión de literatura en las bases de datos Web of Science, Scielo, Pubmed, LILACS, CINAHL, Scopus, CUIDEN, ERIC, Red de Repositorios Latinoamericanos de Tesis y Google Scholar. Para lo anterior, se utilizaron las palabra clave: Relación Asistencial Docente, Relación-Asistencial-Docente, Relación Docente-asistencial, Integración Asistencial Docente, Integración Asistencial-docente, Vivencias e Implementación. Las anteriores fueron adaptadas según la base datos utilizada. Además, en ingles se utilizaron las palabras: Teaching Hospital Model, Service-Based Teaching, Integration, Medical Education, Healthcare, Health services, Health Education. No se realizó una excusión de la literatura en base al año de publicación o características metodológicas de la evidencia.

Primeramente, y entendiendo que el concepto en sí de “Relación Asistencia Docente” o “RAD” es propio de Chile es que se buscó en la literatura el concepto como tal, pese que puede tener otros conceptos similares por el resto del mundo.

En relación a la **literatura nacional**, no se logró encontrar investigaciones acerca de la vivencia de implementar la RAD desde los encargados. Aun así, si fue posible encontrar acotada evidencia sobre cómo es vista la integración asistencial docente en el país y del impacto de esta. Dos investigadoras de la Universidad de Concepción buscando entender los **problemas que se producen en la integración docente asistencial** realizaron un estudio exploratorio donde entrevistador a 15 enfermeras supervisoras de diferentes servicios clínicos de un hospital con RAD del sur de Chile. A estas enfermeras se les pregunto cómo ha sido la IDA y si han existido problemas atribuibles a esta, encontrándose que en general ha sido una **relación descoordinada** con problemas de comunicación entre los actores clínicos y los educativos, existiendo además **falta de conocimiento** sobre la IDA y de estímulos desde la academia a los profesionales clínicos (43). Junto a esto, encontraron que lo anterior generaba que tanto los docentes como alumnos de pregrado y postgrado fueran utilizados como recursos humanos para los servicios, concluyendo así la necesidad de la **fortalecer la comunicación, reconocimiento y motivación** principalmente del personal clínico (43). Sumado a lo

anterior, en un estudio realizado por investigadoras de la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde se buscaba describir el impacto de un modelo de integración docente asistencial en la Red de Salud de la Universidad Católica de Chile, concluyeron la importancia del **apoyo político de las instituciones educativas** para implementar estos modelos, además de la **necesidad de integrar y coordinar** el trabajo entre personal docente y clínico, siendo capaces de reconocer la labor de estos últimos, destacando finalmente la importancia de proponer estándares e indicadores de calidad para acreditar los campos clínicos en relación a los modelos de IDA (44). Por otro lado, dentro de la literatura nacional fue posible encontrar opinión de expertos en relación al tema, describiéndose así en un ensayo sobre la RAD que era necesario al momento de ejecutarla estudiar la viabilidad de esta en base a la gran falencia existente tanto de recursos físico como humanos, siendo además necesario considerar el nivel de conocimiento de los estudiantes, personal clínico y personal docente (45). Finalmente, este autor destaca la **necesidad de crear estándares** de calidad mínimos para entablar la RAD dado que usualmente no se estudia si las instituciones son realmente idóneas o capaces de llevar a cabo la unión (45).

En relación al concepto de “RAD” en sí, en otra literatura latinoamericana y/o mundial no fue posible de encontrar, pero si fue posible encontrar literatura sobre temáticas asociadas y/o similares a la RAD, en países donde se comparten estructura organizaciones de la salud y educación similares a la de Chile.

Desde la Organización Panamericana de la Salud, fue posible encontrar un documento acerca de los enfoques, problemas y perspectivas de la formación de los recursos humanos en salud. En este documento se destaca como problemas comunes en la formación en salud a la: discrepancia político-técnica que tienen algunos países y el debilitamiento de la rectoría de organismos en materia de regulación, planificación y desarrollo de una política de recursos humanos. Adicionalmente, se menciona como un gran problema las mediciones que deben realizarse entre los sectores salud, trabajo y educación, quienes en conjunto deberían regular las decisiones políticas técnicas de la formación de futuros profesionales de la salud. Finalmente, se menciona que muchas de estas dificultades se deben a un conjunto de factores y externalidades difíciles de compatibilizar, lamentablemente estas no son mencionadas en mayor detalle (46).

De esta forma, y ampliando el concepto de RAD a otros similares, desde la **literatura latinoamericana y del Caribe**, se pudo encontrar evidencia sobre Integración Docente Asistencial y relaciones asistenciales docentes, principalmente de países como Colombia. Así, por ejemplo, tenemos un estudio multicéntrico descriptivo donde se buscó **evaluar las condiciones de la integración docente asistencial** denominada docencia-servicio en 8 instituciones colombianas, considerando a los estudiantes, coordinadores

de servicios y docentes, destacándose finalmente la **importancia de evaluar periódicamente la relación** entablada entre educación y salud, a modo de dar respuesta a las necesidades de los usuarios y estudiantes, siendo además una forma de generar oportunidades de mejora de los procesos (47). Por otro lado, desde Ecuador, una investigación realizada el año 2019 que buscaba **caracterizar la IDA** en un Hospital de Guayaquil, mediante un estudio de campo, incluyendo a la directiva del centro de salud y profesional de enfermería, encontraron que, a modo general, se considera que existe **una baja coordinación docente** generada principalmente por un **desconocimiento** acerca de lo que es la IDA por lo que sería necesario visibilizarla en mayor medida (48). También, y desde otra perspectiva, en Nicaragua del año 1993, en un estudio donde se planteaba el diseñar un modelo de integración docente asistencial para farmacéuticos, se finaliza recomendando que, para llevar a cabo estos modelos es necesaria la **capacitación de docentes** junto con **fomentar la motivación** tanto de estos como de los clínicos, siempre garantizando la disponibilidad de los recursos necesarios (49). Por último, al igual que la literatura chilena, existen opiniones de expertos Colombianos sobre la IDA, destacando que al momento de llevar a cabo procesos de integración docente existe un **choque entre los principios** de los centros formadores y de los centros de salud, lo cual genera problemas a diferentes niveles tanto de los procesos educativos de los estudiantes como en la calidad de la atención entregada y la seguridad de los pacientes (50). Adicionalmente, durante estos procesos de integración, existirían **problemas de comunicación, colaboración y coordinación**, generados no solo por el choque de principios ya mencionado sino también por la **inadecuada preparación del personal** para ejecutar la relación y por la **inadecuada interpretación de la normativa existente**. Finalmente, se destaca la posibilidad de encontrar **falta de compromiso y responsabilidad** por parte del personal clínico, esto secundario a la falta de reconocimiento tanto simbólico como contractual por parte de las instituciones (50). En la misma línea que lo anterior, al indagar en este vínculo entre salud y educación en Latinoamérica y el Caribe, se encontró cierta literatura en Costa Rica, donde se discute el proceso de enseñanza en los Servicios de Salud. Interesantemente, en un ensayo publicado el año 2010, se describe como los centros asistenciales públicos de Costa Rica se encuentran vinculados con la docencia que se desarrolla en universidades. Esta vinculación se describe como un proceso donde existen distintas iniciativas internas como, por ejemplo, la **formación continua de los profesionales**. Además, se describe como un proceso que facilita la **inserción a futuro de los estudiantes** dentro de los centros de salud y en donde la comunicación dentro de todos los actores es crucial para su desarrollo (51).

Por otro lado, en relación a la literatura de países no latinoamericanos o del Caribe, al indagar en conceptos similares a la RAD, como se mencionó, no fue posible encontrar evidencia sobre “Integración Docente Asistencial” y “Relación Asistencial Docente” en sí,



probablemente por los tipos de modelo educativo preponderantes en sus territorios, tema que no se profundizará en esta tesis dado que no forma parte de los objetivos propuestos. Pese a lo anterior, como se mencionó, se amplió la búsqueda a otros conceptos similares como Teaching Hospital Models, ya que corresponden a modelos educativos donde existe una integración entre lo docente y clínico. Así, la mayor parte de la literatura de este tipo destaca como principal elemento a considerar la dificultad que conlleva la implementación de estos modelos desde un **punto de vista económico** versus los beneficios que puede traer a los pacientes gracias al más alto nivel de cuidados y tratamientos que pueden entregar(52)(53). Adicionalmente, en un estudio cualitativo realizado en Irán, donde se pretendía conocer los desafíos y oportunidades que conllevaba la integración educativa realizada en los hospitales docente desde el punto de vista de profesionales, directivos y educadores, se concluyó que los desafíos de un hospital docente podían ser clasificados en tres grandes grupos, en aquellos **educacionales, terapéuticos y de investigación**, siendo los dos primeros de mayor aplicación a nuestra realidad nacional. Los primeros hacen referencia principalmente a desafíos vinculados con la **falta de instalaciones** para desarrollar la educación, el **incumplimiento de los estándares educativos** propuestos por las universidades y el declive al cumplimiento de objetivos educativos. Mientras que los desafíos terapéuticos se encontraban ligados principalmente a la calidad de las **prestaciones entregadas y falta de recursos y facilitadores**. Por otro lado, desde las oportunidades que entrega esta integración se identificaban la mayor tendencia a utilizar evidencia actualizada para guiar los tratamientos propuestos y su consecuente beneficio para los pacientes quienes podrían ser tratados por profesionales y docentes expertos en sus áreas de conocimiento. Finalmente, la misma presencia de estudiantes fue considerada como una gran oportunidad, dado que para los participantes del estudio estos podían ser considerados como un **recurso humano** para los centros de salud, en especial los estudiantes de postgrado, quienes al ser especialistas en formación prestan servicios a menores costos que los especialistas ya formados. Finalmente, y ligado a lo anterior, este estudio consideraba como una oportunidad la posibilidad de formar mayor cantidad de profesionales especialistas para los mismos centros de salud (54).

De esta forma, y tras revisar literatura nacional e internacional es posible concluir que, si bien existe evidencia amplia literatura sobre la formación de profesionales del área de la salud y educación, y literatura algo más acotado sobre Integración Asistencial Docente y Relación Asistencial Docente desde países con sistemas políticos educativos y de salud similares al de Chile, pareciera no existir un abordaje investigativo directo a la RAD en el país, y menos desde los actores que la norma técnica n°254 de Chile designa como encargados de su desarrollo. En definitiva, existe un vacío de conocimiento en relación al tema de estudio de esta tesis que podría contribuir a entender cómo se está implementando actualmente la RAD.

## Capítulo III: Objetivos

A continuación, se presentan los objetivos de esta tesis.

### **III.1.- General**

**OG.-** Explorar la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde los encargados de la relación asistencial docente del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

### **III.2.- Específicos**

**OE1.-** Describir el proceso de implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

**OE.2.-** Identificar los elementos que facilitan y dificultan la implementación de la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

**OE.3.-** Comprender los desafíos y oportunidades existentes al implementar la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

**OE.4.-** Reconocer los actores involucrados en la implementación de la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

## Capítulo IV: Supuesto de Investigación

Para esta tesis se partió con el supuesto de que los encargados de la Relación Asistencial Docente (RAD) del Ministerio de Salud de Chile, de un Servicio de Salud de Chile y de centros de salud de Chile tienen una percepción y vivencia en relación a la implementación de la RAD.

## Capítulo V: Marco Metodológico

### **V.1.- Perspectiva Metodológica**

En esta investigación se planteó un estudio cualitativo de alcance descriptivo utilizando **el Estudio de Caso** de tipo instrumental como diseño, el cual permitió explorar y comprender en profundidad un evento específico vivido por un grupo de personas, a través, de la recolección selectiva de información que permita describir y entender el caso seleccionado (55)(56). Por lo anterior, se definió como caso en estudio “La implementación de la RAD” el que se abordó desde la percepción de los encargados de distintos niveles de atención en salud.

Dicho lo anterior, y dado que esta investigación se buscó explorar un programa, es que se considerará el estudio de caso desde una perspectiva constructivista propuesta por Sharan Merriam, quien consideraba que los estudios de caso eran “*una descripción intensiva holística y análisis de un acotado fenómeno como un programa, una institución, una persona, un procesos o una sociedad*”(57). Adicionalmente, también se tomó en cuenta las propuestas de Stake en relación al estudio de caso, por ejemplo, su concepto de estudio instrumental (58) dado que a juicio de este investigador permitió definir con mayor claridad la función del objeto a ser estudiado.

### **V.2.- Estrategia de Muestreo**

#### **Participantes**

El estudio incorporó como participantes principales a los encargados de la RAD del Ministerio de Salud, un Servicio de salud y centros de salud de Chile (de atención primaria, secundaria y terciaria).

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron a todos los encargados de la RAD locales de centros de salud, de Servicios de Salud y del nivel central del Ministerio de Salud de Chile que desearon participar voluntariamente, sin importar su edad, etnia, sexo, genero, profesión de pregrado u otras características sociodemográficas. Se excluyeron todos los encargados que llevaran menos de 1 año en sus puestos de trabajo, dado que no se consideraron como personal permanente (y según recomendación del Comité de Ética).

## Muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia y bola de nieve donde se esperó iniciar con la encargada del ministerio de salud de Chile y luego seguir con otros 9 participantes. Es importante mencionar que el número anterior se propuso sólo como marco de referencia en base a recomendaciones descritas por Creswell y Porth basadas en criterios de saturación y experiencias previas en diseños cualitativos (55)(56). El reclutamiento e invitación a participar en la investigación se realizó, a través, de un correo electrónico con la colaboración de actores clave como la jefa del Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua María Gabriela Hoffman Rojas Educación Continua, y Actores claves del Servicio de Salud estudiado. En el Anexo N°5 se encuentra disponible un ejemplo del correo electrónico tentativo a utilizar para invitar a los participantes. Inmediatamente luego de la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad, el investigador principal comenzó a realizar el reclutamiento. Finalmente, para la vinculación inicial con la jefa de Departamento de Formación, Capacitación y Educación se utilizó como actor clave al académico de la Escuela de Salud Pública Dr. Cristian Rebolledo quien participa como asesor en materias de formación de capital humano para el ministerio de salud de Chile.

### *V.3.- Producción y análisis de la información*

#### **Técnica de recolección de datos**

Considerando las particularidades clásicas de los diseños tipo estudio de caso, se utilizó la **entrevista semiestructurada** como medio para la producción de información, considerando que estas permiten adentrarse en las experiencias y percepciones de los participantes (59). Sin perjuicio de lo anterior, y considerando las particularidades metodológicas del estudio de caso, se les dio la posibilidad a los participantes de que aporten con información documental de clases, informes, trabajos, artículos y/o presentaciones, de su propia autoría o de acceso público que consideren como esenciales para la comprensión del caso en estudio. No se aceptaron documentos que incluyan a más autores y/o no sean de acceso público.

Las entrevistas, cuyo guion orientador se encuentra en el anexo N°1, fueron realizadas en su totalidad por el investigador principal en un espacio y tiempo a convenir en conjunto, dándose preferencia a la **modalidad presencial**, pero existió la posibilidad de realizarse a distancia, mediante videollamadas usando la plataforma Google Meet®, para aquellos participantes con dificultad para agendar de forma presencial el encuentro. Además, las entrevistas fueron **grabadas y transcritas** para su posterior análisis. Independiente de lo anterior, se veló siempre por la privacidad y por la realización del

proceso de consentimiento informado de forma presencial siempre antes de realizar las entrevistas. Se estimó que la duración de las entrevistas sería de 60 minutos.

Por otro lado, el investigador también realizó anotaciones **en memos** acerca del contexto en que se llevan a cabo las entrevistas, apreciaciones sobre lenguaje no verbal, entre otras percepciones o circunstancias que se consideren atingentes. Estas anotaciones fueron tomadas en consideración y utilizadas en el proceso de análisis.

### **Estrategia de Análisis**

Dado los objetivos en estudio planteados, el diseño de investigación elegido y el paradigma constructivista en el que se enmarca la investigación, se decidió utilizar como principal estrategia de análisis la **agregación categórica** propuesto por Stake (58) y el **análisis de contenido** recomendado por Merriam(57). Primeramente, toda la información obtenida de las entrevistas fue transcrita palabra por palabra. Luego, se realizó una lectura de cada entrevista buscando unidades de significado, donde aplicando la agregación categórica de Stake(58), se agruparon las unidades de significado en unidades con atributos similares, denominadas categorías. Luego, aplicando un análisis de contenido descrito por Valles (60), se realizó la codificación de cada categoría y se creó un libro de códigos donde se operacionalizo una definición de cada categoría con su respectivo código. Luego, estas categorías fueron analizadas y en algunos casos se procedió a agrupar en temáticas las cuales fueron (o no) contrastadas(55).

Se utilizó el programa MAXQDA® para realizar el análisis, a modo de garantizar la sistematización, rigurosidad y orden del análisis y procesamiento de la información. Por otro lado, y al igual que durante el proceso de recolección de información el investigador realizó memos acerca de sus percepciones, ideas, entre otras que emerjan del proceso de análisis. La información anterior fue utilizada tanto en el mismo proceso de análisis como en el planteamiento de la discusión y conclusiones de la investigación.

Finalmente, en relación a la confidencialidad de la información, tanto la grabación de las entrevistas como la transcripción de estas se mantienen guardadas únicamente en el computador del investigador principal, siendo almacenadas por un plazo de 2 años en formato digital y siendo responsabilidad del investigador su posterior eliminación. Estas son almacenadas con el nombre GrabaciónX, siendo X un número aleatorio. Junto a lo anterior, al momento de transcribir las entrevistas estas fueron anonimizadas de tal forma que no puedan ser identificados los participantes. Así, cada entrevista fue transcrita palabra por palabra, pero los nombres fueron cambiados por códigos, por ejemplo, a cada entrevista se le asignó un número aleatorio el cual será utilizado para denominar la entrevista y al entrevistado, por ejemplo, a una entrevista se le pudo asignar el número

1, por tanto, será la entrevista N°1, en quien participará el entrevistado N°1 o E1. Por otro lado, en relación al material documental que los participantes entregaron, estos son denominados como material documentalX, siendo X un número aleatorio, dependiendo de las características de este, se almacenaran por un plazo de 2 años para luego ser eliminados en caso de ser digitales o en caso de material físico, cosa que no sucedió, estos se hubieran devueltos y/o destruidos en un plazo máximo de 2 años según lo convenido con el participante al momento de ser facilitados. Adicionalmente, el número asignado a la grabación, transcripción y/o material documental será diferente, a modo de minimizar las posibilidades de identificación de los participantes. Finalmente, solo el investigador principal tiene acceso tanto a las grabaciones como a la transcripción de estas.

Los resultados son presentados mediante mapas conceptuales, tablas y fragmentos de las entrevistas.

#### ***V.4.- Criterios de rigurosidad***

Para resguardar la credibilidad y confiabilidad de los hallazgos de la investigación, se consideraron principalmente criterios propuestos Lincoln y Guba en su libro indagación naturalista (61), que se describen a continuación:

**1.- Credibilidad:** Entendida como la confianza en la veracidad de los resultados estará dada por la auditoria y posibilidad de confirmación. En relación a la auditoria, esta se veló por la evaluación por parte de los académicos del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile durante los cursos de seminario de tesis 1 y 2. Junto a lo anterior, el guion orientador fue evaluado por 2 expertos independientes en relación a su contenido en base a la suficiencia, calidad, coherencia y relevancia de las preguntas orientadoras (formato disponible en anexo 3) según lo propuesto por Escobar-Pérez y Cuervo Martínez (62). Por otro lado, en relación a la posibilidad de confirmación, está dada por la posibilidad de que los participantes revisen la transcripción de sus entrevistas y realicen comentarios acerca de la exactitud de estas u otros comentarios que consideren atingentes, cosa que fue solicitada hasta el momento por una participante. Adicionalmente, se les dio a los participantes la opción de recibir los resultados finales de la investigación.

**2.- Transferibilidad:** Entendida como la posibilidad de generalizar los datos, estuvo dada principalmente por la saturación de la información. Lo anterior se veló por buscar la repetición mínima de 2 veces de una idea o concepto en cada subgrupo de intereses. Es por lo anterior, y a modo de resguardar este criterio que en caso de no cumplir con la saturación de la información se podría ampliar el número de participantes para posteriores publicaciones.

**3.- Dependencia o Confiabilidad:** Entendida como la consistencia con el entorno está dada por el significado en contexto. Lo anterior será entendido como contar con los insumos necesarios del contexto para situar la investigación estará dado por las anotaciones que realizó el investigador en los memos sobre el contexto en que se llevará a cabo la entrevista e investigación, es decir, lugar y hora donde se realizan las entrevistas, elementos ambientales que puedan afectar, entre otros.

**4.- Confirmabilidad:** Entendida como la neutralidad de los resultados, estuvo dada por la reflexibilidad y triangulación de la información. La reflexividad estuvo dada por mantener un proceso reflexivo a lo largo de la investigación por parte del investigador con el objetivo de reconocer y valorar las ideas que tenga el investigador. Lo anterior quedó plasmado en memos del investigador e integración en el proceso de análisis de la información. Finalmente, en relación a la triangulación, está estuvo dada por la posibilidad de integrar otra fuente de información, como material documental, para el análisis y posterior planteamiento de los resultados.

#### ***V.5.- Aspectos Éticos***

Los aspectos éticos de la investigación están dados por el cumplimiento de las recomendaciones internacionales en investigación en seres humanos, concretamente el respeto por las recomendaciones de la declaración de Helsinki, pautas éticas CIOMS y declaración de Singapur, además del cumplimiento de la legislación chilena sobre investigación. Es por lo anterior, y teniendo en consideración el principio de autonomía y la ley 20.120 artículo 11 de Chile (63), que esta investigación fue evaluada y aprobada con fecha 06 de diciembre del año 2022 por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, contando además con un proceso de consentimiento informado que quedará plasmado en un acta firmado con copia para el participante y el investigador.

Finalmente, para el análisis ético de este proyecto se consideraron los siete requisitos éticos de investigación clínica propuestos por Ezequiel Emanuel, descritos en las pautas éticas de investigación en sujetos humanos propuestos en el programa regional de bioética de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, editado por Lolas y Quezada (64), donde se consideran los principios de:



-El **valor científico** esta dado por la necesidad de llenar un vacío de conocimiento actual acerca de la implementación de la RAD. Siendo los potenciales hallazgos útiles para mejorar los procesos de formación de capital humano en salud de Chile.

-La **validez científica** está dada por el resguardo de realizar una investigación con una metodología coherente, según la literatura actual y pertinente, que permita dar respuesta a los objetivos planteados, cumpliendo además los criterios de rigurosidad propuestos.

-La **selección equitativa de participantes** se resguarda por la selección justa de los participantes, no habiendo seleccionando profesionales en base a su vulnerabilidad y/o rasgo favorecido, es decir, todos los encargados de la RAD tuvieron la misma posibilidad de ser participantes de la investigación siempre y cuando quieran hacerlo libremente y cumplan con los criterios de inclusión y exclusión propuestos, considerando que estos últimos solo buscaron a los sujetos más idóneos para responder la pregunta de investigación. Sumado a lo anterior, dadas las características de los participantes no se consideró que estos tengan alguna condición de vulnerabilidad (no son individuos con tengan alguna incapacidad de resguardar sus integridad y propios intereses de forma temporal o permanente).

Por otro lado, se consideró que la población en estudio no es cautiva dado que no existe una relación previa y/o de dependencia entre los investigadores y participantes ni relación de tipo “profesional de la salud/paciente”, entre otras.

-La **proporción razonable de riesgos/beneficios** en esta investigación se ha buscado resguardar al minimizar cualquier posible riesgo que pueda presentar algún participante, además de maximizar cualquier posible beneficio para ellos. En relación a lo anterior, no se encontró ningún riesgo directo para los profesionales, ni tampoco ningún beneficio directo para ellos. Por otro lado, en relación a los beneficios, no se encontró ningún beneficio directo para los participantes, mientras que para la comunidad podría significar un beneficio al generarse evidencia para fortalecer el proceso de implementación de la Relación Asistencial Docente.

-La **evaluación independiente** estuvo dada por la revisión y análisis de la investigación por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, los cuales se encuentran alienados con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre ética de la investigación.

-El **consentimiento informado**, como ya ha sido explicitado, se resguardó al contar con un proceso de consentimiento informado que quedó plasmado en un acta física donde están explícitos los aspectos mínimos que los participantes deben conocer, vale decir, voluntariedad, objetivo del estudio, metodologías en las que participaran, riesgos, beneficios, contactos para acceder mayor información, entre otros. En el anexo N°3 se encuentra disponible el acta física a

utilizar. El proceso de consentimiento informado fue realizado siempre de forma presencial y previo a la realización de la entrevista, por lo que al momento de coordinar la entrevista se coordinó también el proceso de consentimiento informado.

-El **respeto por los sujetos inscritos** estuvo dado por el resguardo de la confidencialidad de la información de los participantes a través del manejo estricto de la información, mediante la codificación de la identidad de los participantes, centralización del almacenamiento de la información, y eliminación de la información tras cumplido plazo máximo de 2 años tras finalizada la investigación. Siendo todas las anteriores responsabilidades del investigador principal. Además, se ha respetado la voluntariedad de los participantes lo que conlleva respetar la decisión de que alguno de estos se retiren en cualquier momento de la investigación sin tener que dar una explicación. Por otro lado, y como fue mencionado en el apartado de metodología del estudio, tanto la grabación de las entrevistas como la transcripción de estas son y serán guardadas únicamente en el computador del investigador, siendo almacenadas por un plazo de 2 años en formato digital y siendo responsabilidad del investigador su posterior eliminación. Las anteriores, serán almacenadas con el nombre GrabaciónX, siendo X un número aleatorio que se le asigne. Junto a lo anterior, al momento de transcribir las entrevistas estas serán anonimizadas de tal forma que no puedan ser identificados los participantes. Así, cada entrevista fue transcrita palabra por palabra, pero los nombres fueron cambiados por códigos, por ejemplo, a cada entrevista se le asignó un número aleatorio el cual fue utilizado para denominar la entrevista y al entrevistado, por ejemplo, a una entrevista se le pudo haber asignar el número 1, por tanto, será la entrevista N°1, en quien participará el entrevistado N°1 o E1. Por otro lado, en relación al material documental que los participantes entregaron, estos fueron denominados como material documentalX, siendo X un número aleatorio, dependiendo de las características de este, se almacenaron por un plazo de 2 años para luego ser eliminados en caso de ser digitales o en caso de material físico, cosa que no sucedió, hubieran sido devueltos y/o destruidos en un plazo máximo de 2 años según lo convenido con el participante al momento de ser facilitados. Adicionalmente, el número que se le asignó a la grabación, transcripción y/o material documental fueron diferentes, a modo de minimizar las posibilidades de identificación de los participantes. Finalmente, solo el investigador principal tiene y tendrá acceso tanto a las grabaciones como a la transcripción de estas.

## Capítulo VI: Resultados

### ***VI.1.- Estructura y generalidades de los resultados***

En este apartado se presentan los principales resultados de esta investigación. Primeramente, y según lo planeado, luego de recibir la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos en diciembre del año 2022, se entrevistaron a 10 encargadas de la Relación Asistencial Docente de forma presencial durante los meses de diciembre de 2022 y febrero de 2023. La duración promedio de las entrevistas fue de 38 minutos.

Para el análisis de la información, según lo descrito previamente, se procedió a transcribir palabra por palabra las entrevistas realizadas, y se incluyó en el análisis tanto los documentos aportados por las encargadas como los memos realizados por el investigador de este estudio. En el anexo N°9 se adjunta el libro de códigos generados luego del proceso de análisis. A continuación, se presentan los principales resultados.

### ***VI.2.- Los encargados de la Relación Asistencial Docente participantes de esta investigación son mayoritariamente mujeres de distintas áreas de la salud***

En esta investigación se reclutaron 10 encargadas de la Relación Asistencial Docente, las cuales se desempeñaban en distintos organismos y/o instituciones, como se describe a continuación: 1 en el Ministerio de Salud de Chile, 1 en un Servicio de Salud de Chile, 2 en centros de atención terciaria autogestionados y centros de salud de atención secundaria, 2 en centros de atención terciaria dependientes de la dirección de salud, 1 en un centro de atención terciaria y secundaria dependiente de la dirección de salud, 1 en un centro de salud de atención secundaria y 2 en centros de salud de atención primaria en salud. Es importante mencionar que todas las encargadas de centros de salud se desempeñaban en centros de un mismo servicio de salud, al igual que el encargado del servicio de salud entrevistado.

Los participantes en este estudio fueron mayoritariamente mujeres (9 de 10), y principalmente profesionales del área de la salud (4 kinesiólogas, 3 enfermeras, 1 tecnóloga médica, 1 matrona y 1 administradora pública).

En relación a su formación de educación continua y postgrado, 3 contaban con grado de magíster y el resto con algún tipo de formación continua ya sea cursos y/o diplomados en distintas áreas del conocimiento como: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Gestión en Salud y otras diversas áreas clínicas.

Interesantemente, al momento de realizar el reclutamiento, todos los participantes invitados que se desempeñaban a nivel ministerial, Servicio de Salud y atención terciaria y secundaria accedieron a participar voluntariamente; No así los encargados de atención primaria en salud. Del Servicio de Salud en estudio se visitaron presencialmente 5 direcciones de salud y 11 centros de atención primaria, solo aceptando a participar finalmente 2 de ellos.

### ***VI.3.- La Relación Asistencial Docente se estructura como una red que abarca distintos niveles de gestión***

Primeramente, para entender la implementación de la Relación Asistencial Docente, se buscó comprender y esquematizar la forma en que esta se estructura en el caso en estudio. Para lo anterior, se utilizó de forma combinada la información obtenida durante las entrevistas, documentos aportados por parte de los actores clave, memos creados por el investigador e información disponible en las páginas gubernamentales de Chile.

Primeramente, al buscar en la página web oficial del Ministerio de Salud de Chile, es posible encontrar que en su Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Gestión y Desarrollo de Personas (DIGEDEP) se encuentra el Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recursos humanos (RHS)(65). En este departamento se encuentra la jefa del Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua. Luego, gracias a la información obtenida de las entrevistas, fue posible identificar que dentro de este departamento se encuentran un equipo de 4 personas encargadas de la Relación Asistencial Docente, siendo este conformado por la jefa del Departamento y 3 encargados de la Relación Asistencial docente, siendo uno de ellos encargados de la Relación Asistencial Docente de Pregrado y otros dos de la Relación Asistencial Docente de Postgrado.

*“(...) Aquí en el departamento tenemos profesionales a cargo de cada tema, hay una profesional encargada de la relación asistencial docente de pregrado y dos profesionales encargados de la relación asistencial docente de postgrado, es una tarea en desarrollo (...)” (E7, 2023).*

De este equipo, son principalmente los encargados de la Relación Asistencial Docente los que se comunican directamente con los encargados de los 29 servicios de Salud del País. Sin perjuicio de lo anterior, desde el MINSAL se está planificando generar una comunicación directa con los encargados locales de la RAD.

*“(...)tenemos planificado para el 2023 trabajo directo con los encargados de los establecimientos, en los que invitamos a los encargados de los servicios de salud, porque nos interesa conocer la opinión de los encargados locales de la Relación*

*Asistencial docente, cuáles son los espacios que tenemos que procedimientos (...)" (E7, 2023).*

Ahora, entendiendo esta red de jerárquica, de forma decreciente, el siguiente eslabón serían los Servicios de Salud. Para este estudio de caso se tomó el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). De esta forma, al indagar en la estructura de este servicio, fue posible encontrar, en su página web oficial, que cuenta con una Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, la que a su vez cuenta con el Departamento de Capacitación donde se encuentra la encargada de la Relación Asistencial Docente del Servicio de Salud. Como se mencionó anteriormente, está encargada se comunica a nivel ministerial con los encargados de la RAD del MINSAL, pero a su vez, se comunica con los distintos hospitales y centros de la red

*"(...)soy el nexo directo entre todos los hospitales del servicio y el MINSAL; Ese como el rol de la RAD en el servicio(...)" (E6, 2023).*

Un elemento interesante a comprender es que cada Servicio de Salud se encuentra constituido por una red de centros de salud, que corresponden a centros de atención primaria, secundaria y terciaria. De esta forma, la encargada de la RAD del servicio de salud se relaciona directamente con los encargados locales de la RAD de cada centro de salud. En el caso de atención secundaria y terciaria, el rol de la encargada de la RAD del servicio es diferente según si el establecimiento es dependiente del servicio de salud o autogestionado, los roles serán desarrolladas más adelante (ver VI.5 Para la implementación de la Relación Asistencial Docente se conjugar una serie de actores no solo del área de la salud). Finalmente, un elemento interesante de la red en este nivel se da con los vínculos formados con la atención primaria en salud y el Servicio de Salud. Dado que todos los centros de atención primaria que se encuentran en este Servicio de Salud son dependientes de municipalidades, no existe un vínculo formal con los encargados de Relación Asistencial Docente de Atención primaria. De hecho, al indagar sobre el vínculo entre RAD del Servicio de Salud y atención primaria en salud se mencionó que estos últimos:

*"(...) Son separados. Ellos son, entres entre comillas, privados (...) nosotros, en sí, no tenemos nada que meternos(...)" (E6, 2023).*

Esta desfragmentación de la atención primaria de salud de la Red de la Relación Asistencial Docente también es visualizada por las encargadas del MINSAL, puesto que no existiría comunicación. Así, es que este tema será abordada en mayor detalle en el apartado (ver VI.4.- La atención primaria en salud se encuentra principalmente fragmentada de la red actuando como un ente "privado"). Sin perjuicio de lo anterior, dentro de las entrevistas y literatura disponible fue posible encontrar que en algunos

servicios de salud existen centros de salud de atención primaria que son dependientes de los servicios de salud, siendo estos establecimientos los que podrían tener vínculos con la red de salud.

Dentro de esta red de la Relación Asistencial Docente, tenemos los distintos centros de salud que forman parte de un servicio de salud. Como se mencionó anteriormente, cada centro de salud de cuenta con un encargado local de la RAD. Curiosamente, la función de cada encargado local de la RAD posee algunas diferencias en base a si es un centro de salud es dependiente y/o autogestionado (ver VI.-5 Para la implementación de la Relación Asistencial Docente se conjugan una serie de actores no solo del área de la salud). Los encargados locales de la RAD se relacionan directa y principalmente con los jefes de las distintas unidades, sectores y/o servicios clínicos ubicados dentro su centro de salud, siendo estos los que se comunican con el personal clínico que recibirá a los estudiantes.

Como ya se ha mencionado, la atención primaria en salud dependiente de municipalidades se estructura de una forma parcelada a la red. En general, cada municipalidad cuenta con una dirección de salud comunal donde se localiza un encargado RAD y/o de convenios docentes. Este encargado es quien puede comunicarse con el Servicio de Salud, y se relaciona a su vez, con los encargados locales de cada centro de atención primaria en salud. Estos últimos, usualmente suelen los subdirectores de los centros de salud.

*“(...) De los 8 de los 9 centros de salud de atención primaria que me han rechazo, en 7 me mencionaron que el encargado de docencia y convenios era el subdirector de la institución, en los otros era un profesional de algún sector/área asistencial(...) Me dijeron que debería ir a preguntar a la dirección de salud” (Memo 10, 2022).*

De hecho, al consultar a los encargados locales de la APS, estos mencionan que generalmente hay un encargado comunal, y este es quien genera los convenios y luego le informa al encargado del centro de APS.

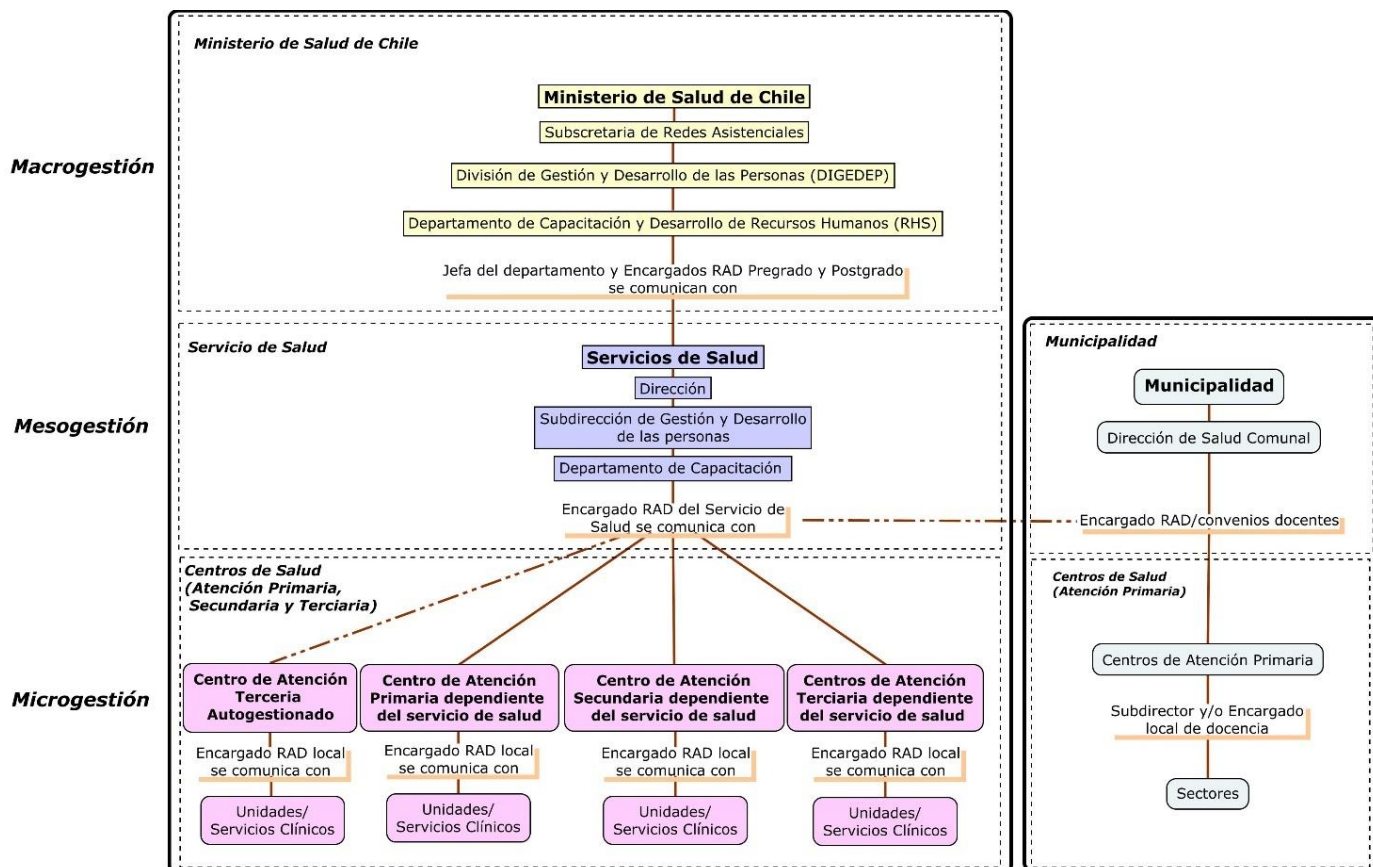
*“(...) El encargado de RAD (...) básicamente lo que le interesa (...) es que se cumpla el acto administrativo, de hacer como los traspasos de plata, que la universidad como que haga la retribución, y eso queda ahí nomás. El tema es que la bajada después de cómo se implementa en términos técnicos, pedagógicos ahí no hay ninguna formación, es tierra de nadie (...)” (E8, 2023)*

Por otro lado, un elemento que es importante mencionar, pese a que no forma directa con la red, son los distintos centros formadores del país. Estos centros, entendidos como universidades, centros de formación técnica, entre otros, suelen poseer un Encargado de Rotaciones clínicas y/o encargado de docencia y/o encargado de convenios quienes se relacionan estrechamente con distintos actores de la red (VI.-5 Para la implementación de la Relación Asistencial Docente se conjugan una serie de actores no solo del área de la salud).

En resumen, podemos identificar cuatro grandes organismos y/o entidades dentro de la Red de la Relación Asistencial Docente: El Ministerio de Salud de Chile, Los Servicios de Salud, Las Municipalidades, Los Centros de Salud (atención primaria, secundaria y terciaria) y los centros formadores. Así, es posible identificar conceptos desde gestión en salud, pudiéndose detectar que existen en esta red tres grandes elementos estructurales de la gestión, vale decir, la macrogestión, mesogestión y microgestión. Entendiendo que la macrogestión hace referencia a un componente político, regulador y/o rector (65), es que podríamos tener en este nivel el Ministerio de Salud de Chile. Ahora, entendiendo a la mesogestión como aquella gestión enfocada en la articulación de establecimientos, y coordinación de redes (65), es que podríamos tener en este nivel a los Servicios de Salud y Municipalidades. Finalmente, a nivel de microgestión, que hace referencia a la gestión realizada en centros de salud, unidades clínicas y otros donde se realiza una gestión del personal clínico asistencial (65), es que podemos encontrar en este nivel de la red los Centros de Salud en sus distintos niveles.

A continuación, se presenta una figura que resume la Red de la Relación Asistencial Docente.

**Figura 1.** Red de la Relación Asistencial Docente



**Nota.** En esta figura de elaboración propia en base a los resultados de la investigación, se aprecia primeramente cinco grandes entidades, el Ministerio de Salud de Chile (en amarillo), el Servicio de Salud (en morado), los Centros de Salud de Atención Primaria dependiente del servicio de salud, Secundaria y Terciaria dependientes y autogestionadas del servicio de salud (en Rosado) y las Municipalidades y Centros de Salud dependientes de estos (en gris). Es posible apreciar como cada uno de estos actores se puede localizar en un nivel de macrogestión, mesogestión o microgestión, y como a su vez cada uno de estos se vinculan. Siendo las líneas rojas continuas un vínculo directo de tipo dependiente, mientras que las líneas rojas punteadas significan un vínculo consultivo.



**VI.4.- La atención primaria en salud se encuentra principalmente fragmentada de la red, actuando como un ente “privado”**

Continuando con buscar entender cómo se articula la red de la RAD y entiendo la importancia de la Atención Primaria en Salud (APS), y que la Reforma de Salud de Chile realizó un cambio del modelo de salud del país, donde actualmente contamos con un modelo considerado como integral basado en la familia y comunidad, de esta forma, es que el modelo de Chile se basa en la Atención Primaria en Salud (APS)(66)(67), es que se buscó conocer en mayor profundidad la forma en que la APS se vinculaba en la red de la RAD.

En primer lugar, al indagar el vínculo entre los encargados locales de la RAD de atención secundaria y terciaria, tanto de centros dependientes del servicio de salud como autogestionados, de manera unánime se describe que no existe relación con los encargados comunales. Incluso, al preguntar directamente en si hay un vínculo entre encargados locales de atención secundaria y terciaria y atención primaria, se mencionó que *“No, fíjate que no a nivel RAD(...)”* (E2, 2023)

Ahora, entendiendo que existen centros de atención primaria dependientes de los servicios de salud y centros de atención primaria dependientes de las municipalidades, es que se fue a indagar en el Servicio de Salud, en estudio, el vínculo existente con la APS. En este nivel se menciona primeramente que en este servicio no existe APS dependiente.

*“(...) algunos consultorios, aquí no depende ninguno de nosotros (...)”* (E6, 2023)

Luego, al indagar acerca de la relación existente entre el servicio de salud y la APS dependiente municipal, se describe, como ya se mencionó previamente, que no existe ningún vínculo formal en sí, en relación al reporte de información, coordinación de capacidad formadora, generación de convenios, entre otros.

*“(...) Son separados. Ellos son, entres entre comillas privados (...) nosotros en sí no tenemos nada que meternos (...)”* (E6, 2023).

Al explorar en los motivos de lo anterior, se menciona que se debe principalmente a que en la normativa actual no existe mención a la atención primaria, por lo que no existiría un vínculo desde las normativas ministeriales con ellos.

*“(...) no hay una normativa específica que mencione a las comunas (...)”* (E6, 2023).

A pesar de lo anterior, y dada la importancia de la APS en el sistema de salud y capital humano, este servicio de salud ha creado por iniciativa propia un manual de RAD local en donde integran a las RAD comunales, para generar algún tipo de vínculo con estos.

*“(...) empezamos a hacer un manual de la RAD donde hicimos como directrices específicas (...) en este manual nombramos a los encargados RAD comunales (...)” (E6, 2023).*

De esta forma, la encargada RAD del Servicio junto a la jefa de capacitación y RAD de este, han logrado crear una especie de vínculo con las RAD comunales. Aun así, en este vínculo actúan solo como consultoras y/o asesoras, ya que no tienen ningún tipo de injerencia y/o poder en la toma de decisiones de las RAD comunales, por lo mismo desconocen los convenios existentes, capacidad formadora de cada centro, retribuciones, entre otros. Por ejemplo, en relación a los convenios:

*“(...) Yo los veo, de repente me los mandan para que los revise y vea si esta todo okey pero depende totalmente de ellos, o sea, ellos ven que tienen que hacer, cuáles son sus cláusulas en sus convenios, todo eso lo ven ellos. Pero si, tiene que estar con un acto administrativo de la municipalidad, la universidad acreditada sí o sí, pero nosotros en sí no tenemos nada que meternos. Mi rol es totalmente asesor (...)” (E6, 2023).*

Teniendo estos hallazgos en mente, es que se fue a explorar el vínculo entre la APS y MINSAL. Aquí, se encontró algo similar al nivel de servicio, declarándose que la APS actúa como un ente autónomo frente el MINSAL, dada la normativa vigente a la fecha.

*“(...) hoy día nosotros como sistema, la normativa que tenemos vigente, que es la 254. La 254 aplica para la red de Servicios de Salud y los establecimientos dependientes, la atención primaria y municipal como, en general, tienen autonomía, depende de las orientaciones y las decisiones que tomen los distintos alcaldes o las distintas corporaciones municipales, ahí en el fondo hay un espacio de desarrollo, un desafío todavía importante (...) de cómo nos vinculamos con los municipios (...)” (E7, 2023).*

Así, al indagar dirigidamente acerca del vínculo entre MINSAL y atención primaria se explicita que no hay ningún vínculo.

*“(...) Desde la relación asistencial docente no hay ningún vínculo, es muy escaso. De hecho, por ejemplo, por lo que te decía la norma a nosotros nos exige a poner énfasis en nuestros Servicios de Salud, y en nuestros establecimientos*

*dependientes dentro del sistema (...) la APS municipal no es dependiente del sistema, se rige con las decisiones que tomen la corporaciones, y eso hoy en día tiene algunas dificultades (...)" (E7, 2023).*

Luego, al intentar indagar en la visión de la atención primaria, se contactó presencialmente con 5 direcciones de salud comunales del servicio en estudio, de las cuales solamente 1 se mostró con la disposición de participar pero no se logró coordinar una entrevista.

Continuando con esta exploración, entendiendo que la RAD de APS municipal se encuentra parcelada de la red, se intentó determinar la estructura de esta. Como se mencionó previamente es posible identificar que la RAD en APS se rige por las decisiones individuales de cada municipalidad y/o corporación municipal, no existiendo una red.

*"(...) Como que ellos no tienen red, como son entre comillas privados, ellos no tienen como contacto con el MINSAL, todo es con su dirección de salud municipal, con el alcalde, todo eso es como de ellos. Como que no hay nada descrito, de verdad nada descrito de la APS en relación a la RAD, nada." (E6, 2023).*

*"(...) la APS municipal no es dependiente del sistema, se rige con las decisiones que tomen la corporaciones, y eso hoy en día tiene algunas dificultades (...)" (E7, 2023).*

Y que esta a su vez cuenta con encargados comunales, principalmente en las direcciones de salud, que hacen el nexo directo con los centros formadores y el encargado local de cada centro de APS, que como ya se mencionó, puede ser el subdirector u otro profesional del centro.

#### **VI.5- Para la implementación de la Relación Asistencial Docente se conjugan una serie de actores no solo del área de la salud**

Ahora, de la mano con entender la red de la Relación Asistencial docente, y buscando continuar entiendo cómo se desarrolla ésta, es que se buscó identificar los distintos actores involucrados en esta, junto a los roles y/o funciones de cada uno de ellos.

##### **VII.5.1.- Actores del MINSAL**

Primeramente, y como ya se describió anteriormente, a nivel Ministerial exista una jefa del Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua, junto a un equipo de 3 personas, 1 encargado de la RAD de pregrado y 2 encargados de la RAD de

postgrado. Ahora, el rol de estos es principalmente de coordinación y supervisión de la RAD en el país.

*“Nosotros hacemos una supervigilancia de los convenios que están vigentes, revisamos los datos del uso de los campos clínicos, es decir, cuántos estudiantes han rotado dentro del primer semestre, segundo semestre (...) Hoy día estamos incentivando también el control de las retribuciones, que es lo que las universidades aportan por formar a los distintos profesionales dentro de los espacios sanitarios de la red pública. Entonces es más bien un rol de coordinación y supervisión de la RAD en los 29 servicios (...)” (E7, 2023).*

Para lograr este rol, es necesario que este nivel se articule con otros actores como lo son los encargados de la Relación Asistencial Docente de los Servicios de Salud de Chile.

*“(...) nosotros nos vinculamos principalmente, no exclusivamente, pero principalmente con los encargados de Relación Asistencial Docente de los Servicios de Salud (...)” (E7, 2023)*

Sumado a lo anterior, el equipo de RAD del ministerio también se relaciona con dos entidades dentro del propio MINSAL, que son la división de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), principalmente de coordinación en temas de acreditación e infecciones asociadas a la atención en salud, principalmente en periodo de pandemia donde se buscaba generar orientaciones para la incorporación de estudiantes a los centro de salud.

*“(...) Nosotros nos vinculamos muy fuertemente con la DIGERA, la división de Gestión Asistencial, principalmente porque ahí está el departamento de IAAS, de calidad (...) y la RAD tiene un vínculo directo con los procesos de calidad y de infecciones intrahospitalarias. Por lo tanto, el trabajo con ellos es super coordinado. De hecho, estas orientaciones que te mencionaba (sobre reincorporación de estudiantes) no las podemos sacar hasta que la división de Gestión Asistencial diga okey, estamos de acuerdo en términos de como los estudiantes van a retornar a los establecimientos, como que además eso tiene fuerte efecto sobre la acreditación (...)” (E7, 2023)*

Por otro lado, también existen vínculos esporádicos con la División de Atención Primaria (DIVAP) del ministerio dado la falta de comunicación entre RAD y Atención primaria municipal. Aun así, este vínculo es meramente consultivo.

*“(...)Por otro lado, el DIVAP nosotros lo tenemos, pero es un vínculo consultivo, con la división de atención primaria, porque ellos de repente si tienen mayores datos de cómo se desarrolla la formación en las corporaciones municipales (...)” (E7, 2023).*

Adicionalmente, dentro del MINSAL también existe un vínculo con centros formadores, pero este sería principalmente en temas generales y no de creación de convenios y otros.

*“(...)Entre centros formadores y MINSAL también tenemos vínculo, pero es un vínculo que es un poco más estratégico, y que tiene que ver en como miramos, vemos, la Relación Asistencial Docente, como resolvemos aquellas situaciones que son una dificultad para gestión, pero en términos globales, no cosas específicas(...)” (E7, 2023)*

Interesantemente, dentro del MINSAL no existe algún vínculos con instituciones de salud privada, puesto que su foco está asociado con el sistema público en salud. De hecho, al preguntar dirigidamente acerca del vínculo entre MINSAL e instituciones de salud privada se menciona que:

*“(...) No, la relación asistencial docente tiene énfasis mayoritariamente público, eso no quiere decir, que si alguna institución privada quisiera utilizar la normativa, pudiera hacerlo. Nosotros ahí en el fondo no hay ningún inconveniente (...) es decisión de ellos, hoy día el alcance de la norma no está pensada en hacer una obligación para un privado, si en hacerlo una obligación para los establecimientos públicos dependientes de la red del servicio, los municipales no (...)” (E7, 2023).*

Finalmente, desde el MINSAL se evidencia las distintas organizaciones dentro de las universidades como actores que también pueden participar en la RAD, e inclusive alguno de estos ayudaron al desarrollo de esta durante la pandemia (ver VI.6.- La implementación de la Relación Asistencial Docente se percibe como una experiencia positiva, basada principalmente en la interacción y comunicación entre sus miembros). Dentro de estos actores se encontraría la Agrupación de Universidades Regionales (AUR), Red de Universidades Públicas no Estatales G9 y la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).

*“(...) distintas asociaciones que se dan dentro de los centros formadores están las universidades estatales, están las universidades AUR la Agrupación de Universidades Regionales, está el G9, está el ASOFAMECH (...)” (E7, 2023).*

### **VII.5.2.- Actores del Servicio de Salud**

Continuando con los distintos actores, sus roles y vínculos, tenemos el Servicio de Salud. En este nivel, como se mencionó en el apartado anterior, se encuentra la encargada de la RAD del Servicio de Salud y la jefa del Departamento de Capacitación y RAD. El rol de estas es básicamente ser el nexo entre centros de salud del servicio y Ministerio de Salud. Además, se encargan de generar los convenios asistenciales docentes de los centros de salud dependientes del servicio de salud.

*“(...) Lo que esa a cargo mío son los convenios, los convenios de los hospitales dependientes, yo hago los convenios con las universidades. Me preocupó de que se mantengan actualizados (...) y soy el nexo directo entre todos los hospitales del servicio y el MINSAL, ese como el rol de la RAD en el servicio, en un servicio de salud. Y bueno dependiendo de quienes son dependientes de ti, hacer el cálculo de retribuciones (...)” (E6, 2023).*

Del rol anterior, queda además en evidencia que interactúa con actores como centros de salud, MINSAL y centros formadores. En relación a los centros de salud, como se desprende del fragmento anterior, el encargado RAD del servicio se encarga de generar los convenios de los centros dependientes, mientras que con los centros autogestionados cumple más que nada un rol asesor

*“(...) en general, los convenios en los hospitales autogestionados lo maneja su jurídica (...) todos los que penden de nosotros, nosotros hacemos el convenio, lo revisa la universidad, y vemos que este todo ok (...)” (E6, 2023)*

Interesamente, dado este rol de generar convenios para los centros de salud dependientes, es que los actores del servicio de salud se relacionan estrechamente con los departamentos de jurídica del Servicio de Salud, siendo un elemento clave para la generación de los convenios.

*“(...) con el departamento de jurídica, ellos nos tienen que dar los vistos buenos, yo hago los convenios, y ellos nos dan los vistos buenos de que si están o no están acorde a la normativa o no (...)” (E6, 2023)*

Por otro lado, como ya se ha mencionado previamente, en este Servicio de Salud, a pesar de no existir un vínculo legal y/o normativo con la atención primaria, se ha generado una relación con estos actores, los encargados comunales, a través de la iniciativa propia del servicio de salud al generar un manual de la RAD.

*“(...) Yo los veo, de repente me los mandan para que los revise y vea si esta todo okey, pero depende totalmente de ellos, o sea, ellos ven que tienen que hacer, cuáles son sus cláusulas en sus convenios, todo eso lo ven ellos. Pero si, tiene que estar con un acto administrativo de la municipalidad, la universidad acreditada si o si, pero nosotros en si no tenemos nada que meternos. Mi rol es totalmente asesor (...)” (E6, 2023).*

La relevancia de lo anterior es que se ha logrado generar un vínculo donde, pese a no estar ligados formalmente y/o legalmente, igualmente les ayudan a generar convenios y les comporten información a las comunas que pueda serles de utilidad.

*“(...) ellos no están dentro de la normativa, pero nosotros igual le bajamos siempre la información. Siempre le vamos bajando todo a ellos, siempre hacemos reuniones, y a ellos le gusta, porque ellos también van viendo que nosotros los vamos agregando (...)” (E6, 2023)*

*“(...) Queríamos hacer un trabajo mucho más integral (...) tenemos reuniones con las comunas, por lo menos 2 veces al año, los agregamos en nuestros planes, aunque sabemos que la normativa no les afecta a ellos (...) los ayudamos con cosas de la acreditación, que tienen que tener sus manuales de supervisión, que tienen que estar con resolución sus convenios, ya. Ha sido super lindo trabajar con ellos y todos han tenido super buena recepción, y están como, todos te agradecen que tu llegues y como que te importe que ellos también trabajen bien. Porque de repente están súper perdidos (...)” (E6, 2023)*

Finalmente, los actores de la RAD del Servicio de Salud solían relacionarse con otros encargados de la RAD de otros Servicios de Salud, a través del MINSAL, pero dada el contexto social y sanitario del país generado por la pandemia, eso estaría recién retomándose.

*“(...) me toco toda la pandemia, me toco justo llegar el 2019, mediado del 2019, estallido social, entonces no hubo mucha comunicación entre servicios, no hubo muchas reuniones del MINSAL, recién ahora se está reactivando bien en las reuniones del MINSAL (...)” (E6, 2023).*

### **VI.5.3.- Actores de los centros de salud secundaria y terciaria**

En relación a los actores involucrados en la RAD a nivel local dentro de la red, como se ha mencionado, tenemos los encargados locales de centros de atención secundaria y terciaria.

El rol de los encargados locales de la RAD es el de velar por el cumplimiento de la RAD a nivel local

*“(...) Somos la contraparte técnica, velamos por el cumplimiento de los convenios, de lo que está estipulado en la normativa. Somos el nexo directo con los centros formadores en convenio, a grandes rasgos eso (...)” (E9, 2023).*

Dentro de este rol existe una distinción entre los centros dependientes del Servicio de Salud y los autogestionados, puesto que los encargados de la RAD de centros autogestionados son los encargados de generar los convenios asistenciales docentes, a diferencia de su contraparte de centros dependientes.

*“(...) entonces esto de la RAD igual es crear nuevos convenios, es crear nuevas relaciones entre las universidades y el hospital (...)” (E3, 2022)*

Sumado a lo anterior, se encuentra la diferencia que los encargados locales de la RAD de centros dependientes del servicio poseen más de una función, y suelen ser colaborados solamente por un administrativo.

*“(...) Yo soy la enfermera jefe de este hospital, y como anexo tengo esta función asistencial docente. Entonces los tiempos se dificultan (...)” (E10, 2022)*

*“(...) Recién este año se sumó un administrativo para ver el tema de RAD (...)” (E10, 2022)*

Mientras que en centros autogestionados suele existir un profesional con disponibilidad completa para la RAD que cuenta, además, con un equipo a su disposición.

*“(...) Mira, está la jefa de la RAD (...) y somos 3 supervisoras (...). Somos 4 dentro de la RAD y aparte tenemos personal de apoyo (...)” (E3, 2022)*

A nivel de la atención secundaria, estos centros comúnmente se encuentran adosados a un centro de atención terciaria, por lo que su encargado de la RAD es el mismo que el encargado RAD del centro de atención terciaria. De hecho, al indagar en si existen alguna diferencia entre la RAD de atención secundaria con atención terciaria se indica que básicamente es lo mismo.

*“(...) No, es lo mismo. La única diferencia es que ambulatorio tiene una dirección. Hay una dirección del CRS que depende de la dirección del hospital, pero acá hay*



*un actor más que la directora del CRS que le da el visto bueno a todos los cupos del ambulatorio (...)*. (E9, 2023).

E incluso el cálculo de capacidad formadora de los centros de atención secundaria se realiza con la misma planilla que los centros de atención terciaria.

*“(...) Con la misma planilla de cálculo de capacidad formadora (...)*” (E9, 2023).

Estos encargados locales, se relacionan con múltiples actores. A modo general, en la mayoría de los casos, independiente de si el centro es dependiente del servicio o autogestionado, existe una vinculación con la dirección del centro, personal administrativo, equipo de jurídica y jefatura médica y de enfermería de las distintas unidades y/o servicios.

*“(...) Yo y mi administrativa, nuestro director...también aquí es importante el departamento de jurídica (...)*” (E2, 2023).

*“(...) Director del hospital, subdirector médico ... quien te habla, la enfermera coordinadora, y la mayoría de los jefes de servicios (...)*” (E2, 2023)

Adicionalmente, todos los encargados locales deben vincularse con los centros formadores, a través, de un encargado de docencia.

Por otro lado, actores de gran relevancia son tanto los profesionales clínicos, los estudiantes y los usuarios y sus familia. Los primeros serían quienes ejecutan finalmente la RAD junto a los estudiantes

*“(...) El funcionario que hace labores de supervisiones clínicas por que quien forma realmente al estudiante, es quien esta con él, quien le enseña los procedimientos (...)*” (E2, 2023)

Mientras que los usuarios y sus familias serían aquellos que reciben la atención y/o productos generados de la RAD.

*“(...) Bueno, los pacientes y sus familia, obviamente. Son el centro de la atención (...)*” (E2, 2023).

Curiosamente, pese a que los profesionales clínicos son vistos como un actor esencial, no suele haber un vínculo directo entre estos y los encargados locales de la RAD, dado los conductos regulares de cada institución.

*“(...)Nosotros como RAD no tenemos contacto directo con el personal clínico, todo lo que es convenio se ve directamente con la jefatura de servicio (...) nosotros no nos podemos entrometer en el funcionamiento de un servicio (...)” (E9, 2023).*

Finalmente, al indagar desde los encargados locales un vínculo con el MINSAL, se declaró principalmente que no existe, siendo esto no visto en la mayoría de los casos como un elemento negativo, puesto que se considera que existe un conducto regular de comunicación.

*“No, generalmente ellos también nos piden también plantear nuestras problemáticas primero al Servicio de Salud, para no saltarnos el Servicio de Salud, y ellos se contactan directamente con el Ministerio de Salud, aunque si yo quisiera mandarle un correo al ministerio probablemente me lo van a contestar, pero tampoco es la idea de pasar a llevar nuestros referentes del Servicio de Salud (...)” (E9, 2023)*

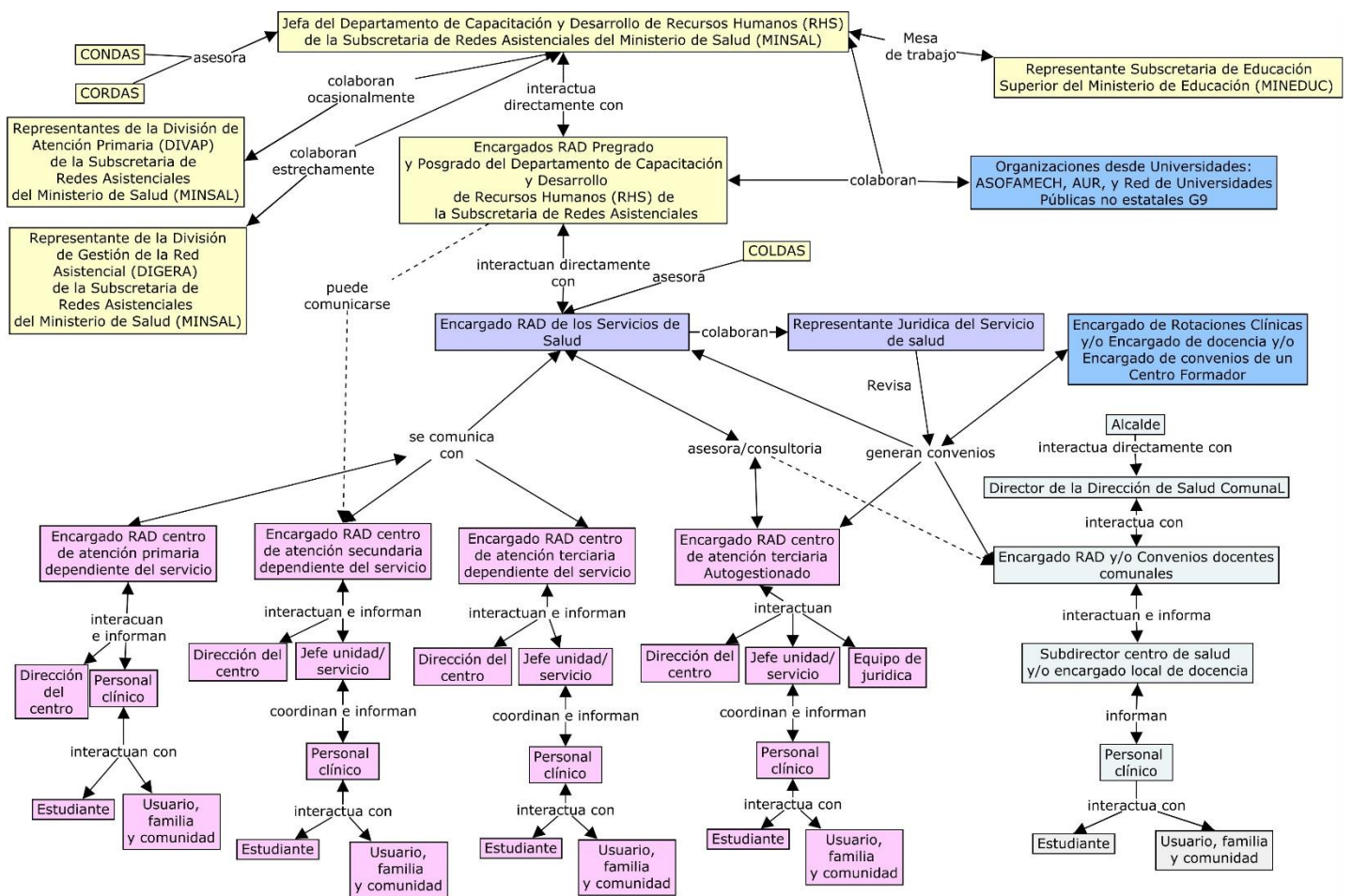
*“(...) No, yo a través de la jefa del servicio yo sé todo. Por la jefa del servicio nos informa todo, y ya, de repente el ministerio manda al director temas, como por ejemplo, ahora mando un ordinario en relación a que se mantienen los convenios por un año más, que nada para innovar con los convenios, y que se mantiene la misma normativa asistencial docente hasta que no salga la nueva normativa (...) pero una relación directa no (...)” (E2, 2023)*

#### **VI.5.4.- Otros actores**

Dentro del material documental entregado por los participantes, fue posible encontrar de forma reiterativa la mención de los CONDAS, COLDAS y CORDAS. Los cuales, curiosamente no fueron mencionados durante las entrevistas

A continuación, se presenta una figura que resume los principales actores involucrados en la relación asistencial docente junto a sus vínculos.

**Figura 2. Actores y vínculos en la Relación Asistencial Docente**



**Nota.** En esta figura de elaboración propia en base a los resultados de esta investigación se observan los distintos actores que forman parte de la Relación Asistencial Docente, junto al tipo de vínculo general que los une. Los actores se pueden agrupar en 5 grandes grupos, en amarillo aquellos pertenecientes a algún ministerio de Chile, en morado a aquellos actores pertenecientes al servicio de salud, en azul a aquellos actores que pertenecen a los centros formadores, en rosado a aquellos actores que pertenecen a los centros de salud dependientes y/o autogestionados del servicio en estudio, y en gris los actores que se encuentran asociados a la Atención Primaria en Salud dependiente de la Municipalidad.

**VI.6.- La implementación de la Relación Asistencial Docente se percibe como una experiencia positiva, basada principalmente en la interacción y comunicación entre sus miembros**

Como se ha descrito la implementación de la RAD implica la estructuración de una red junto a la articulación de una serie de actores de diferentes procedencias. Al indagar en cómo se percibe la experiencia de implementar la RAD, a modo general, se vive como una experiencia positiva.

*“(...) Bueno, yo he tenido una super buena experiencia. Bueno, tiene sus pro y contras, pero en general, es super dinámico (...)”*(E3, 2022)

*“(...) La verdad es que a mí me ha gustado mucho (...)”* (E1, 2022)

*“(...) Es un trabajo super lindo, yo le he empezado a agarrar cariño (...)”* (E6, 2023)

Junto a lo anterior, esta experiencia de implementar la RAD implica un constante aprendizaje.

*“(...) Entonces ha sido, al menos para mí, super provechoso porque he podido aprender un ámbito que yo no tenía considerado (...) entonces es un área nueva, entretenida, uno conoce mucho (...)”* (E3, 2022)

Y comunicación e interacción constante entre los distintos actores.

*“(...) La RAD es mucho de preguntar, o sea, si no sabes la respuesta, llamas a la encargada del ministerio, si la encargada del ministerio no sabe, uno va para otro departamento, así se va haciendo (...)”* (E6, 2023)

Por otro lado, esta experiencia de la implementación de la RAD se vio modificada en cierta medida por el contexto sociosanitario causado por la pandemia por COVID-19

*“(...) La pandemia tuvo un efecto bien fuerte en la relación asistencial docente, porque tuvimos que tomar la decisión de limitar las prácticas de los estudiantes o las rotaciones de los estudiantes en los establecimientos. Hubo que poner todo el énfasis en la atención sanitaria. Los establecimientos completos estaban reestructurados, por lo tanto, los servicios clínicos no eran los habituales, y aquí por sobre todo del pregrado porque el postgrado, el plan de formación de especialistas no dejó de funcionar. Todo lo contrario, nosotros seguimos formando especialistas igual, al mismo ritmo. Tuvimos que hacer algunos ajuste menores*

*(...) y ahí ASOFAMECH estuvo muy vinculada con nosotros para generar facilidades en las distintas escuelas (...)*”(E7, 2023)

#### **VI.7.- La Relación Asistencial Docente podría dividirse en la formación de pregrado y postgrado**

Luego de haber desentramado la red de la Relación Asistencial Docente, junto a sus actores y funciones, surgen elementos particulares de esta. Por ejemplo, al momento de hablar sobre RAD, fue posible evidenciar que en todos los niveles de la red se hacía en algunos momentos una distinción entre RAD de pregrado y de postgrado. De hecho, como se mencionó previamente, a nivel del MINSAL existiría un encargado de la RAD de pregrado y otros 2 de postgrado.

*“(...) Aquí en el departamento tenemos profesionales a cargo de cada tema; Hay una profesional encargada de la relación asistencial docente de pregrado y dos profesionales encargados de la relación asistencial docente de postgrado, es una tarea en desarrollo (...)*“ (E7, 2023).

Al indagar en el motivo de esta diferencia a nivel ministerial, se logró determinar que se debe a que la normativa actual está enfocada en pregrado y que, de hecho, postgrado no contaría con una normativa de formación propiamente tal.

*“(...) Hoy en día, la normativa de la relación asistencial docente ha tenido un foco principal en la formación de pregrado, técnico y profesional, en las distintas carreras, y por lo tanto la formación de especialista, o más bien (...) la relación asistencial docente de postgrado no está normada. Hay unas orientaciones que son como del 2012 que son como un gran marco, ni siquiera normativo, una orientación general para que la red funcione. Dado que la formación de especialistas hoy en día sigue siendo super prioritaria por las brechas, principalmente médicas, que seguimos teniendo en el sistema de especialistas médicos, no exclusivamente médicos, pero principalmente especialistas médicos(...)*” (E7, 2023).

Interesantemente, existen otras múltiples diferencias entre RAD de pregrado y postgrado que surgen, como por ejemplo: en relación al financiamiento, cálculo de capacidad formadora, formación de persona que ya es profesional versus formación de una persona que es aún estudiante sin título profesional, generación de investigación y contribución con el sistema de la salud. A continuación se presenta una tabla resumen.

**Tabla 2.** Diferencias entre la RAD de pregrado versus la RAD de postgrado

<b>Diferencias entre RAD de pregrado y postgrado</b>	<b>Unidad de significado representativo</b>
Financiamiento	<p><i>“(…) Hoy en día el ministerio está financiado al 90% de la formación de especialidades médicas, a nivel país. Ese 90% nosotros como está financiado por el ministerio, y accede a través del proceso de selección que desarrollamos nosotros mismos, sabemos cuántos son, de que especialidad son, a que servicios de salud van, y nos permite cerrar brechas (…)” (E7, 2023).</i></p> <p><i>“(…) en el caso del pregrado el financiamiento en el fondo viene desde el Ministerio de Educación, porque en el fondo es lo que paga el estudiante en arancel, y lo que es el centro formador paga o retribuye (….) ahí en el fondo viene desde educación hacia nosotros (…)” (E7, 2023)</i></p>
Cálculo de capacidad formadora	<p><i>“(…) Los principales elementos diferenciadores están dados por el cómo definimos una capacidad formadora, en el caso del pregrado, hay mucha demanda por el uso del campo clínico, en el caso de postgrado nosotros como sistema tenemos una gran demanda, porque nos afectan directamente cuantos especialistas vamos a poder formar, o cuantos profesionales como especialidades de cualquiera de las áreas vamos a poder formar, y es por lo tanto una capacidad que exige una capacidad de cálculo diferente (…)” (E7, 2023)</i></p> <p><i>“(…) La normativa está enfocada en el pregrado y no en el postgrado, porque no</i></p>

	<p><i>se calcula capacidad formadora para el postgrado, es como que la planilla te da la libertad de uno agregar el número que quiera de alumnos de postgrado, pero no es un cálculo que considere todos los parámetros (...)" (E9, 2023)</i></p>
<p>Formación de una persona que ya es profesional versus formación de una persona que es estudiante</p>	<p><i>"(...)Por otra parte, tiene lógicas de desarrollo que son diferentes, porque no estas frente a un estudiante que no tiene título. Ya es un profesional, por lo tanto hay ciertos grados de responsabilidad que son propios de ese profesional dentro del establecimiento, y desde ahí vienen dados que hay ciertos procedimientos que se le pueden delegar de forma directa. Entonces, el cómo se estructura la formación en sí, la dinámica académica, colaboración-docente con el estudiante en formación es distinta, y la exigencia en formación también es distinta (...)" (E7, 2023)</i></p>
<p>Generación de investigación</p>	<p><i>"(...)Tiene una línea de desarrollo de investigación, que no necesariamente está en pregrado (...)" (E7, 2023)</i></p>
<p>Contribución con el sistema de salud</p>	<p><i>"(...) El proceso de formación, aquí particularmente, por ejemplo, de los especialistas médicos que están en formación, durante los 3 años de formación ellos contribuyen en el desarrollo de los procesos clínicos de forma directa, tienen asociados procedimientos, acompañan procedimientos, acompañan cirugías, participan como segundo cirujano en algunos casos, por ejemplo, en alguna especialidad en particular o las son quirúrgicas, en el pregrado esa dinámica es muy distinta porque le estudiante en esencia es estudiantes y en esencia requiere de supervisión (...)" (E7, 2023).</i></p>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

A pesar de lo anterior, también se evidencian puntos en común entre la RAD de pregrado y postgrado, siendo principalmente aquellos asociados a calidad y acreditación en salud.

*“(…)Hay otros puntos comunes (…) normas de calidad de la atención, conocimientos sobre infecciones intrahospitalarias, son temáticas estándar, y a todos se le pide, tanto al pregrado como postítulo, se le pide lo mismo (…)”(E7, 2023).*

### **VII.8.- La comunicación es uno de los principales elementos que facilita la implementación de la Relación Asistencial Docente**

Para entender la implementación de la RAD, se buscaron primeramente los elementos que facilitarían el desarrollo de esta. Así, se encontró que existen múltiples factores que facilitan la implementación de la Relación Asistencial Docente; Algunos de ellos son generales a toda la red, mientras que otros son particulares al nivel de la red que estemos analizando.

Uno de los elementos facilitadores comunes a toda la red es la comunicación y la disposición.

**Tabla 3.** Elementos comunes en la red de la Relación Asistencial Docente que facilitan su implementación

<b>Elemento que facilita</b>	<b>Unidad de significado representativo</b>
Comunicación	<i>“(…) La comunicación, totalmente, la comunicación es como que facilita (…)”(E7, 2023)</i>
Disposición	<i>“(…) Existe la disposición como vital (…) es parte de nuestro que hacer el formar futuros profesionales y técnicos también. Entonces, eso facilita y es parte de la cultura (…)”(E10, 2022)</i>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

Por otro lado, existen algunas otras fortalezas que se visualizan a nivel ministerial, como los vínculos a largo plazo



*“(…) Dentro de las fortalezas, yo destacaría la importancia de la Relación Asistencial Docente a nivel de servicio y de la necesidad de que los directivos de servicios y establecimientos propician una buena relación. Con énfasis en la calidad de formación, en (...) como transmiten una correcta visión de lo que debería ser la Relación Asistencial Docente, yo creo que ahí, hay una fuerte fortaleza de trabajo colaborativo entre las distintas entidades (...)” (E7, 2023)*

Mientras que, tanto a nivel de servicio de salud y centros de salud, se observa como facilitador el tener una relación fluida con centros formadores y el contar con una normativa.

**Tabla 4.** Elementos que facilitan la implementación de la Relación Asistencial Docente a nivel de servicio de salud y centros de salud

<b>Elemento que facilita</b>	<b>Unidad de significado representativo</b>
Relación fluida con centros formadores	<i>“(…) En relación a los convenios como tal, a los alumnos y universidades e institutos que tenemos, la verdad que la relación ha sido bastante fluida y buena, con mucha comunicación (...)” (E2, 2023)</i>
Contar con normativa	<i>“(…) El ya tener una normativa, que no es la mejor, pero ya contar con una normativa es una base (...)” (E9, 2023).</i>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

Finalmente, un elemento facilitador que se observó de forma reiterada desde los encargados locales de la RAD fue el contar con la existencia de un referente en el servicio de salud.

**Tabla 5.** Elementos que facilitan la Relación Asistencial desde los encargados locales de centros de salud

<b>Elemento que facilita</b>	<b>Unidad de significado representativo</b>
Existencia de referentes en el servicio	<i>“(…) El tener referentes a nivel de Servicio de Salud donde uno puede recurrir para resolver ciertos problemas, también es un facilitador, en realidad uno no está sola, hay a quien recurrir a nivel local (...)”(E9, 2023).</i>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

**VI.9.- Elementos propios de la normativa son los principales elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docente.**

En contraparte a lo anterior, se buscaron dirigidamente en los participantes de esta investigación los elementos que dificultaran el desarrollo de la RAD. En relación a este ámbito, no existieron categorías que fueran transversales a todos los niveles; Por lo tanto, se desarrollarán de forma parcialmente agrupada y/o individual.

Primeramente, un elemento reiterativo a nivel de servicio de salud y centros de salud hace referencia a la normativa, tanto a la falta de detalle como de claridad de esta. Además, un elemento común es la falta de formación en RAD.

**Tabla 6.** Elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docentes desde el servicio de salud y centros de salud

<b>Elemento que dificulta la implementación</b>	<b>Unidad de significado representativa</b>
Falta de detalle de la normativa	<i>“(…) Todo esta como (…) hay muchas cosas en el aire, muchas cosas que no están descritas y tienes que suponer, esa es como una dificultad grande, de repente como que tienes que responder al aire (…)” (E7, 2023)</i>
Poca claridad en la normativa	<i>“(…) La normativa no te da ámbitos de acción en las retribuciones, es muy abierto. Nosotros podemos pactar retribuciones en equipamiento, capacitación y un pago en UF asociado a estudiantes, y otro hospital puede definir infraestructura (…)” (E9, 2023)</i>
Falta de formación en RAD	<i>“(…) No existe un curso en el mercado, no hay nada que tu puedas decir me voy a formar en relación asistencial docente (…)” (E9, 2023).</i>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

A nivel de los encargados locales, es posible identificar otras dificultades, como por ejemplo, la preparación de los estudiantes, la falta de pago de retribuciones, centros

formadores que no respetan la capacidad formadora, que el personal clínico lo vea como una carga y la poca capacidad de formación que existe.

**Tabla 7.** Elementos que dificultan la implementación de la Relación Asistencial Docente desde los encargados locales de centros de salud

<b>Elemento que dificulta</b>	<b>Unidad de significado representativa</b>
Preparación de estudiantes	<i>“(…) En el tema de Relación Asistencial Docente, un tema que siempre hemos hablado con las universidades, que hoy día. No sé si fue el estallido, fue la pandemia, o es un tema que se viene arrastrando, es la calidad de los estudiantes. Y uno, no puede sonar con discriminación, porque hay mucha diferencia entre universidades y eso es lamentable (…)” (E2, 2023)</i>
Falta de pago de retribuciones	<i>“(…) La falta de pago de retribuciones (….) es complejo el tema de retribuciones sobre todo cuando estás trabajando con convenios que tienen 10 años, 15 años. Empiezas a regularizar y te empiezan a decir -no es que con la autoridad del 2012 acordamos esto- y nosotros le decimos – es que en el papel esta esto (….)” (E9, 2023)</i>
Centros formadores no respeten capacidad formadora	<i>“(…)Que los centros formadores no respeten la capacidad formadora (….) te envían una nómina donde aparecen 14 estudiantes y el día lunes te llegan 20 (….)” (E9, 2023).</i>
Docentes lo ven como un elemento dificultar	<i>“(…) Muchos dicen, pucha llegaron los alumnos, que lata, van a estar lleno, y vamos a tener que explicarle, pero hay otra gente que no, que están felices cuando llegan los alumnos...pero lamentablemente son los menos”</i>
Poca capacidad de formación	<i>“(…) Lo que veo perjudicial para la RAD a nivel nacional es que nos estamos</i>

	<i>quedando con poca capacidad para formación, entonces yo creo que esta competencia también de las entidades, que veo que de repente chicos que no tienen la posibilidad de poder pasar por un campo clínico, con un paciente, y están pasando, sin desmerecer, en hogares de ancianos, “ (E2, 2023).</i>
--	--

**Nota.** *Elaboración propia en base a los resultados de la investigación.*

Por otro lado, existen dificultades que son específicas a los encargados locales de centros de salud dependientes del servicio de salud, quienes concuerdan que uno de los principales elementos que dificultan la implementación de la RAD es la duplicidad de cargo.

**Tabla 8.** Elementos que dificultan la Relación Asistencial Docente desde los encargados locales de centros de salud dependientes del servicio de salud

<b>Elementos que dificultan</b>	<b>Unidad de significado representativa</b>
Duplicidad de cargos y falta de tiempo	<i>“(…) Compleja, compleja por que los hospitales pequeños como este, que es un hospital de mediana complejidad, no tienen profesionales exclusivos para la RAD. Entonces yo soy la enfermera jefe de este hospital, y como anexo tengo esta función asistencial docente. Entonces los tiempos se dificultan (...)” (E10, 2022).</i>

**Nota.** *Elaboración propia en base a resultados de la investigación.*

**VI.10.- La Relación Asistencial Docente es vista principalmente como un elemento positivo para el funcionamiento del sistema de salud**

Un elemento que no estaba considerado originalmente dentro de los objetivos de este estudio eran los beneficios implicaba la RAD, tema que será desarrollado a continuación.

Se evidencian múltiples beneficios de contar con la RAD, dada la diversidad de respuestas, a continuación se presenta una tabla de todos los beneficios percibidos independiente del nivel desde donde emergió.

**Tabla 9.** Beneficios de la Relación Asistencial Docente

<b>Beneficios de la RAD</b>	<b>Unidad de significado representativa</b>
Actualización de conocimientos por parte del personal clínico	<i>“(…) Si, hay también beneficios. En el sentido de que en primer lugar es un desafío para los profesionales que supervisan prácticas, en el fondo es la oportunidad de compartir conocimientos, eso también lleva al profesional a mantenerse vigente, actualizado y también a desarrollar esa meta docente que tienen casi todas las carreras de la salud (…)” (E10, 2022)</i>
Recepción de retribuciones	<i>“(…) El contar con convenios asistenciales docente nos permite por ejemplo contar con equipamiento (…) nosotros gracias a los convenios asistenciales docentes nosotros podemos hacer compra de equipamiento, mobiliario, capacitaciones, todo lo que no se pueda cubrir con el presupuesto propio del hospital (…)” (E9 , 2023)</i>
Generación de proyectos	<i>“(…) Con las universidades tú puedes lograr ser proyectos, y eso para mí es super importante yo creo que no es lo más importante, pero también lo pongo como muy importante (…)” (E2, 2023)</i>
Futuros profesionales de la institución	<i>“(…) La idea es que los estudiantes que se formen con nosotros, idealmente se queden trabajando con nosotros, y hay una cantidad no menor de estudiantes que se quedan trabajando (…)” (E5, 2022)</i>
Rol protector	<i>“(…) Tiene un rol protector, te protege porque si el chico se manda una embarrada, está el convenio que te protege (…)” (E7, 2023).</i>

**Nota.** Elaboración propia en base a los resultados de la investigación.

**VI.11.- Al que igual que se visualizan beneficios, se perciben riesgos asociados a tener RAD**

Otro elemento emergente de esta investigación fue la existencia de riesgos asociados a contar con una Relación Asistencial Docente. En este caso, se visualizan principalmente dos riesgos: la generación de conflictos con profesionales clínicos y la presencia de estudiantes con deficiencias en su formación.

**Tabla 10.** Riesgos de la Relación Asistencial Docente

<b>Riesgos de tener RAD</b>	<b>Unidades de significado representativas</b>
Generación de conflictos con profesionales clínicos	<i>“(…) Aquí surge un tema con los funcionarios clínicos, el funcionario espera un pago por recibir alumnos. Entonces, si uno no le explica al momento de que ingresan al hospital que somos un hospital asistencial docente, declarado en nuestra misión y visión, y solo por el hecho de ser funcionario uno tiene la obligación de recibir estudiantes, te genera conflictos en el área clínica. Porque ellos esperan un pago (..) se generan conflictos en las áreas clínicas, que no quieren recibir estudiantes, que se sintieron engañados, si me genera una resistencia en quienes efectúan la Relación Asistencial Docente (..)” (E9, 2023)</i>
Falencia en la formación de los estudiantes	<i>“(…) En el tema de Relación Asistencial Docente, un tema que siempre hemos hablado con las universidades, que hoy día. No sé si fue el estallido, fue la pandemia, o es un tema que se viene arrastrando, es la calidad de los estudiantes. Y uno, no puede sonar con discriminación, porque hay mucha diferencia entre universidades y eso es lamentable (..)” (E2, 2023)</i>

**Nota.** Elaboración propia en base a resultados de la investigación.

**VI.12.- Se destaca al Servicio de Salud por su liderazgo dentro de la RAD**

Finalmente, otra categoría emergente dentro de los resultados encontrados hace referencia a la visualización de liderazgos del servicio de salud en estudio. De forma reiterativa, se encontró una visión positiva del liderazgo y vinculación de los distintos actores con el servicio de salud, destacándose la comunicación, capacidad de enseñar y de hacer partícipe a todos.

*“(...) Yo del servicio estoy feliz, desde que llego la jefa hemos tenido, incluso, más conocimientos, porque ella se ha preocupado de enseñarnos y hacernos participar en todo este tiempo que trabajamos (...)” (E2, 2023).*

## Capítulo VII: Discusión

La implementación de políticas públicas en Latinoamérica y el Caribe no es fácil (40). Chile no se encuentre ajena a esta dificultad, como demuestran los resultados de este estudio. La implementación de la RAD ha sido un proceso largo y complejo, donde se han conjugado una multiplicidad de actores para dar respuesta a esta política.

En la actualidad, la literatura no ofrece una descripción o esquematización de la organización y estructura de la Relación Asistencial Docente en Chile. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio representan la primera construcción de un organigrama de este tipo, facilitando así la comprensión de la compleja red en la que se encuentra inmersa la RAD. Las entidades y actores claves inmersos en la RAD, pueden ser agrupados en distintos niveles jerárquicos (65). Interesantemente, esta estructura es compatible con los conceptos de macrogestión, mesogestión y microgestión de la literatura clásica sobre gestión de organización y políticas públicas (65). De esta manera, es posible proponer que la RAD se organiza a partir de la vinculación de actores cuyo poder y accionar se encuentran en distintos niveles de la gestión y/u organización de la política, desde niveles gubernamentales a niveles locales en directo contacto con la población.

Uno de los hallazgos más relevantes y quizás inquietantes para este investigador es la fragmentación entre Atención Primaria en Salud (APS) dependiente de la municipalidad y la red. Esta situación es aún más preocupante si consideramos que la mayor parte de los centros de la APS en Chile son de administración municipal (29). La dificultad de la formación de recurso humano en salud en la APS no es algo nuevo. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud ya declaraba desde el año 2008 que representa un gran desafío para los países de las Américas la formación en este nivel de atención (68). Es por esto que, dentro de la serie de “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, de la misma OPS, se propone una serie de acuerdos y estrategias de acompañamiento para los ministerios de salud americanos a modo de generar cambios en esta formación (68). Aun así, pese a que ya han pasado más de 10 años de dicha declaración, parece que aún no se ha logrado implementar estas recomendaciones, según los hallazgos de esta investigación, donde la RAD de APS no se ha integrado efectivamente a la red. Esta desfragmentación de la APS resulta aún más preocupante si consideramos que en la actualidad Chile cuenta con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, orientada en la APS (69). Así, cabe preguntarse ¿podemos tener un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario orientada en la APS si esta no es parte de la red de formación de personal sanitario?



Por lo tanto, uno de los principales desafíos es fortalecer la implementación de la RAD es la creación de vínculos estratégicos, directos y estructurados, ya sea entre MINSAL y APS municipal o Servicios de salud y APS municipal. Solo así podríamos tener acceso a información básica necesaria para mejorar la formación de profesionales de salud, como por ejemplo, conocer la cantidad real de capital humano que se está formando en la APS, lo cual, según los resultados de esta investigación, es desconocido tanto para el MINSAL como para el servicio de salud en estudio desde la RAD.

Como se mencionó inicialmente, la implementación de políticas trae una serie de dificultades, tales como falta de motivación, oposición de actores interesados, recursos inadecuados, falta de claridad en las guías, falta de claridad de los roles al momento de la implementación, conflictos con otras políticas, falta de coordinación entre colaboradores, entre otros (38). Interesantemente, este estudio encontró que una de las principales dificultades al implementar la RAD es la poca claridad de la normativa existente, lo que es coherente con la literatura mencionada. Ahora bien, al considerar la literatura sobre la implementación de la IDA y de Teaching Hospital Models, distintas publicaciones mencionan elementos que dificultan su implementación la falta de coordinación docente, falta de capacitación docente, falta de fomento a la motivación, choque de principios entre las instituciones, problemas de comunicación, falta de colaboración, inadecuada preparación del personal, inadecuada interpretación de la normativa existente, falta de compromiso, falta de responsabilidad, falta de instalaciones, incumplimiento de los estándares educativos, entre otros (48)(49)(50)(51). Estos últimos podrían asociarse más con los elementos de falta de pago de retribuciones y falta de cumplimiento de los acuerdos realizados, si son considerados como incumplimientos de los estándares acordados. Aún así, existen elementos nuevos, no descritos, como la duplicidad de cargos. Estos nuevos elementos encontrados probablemente responden a particularidades propias de la estructura con la que se ha normado la RAD en Chile.

Al considerar los elementos que facilitaban la implementación de vínculos asistenciales docentes, en la literatura se describen como elementos clave el apoyo político de las instituciones educativas, junto a la integración y coordinación de los distintos participantes (44). En esta investigación, además de encontrar los elementos mencionados, se identificó como facilitador la disposición de los actores junto a la existencia de referentes en el tema. Este último punto deja entrever la importancia de las representaciones territoriales al momento de implementar una política, elemento que, como es mencionado en la literatura, muchas veces es invisibilizado y se transforma en un elemento obstaculizador.

En relación a los actores encontrados, si pensamos en Chile, actualmente solo contamos con la norma 254 (17) como referente. En la normativa aparecen los encargados de la

RAD a nivel ministerial, de los servicios de salud y de los centros de salud, por lo cual existiría una coherencia con los hallazgos. Por otro lado, en esta investigación se describió por primera vez una serie de actores que no estaban descritos ni en la literatura ni normativa nacional, como lo son DIGERA, DIVAP, equipos de jurídica, alcaldes, encargados comunales, agrupaciones de universidades, entre otros. Sería relevante que, al crear una nueva normativa, se tuvieran en consideración algunos de estos actores, no solo debido al importante rol que desempeñan al implementar la RAD, sino también a modo de visibilizar la compleja red de vínculos inherentes a la política.

Finalmente, una temática que surgió durante algunas de las entrevistas que no fue posible agrupar en ninguno de los resultados anteriores y que, como investigador, pude visualizar de primera mano fue el desconocimiento existente acerca de la RAD por parte de los profesionales de salud y personal de centros sanitarios (lo que es diferente de la falta de formación de los propios encargados, que sí se visibiliza como obstaculizador). Aunque este desconocimiento ha sido descrito en la literatura como un elemento obstaculizador (43), no fue considerado como tal por los participantes de este estudio. Al revisar mis memos como investigador, puedo evidenciar que la gran mayoría de los profesionales de salud y de personas que se desempeñan en instituciones como municipalidades, no tienen conciencia de la existencia de la RAD y menos de su importancia a la hora de permitirnos formar al capital humano en salud de Chile. Sería, por lo tanto, de gran importancia una mayor concientización y visualización de la RAD por parte de los Centros Formadores, Ministerio de Educación de Chile y Ministerio de Salud de Chile dirigida a los estudiantes del área de la salud, profesionales del área de la salud y otras profesiones y personal afines que trabajan estrechamente con salud. De esta manera, me gustaría concluir la discusión con un fragmento de una entrevista de esta investigación que considero reflejan lo antes mencionado.

*“(...) No todos dimensionan la complejidad de la relación asistencial docente, para todo el personal de salud es natural la relación asistencial docente, porque es la forma en que ellos se formaron, y es la forma en que todos entendemos que vamos a poder tener nuevas cohortes de profesionales, es natural, los establecimientos naturalmente han tenido estudiantes, o históricamente han tenido estudiante, por lo tanto como ha sido un comportamiento histórico, para todos es normal que así se dé, para estudiantes de pregrado y postgrado (...) y como se ha dado como algo permanente y natural, no todos necesariamente saben que hay un encargado, por una parte (...) ni todos logran ver la realidad complejidad, o el real impacto que tiene la relación asistencial docente (...)” (E7, 2023).*

## Capítulo VIII: Conclusiones

En conclusión, esta investigación proporciona la primera descripción de la implementación de la Relación Asistencial de Chile desde la perspectiva de sus encargados a nivel del Ministerio de Salud de Chile, un Servicio de Salud y distintos centros de salud pertenecientes a distintos niveles de atención. De este modo, se explica por primera vez el funcionamiento de la RAD como una red, comprendiendo que tiene componentes de macrogestión, mesogestión y microgestión. Adicionalmente, fue posible describir e identificar por primera vez no solo a los actores y roles participantes de esta red, sino también los elementos que facilitan y dificultan su implementación, así como los beneficios y riesgos asociados.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la baja participación de atención primaria en salud, especialmente de las direcciones de salud municipales, lo que impidió profundizar en mayor detalle en su organización. Por otro lado, siguiendo el criterio de rigurosidad de la reflexibilidad, también se considera también como limitación de este trabajo investigativo la experiencia del estudiante que llevó a cabo el proyecto. Esto podría haber resultado en una falta de profundidad en aspectos propios de una investigación cualitativa, donde tanto el proceso de recolección como el análisis de la información podría haber alcanzado una mayor riqueza si el investigador contara con una experiencia más extensa en este ámbito.

Futuras investigaciones podrían centrarse en estudiar otros servicios y centros de salud del país, así como profundizar en la red de la RAD a nivel de atención primaria. Incluso, se podría analizar la RAD desde el punto de vista de centros formadores, explorando, desde los encargados la RAD y su vínculo con otros organismos con el Ministerio de Educación de Chile.

Finalmente, estos hallazgos adquieren relevancia y valor ante la eventual nueva normativa sobre Relación Asistencial Docente que se encuentra actualmente en discusión en el Senado durante este año 2023. Estos hallazgos permitirán no solo comparar el antes y después de la entrada en vigencia de una eventual nueva normativa, sino también proporcionar a los tomadores de decisiones algunos elementos a considerar al momento de legislar sobre Relación Asistencial Docente, contribuyendo así a una mejor formación del capital humano en salud.

## Capítulo IX: Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. 2019;
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]. Health at a Glance 2021 . Paris; 2021 Mar.
3. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Who. Geneva; 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C.; 2008.
5. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Norma General Técnica y Administrativa N° 254 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, y deroga resolución exenta N°418. Santiago de Chile: División Jurídica; Jul 9, 2012 p. 1–12.
6. Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. Rev Panam Salud Pública. 2020;44(1).
7. Vázquez F. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. Investig en Educ Médica. 2016 Apr 1;5(18):121–7.
8. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Recursos Humanos Para la Salud Universal [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 1]. Available from: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/estrategia\\_rhs2017\\_brochureA4\\_es.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/estrategia_rhs2017_brochureA4_es.pdf)
9. Universidad de Concepción, Universidad de Chile, Universidad de la Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Santiago de Chile. Hacia la Formación de Profesionales de Salud que Chile Necesita. Santiago; 2021 May.
10. Subsecretaría de Redes Asistenciales. BRECHAS POR SERVICIO DE SALUD Y ESPECIALIDAD. Santiago de Chile; 2022 Jun.
11. Organización Mundial de la Salud. Personal sanitario [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce/4#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce/4#tab=tab_1)
12. Chile. Ley 21.091 Sobre Educación Superior. Santiago; 2018.
13. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.observatoriorh.org/es>
14. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Manual de monitoreo del “Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la

- cobertura universal de salud 2018-2023.” Manual de monitoreo del “Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023.” Washington: Pan American Health Organization; 2021.
15. Román O, Señoret M. La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud. *Rev Med Chil.* 2007 Feb;135(2):251–6.
  16. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. *Calidad y Regulación de la Educación y del Ejercicio Profesional en Medicina*. Washington; 1999.
  17. Ministerio de Salud [MINSAL]. Decreto supremo 19 que aprueba la 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, Chile; 2017.
  18. González C. Norma de campos clínicos: La ausencia de mirada estratégica de formación en salud [Internet]. *El mostrador.* 2017 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2017/12/20/norma-de-campos-clinicos-la-ausencia-de-mirada-estrategica-de-formacion-en-salud/>
  19. Senado de Chile. Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Girardi, señora Goic y Von Baer, y señores Chahuán y Quinteros, que define a los establecimientos de salud como asistenciales-docentes y señala las características de la relación entre . 2021.
  20. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. Ministerio de Salud informa a Comisión de Salud del Senado prioridades legislativas para 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <http://hospitalquellon.redsalud.gob.cl/ministerio-de-salud-informa-a-comision-de-salud-del-senado-prioridades-legislativas-para-2022/>
  21. Senado de Chile. Proyecto de ley que define a los establecimientos de salud como asistenciales-docentes y señala las características de la relación entre la red de salud y las instituciones de educación superior. Santiago, Chile; 2023.
  22. Desarrollo U del. *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno.* Santiago, Chile; 2019. 1–194 p.
  23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. Ministerios de Chile [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/instituciones/ministerios-de-chile>
  24. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. *Funciones y Objetivos* [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.minsal.cl/funciones-objetivos/>
  25. Ministerio de Salud [MINSAL]. *Servicios de Salud* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
  26. Ministerio de Salud de Chile. *Establecimientos de Salud - Salud Responde* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

27. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Atención Primaria [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: [https://www.ssmn.cl/atencion\\_primaria.ajax.php](https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php)
28. Servicio de Salud Metropolitano Sur. Rol de la Red Asistencial [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://ssms.gob.cl/como-me-atiendo/rol-de-la-red-asistencial/>
29. Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2018;1–11.
30. Ministerio de Salud de Chile. Hospital de Los Andes confirma su calidad de Autogestionado [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.minsal.cl/hospital-de-los-andes-confirma-su-calidad-de-autogestionado/>
31. Ministerio de Educación de Chile [MINEDUC]. Instituciones Vigentes Reconocidas por el MINEDUC [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/instituciones-vigentes-reconocidas-por-el-mineduc>
32. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Norma General Técnica y Administrativa N° 254 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, y deroga la resoluc. Chile; 2012 p. 16.
33. Revuelta B. La Implementación de Políticas Públicas. *Díkaion*. 2007 Nov;21(16):135–6.
34. Hassel A, Wegrich K. How to Implement Public Policy. *How to Do Public Policy*. 2022 Mar 15;127–58.
35. Steinbach R, Kwiatkowska R. Problems of Policy Implementation [Internet]. 2016. Available from: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/principle-approaches-policy-formation>
36. Revuelta B. La implementación de políticas públicas. *Díkaion*. 2007;16.
37. Fischer F, Miller G, editors. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. Routledge;
38. Project HP. Capacity Development Resource Guide: Implementation Barriers. [Internet]. 2014. Available from: [https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272\\_ImplementationBarriersResourceGuide.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272_ImplementationBarriersResourceGuide.pdf)
39. Lahera E. Del dicho al hecho: ¿Cómo implementar las políticas? *Rev del CLAD reforma y Democr*. 2006;(35):10.
40. Ovarría M. Implementación de políticas públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chile. *Rev del CLAD Reforma y Democr*. 2017;67:95–124.
41. Olavarría Gambi M, Navarrete Yáñez B, Figueroa Huencho V. ¿Cómo se

- formulan las políticas públicas en Chile?: Evidencia desde un estudio de caso. *Política y Gob.* 2011;18(1):109–54.
42. Urquieta A, Labraña J, Salinas S. La improbabilidad de la transformación social efectiva: una reflexión en torno a los déficits de política pública en Chile. *Theory, Cult Soc.* 2010;27(1):52–72.
  43. Brevis-Urrutia I, Sanhueza-Alvarado O. Integración docente asistencial en enfermería: problemas en su construcción? . *Rev Eletrônica Enferm.* 2008;10(2):367–73.
  44. Soto P, García M. Impacto de un Modelo de Integración Docente Asistencial en la Formación Profesional y el Campo Clínico. *Cienc y enfermería.* 2011;17(3):51–68.
  45. Salgado J, Sanhueza O. Enseñanza de la Enfermería y relación docente asistencial en el marco educacional y sanitario chileno. *Investig y Educ en Enfermería.* 2010 Dec;28(2):258–66.
  46. Borrell Bentz RM. ENFOQUES, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.
  47. Paredes M, Monsalve M. Relación Docencia-Servicio de un Programa Académico de Medicina: Un Diagnóstico de su Condición. Ciénaga-Colombia; 2019.
  48. Chang B. Integración docente asistencial e investigación de la atención primaria de salud en enfermería Hospital León Becerra de Guayaquil, desde mayo a agosto, 2019. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2018.
  49. Delgado M, García C. Diseño del Modelo de Integración Docente Asistencial de la escuela de Farmacia Facultad de Ciencias Químicas en el M.D.A de León. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de León; 1993.
  50. Téllez M. Articulación entre los Centros de Formación y los Centros de Práctica en el Marco de los Convenios Docentes Asistenciales. [Bogotá]: Universidad Militar Nueva Granada; 2013.
  51. Fuentes Bolaños C. La enseñanza en Servicios de Salud caso Costa Rica. *Rev Costarric Salud Pública.* 2010;19(2):101–5.
  52. Safarani S, Ravaghi H, Raeissi P, Maleki M. Financial challenges of teaching hospitals and providing solutions. *J Educ Health Promot.* 2018;7(1):155.
  53. Van Rossum T, Scheele F, Scherpbier A, Sluiter H, Heyligers I. Dealing with the complex dynamics of teaching hospitals. *BMC Med Educ.* 2016 Apr 5;16(1):1–5.
  54. Hamid R, Safarani S, Ravaghi H, Raeissi P, Maleki M. Challenges and Opportunities Faced by Teaching Hospitals in the Perception of Stakeholders and Hospital System Managers. *Educ Med J.* 2018;10(4):9–21.
  55. Creswell J, Poth C. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* . SAGE; 2018.
  56. Vázquez R, Angulo F. *Introducción a los Estudios de Caso*. Málaga: Ediciones Aljibe; 2003. 231 p.

57. Merriam S. Case study research in education: A qualitative approach. 1st ed. Jossey-Bass; 1988.
58. Stake R. The Art of Case Study Research. Sage Publications; 1995.
59. Peters K, Halcomb E. Interviews in qualitative research. Nurse Res. 2015;22(4):6–7.
60. Valles MS. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. España: Editorial Síntesis; 1999. 1–415 p.
61. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry Title. Sage; 1985.
62. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Av en Medición. 2008;6(1):27–36.
63. Ministerio de Salud. Ley 20120 SOBRE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL SER HUMANO, SU GENOMA, Y PROHIBE LA CLONACION HUMANA. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2016.
64. Lolas F, Quezada Á. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas [Internet]. Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2003 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <http://www.bioetica.ops-oms.org/>
65. Ministerio de Salud de Chile. Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2016.
66. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitario en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018;42.
67. Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario. Servicio de Salud Ñuble [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/red/modelo-integral/>
68. Organización Panamericana de la Salud OM de la S. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Ser La Renov la Atención Primaria Salud en las Américas. 2008;1–78.
69. División de Atención Primaria (DIVAP). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. :1–143.



## Anexos

**X.1.- Anexo N°1: Guion orientador entrevista semiestructurada**

## **Guion temático entrevista semiestructurada**

Me podrías contar un poco de ti.

Me podrías describir como ha sido para ti implementar la relación asistencial docente

¿Cómo consideras que ha sido tu experiencia de implementar la relación asistencial docente?

¿Qué elementos consideras que han facilitado implementar de la relación asistencial docente ?

¿Qué elementos consideras que han dificultado la implementación de la relación asistencial docente?

¿Cuáles consideras que han sido los desafíos existentes al implementar la relación asistencial docente?

¿Cuáles consideras que son las oportunidades que entrega implementar la relación asistencial docente?

¿Quiénes son los actores involucrados en la implementación de la relación asistencial docente?

**X.2.- Anexo N°2: Pauta de evaluación de expertos**

## **Evaluación por Juicio de Experto del Guion temático de una Entrevista Semiestructurada**

- **Instrumento a evaluar por juicio de expertos:** Guion entrevista semiestructurada
- **Nombres y apellidos del investigador:** Juan Carlos Prieto Villalobos
- **Formación académica:** Enfermero Universidad de Chile; Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile; Magíster en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva Universitat Autònoma de Barcelona; Estudiante Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile; Candidato a Magíster en Investigación en Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; Candidato a Magíster en Gestión de Centros y Servicios de Salud, Universitat de Barcelona; Estudiante Doctorado en Neurociencias, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- **Años de experiencia docente:** 5 años.
- **Cargo actual:** Docente Universitario y Becario ANID.

**Estimada/o Prof.:** Considerando su experiencia en investigación cualitativa, solicitamos a usted como experto para realizar la evaluación del contenido de un guion temático de una entrevista semiestructurada que será utilizada para recolectar información dentro de una investigación para optar al grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile.

Le pedimos tomar en cuenta la siguiente información antes de contestar lo solicitado: nombre de la investigación, objetivos y dimensiones definidas para la investigación. Una vez leída esta información debe **asignar un puntaje del 1 al 4 para las categorías de suficiencia, calidad, coherencia y relevancia de cada pregunta propuesta**. La información entregada será de importancia para realizar la validación del contenido del instrumento. Le agradecemos su participación en este proceso.

**Título de la Investigación:** Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación.

**-Objetivo General:** Explorar la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, servicios de salud y ministerial).

### **-Objetivos Específicos:**

**OE1.-** Describir el proceso de implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, servicio de salud y ministerial). **OE.2.-** Identificar los elementos que facilitan y dificultan la

implementación de la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, servicios de salud y ministerial **OE.3.-** Comprender los desafíos y oportunidades existentes al implementar la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, servicios de salud y ministerial **OE.4.-** Reconocer los actores involucrados en la implementación de la RAD desde la percepción de los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, servicios de salud y ministerial).

**Objetivo del juicio de expertos:** Analizar las preguntas en cuanto al contenido en las categorías propuestas de claridad, coherencia y relevancia, considerando los objetivos y las dimensiones propuestas para el estudio.

**Dimensiones propuestas:**

N°	Nombre	Descripción
1	Transversal	Pregunta que puede contribuir al logro de cualquier dimensión y/o permiten indagar en los componentes emocionales, experienciales, cognitivos u otros de implementar la relación docente asistencial.
2	Elementos que facilitan la implementación de la relación asistencial docente.	Cualquier elemento descrito que se asigne como facilitado de la implementación de la relación docente asistencial.
3	Elementos que dificultan la implementación de la relación asistencial docente.	Cualquier elemento descrito que se asigne como obstaculizador y/o que dificultan la implementación de la relación docente asistencial.
4	Desafíos al implementar la relación asistencial docente.	Cualquier desafío identificado por el entrevistado que se le atribuye a la implementación de la relación docente asistencial.
5	Oportunidades que se generan al implementar la relación asistencial docente.	Cualquier oportunidad y/o beneficio identificado por el entrevistado que se le atribuye a la implementación de la relación docente asistencial.
6	Actores participantes de la relación asistencial docente.	Cualquier grupo, persona, instituciones u otro que el entrevistado identifica como participante de la relación docente asistencial.

## Categorías a evaluar

Categoría	Descripción
<b>Suficiencia</b>	La pregunta sola y/o junto a las de su dimensión basta para obtener la medición de esta.
<b>Claridad</b>	Se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.
<b>Coherencia</b>	Las preguntas tienen relación lógica con la dimensión propuesta.
<b>Relevancia</b>	La pregunta es esencial o importante para medir y debe ser incluida.

**Nota.** Elaboración propia en base a Galicia, Balderrama y Navarro (2017)

**Puntaje/calificación posible que se le puede asignar a cada categoría según la pregunta propuesta:**

1. la pregunta no cumple con el criterio propuesto
2. la pregunta tiene un bajo nivel de cumplimiento con el criterio presentado
3. la pregunta tiene un nivel moderado de cumplimiento con el criterio presentado
4. la pregunta tiene un alto nivel de cumplimiento con el criterio presentado

Dimensión	Pregunta propuesta	Puntaje de Categoría según				Observaciones
		Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	
1	Me podrías describir como ha sido para ti implementar la relación asistencial docente.					
	¿Cómo consideras que ha sido tu experiencia de implementar la relación asistencial docente.?					
2	¿Qué elementos consideras que han facilitado implementar de la relación asistencial docente.?					
3	¿Qué elementos consideras que han dificultado la implementación de la relación asistencial docente?					
4	¿Cuáles consideras que han sido los desafíos existentes al implementar la relación asistencial docente?					
5	¿Cuáles consideras que son las oportunidades que entrega implementar la relación asistencial docente?					
6	¿Quiénes son los actores involucrados en la implementación de la relación asistencial docente?					

En caso de que considere que es necesario agregar una pregunta además de las propuestas puede proponerla a continuación

Pregunta propuesta	Observación/Dimensión a la que podría tributar
--------------------	--



--	--

### **X.3.- Anexo N°3: Consentimiento informado**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del proyecto:** Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación

**Datos del investigador principal:**

- **Nombre del Investigador principal:** Juan Carlos Prieto Villalobos.
- **R.U.T.:** 18.642.710-6
- **Profesión:** Enfermero.
- **Institución:** Tesista del Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.
- **Teléfonos:** (+56) 982250872

**Invitación a participar:** Lo invitamos a participar en la investigación titulada “Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación.”

Actualmente la Relación Docente Asistencial o RAD se encuentra normada por el Ministerio de Salud de Chile, siendo implementada en distintos centros de salud del país. Pese a lo anterior, actualmente se desconoce cómo ha sido la implementación desde los encargados de su desarrollo tanto locales como centrales, por lo que este estudio pretender generar información tanto para comprender el proceso de implementación como para visibilizar la labor de los encargos de la RAD. Además, la información obtenida podría contribuir a mejorar y/o fortalecer los procesos de implementación de la RAD.

**Objetivos:** Esta investigación tiene por objetivo general comprender la implementación de la Relación Docente Asistencial desde la percepción de sus encargados. Para lo anterior, se pretende describir el proceso de implementación e identificar tanto los elementos que facilitan y dificultan su desarrollo como los actores involucrados. Finalmente, se busca reconocer los desafíos y oportunidades que trae consigo la implementación de la Relación Docente Asistencial.

El estudio espera reclutar encargados de la relación asistencial docente de centros de salud, servicios de salud y del nivel central del Ministerio de Salud de Chile, cuya participación es totalmente voluntaria.

**Procedimientos:** Si Ud. acepta participar será sometido a: una entrevista de máximo 1 hora de duración aproximadamente la cuál será grabada sólo si usted lo autoriza. Esta grabación será almacenada únicamente en el computador del investigador principal por un plazo máximo de 2 años. Adicionalmente, en caso de que usted quiera, puede colaborar con material

que usted crea pueda ayudar a entender de mejor forma como ha sido la implementación de la RAD como: actas, clases, informes, trabajos, artículos y/o presentaciones. Solo se considerará material que sea de acceso público y/o cuyo creador sea usted y no se involucre a terceros en su autoría.

**Riesgos:** Su participación y/o el rechazo de participar en la investigación no implica ni conlleva ningún tipo de riesgo ya sea para su persona, familia, puesto de trabajo u otros.

**Costos:** Su participación en la investigación no implica costo alguno para Usted.

**Beneficios:** Además del beneficio que este estudio significará para el progreso y/o fortalecimiento del conocimiento sobre la relación asistencial docente, su participación en este estudio contribuirá a generar conocimiento que podrían ayudar a comprender, mejorar y/o fortalecer la implementación de la Relación Asistencial Docente.

**Compensación:** Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en la investigación.

**Confidencialidad:** Toda la información derivada de su participación en esta investigación será confidencial y conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación, mediante su almacenamiento único por parte del investigador principal por un periodo máximo de 2 años. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima, es decir, su nombre no será conocido.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales:** Los resultados obtenidos serán utilizados para el desarrollo de una tesis de post grado. Además, es busca exponer los datos en publicaciones y/o congresos, teniendo en consideración que se resguardará el anonimato.

**Voluntariedad:** Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro de la investigación si consideran que esa decisión va en su beneficio.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en esta investigación, o bien quiere conocer los resultados puede comunicarse con:

Investigador principal: Juan Carlos Prieto Villalobos al teléfono: (+56) 982250872.

Autoridad de la Institución: Oscar Arteaga al teléfono: (+56) 2 29786149

**Otros Derechos del participante:** En caso de alguna duda sobre sus derechos relacionados con la investigación debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-9789536, Email: ceish.med@uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

**Conclusión:** Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación”.

Además, si participo en la entrevista autorizo a que esta sea grabada:

-Acepto que mi entrevista sea grabada:

-No acepto que mi entrevista sea grabada:

_____ Nombre del Participante Rut.:	_____ Firma	_____ Fecha
---	----------------	----------------

_____ Nombre del Director De Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.:	_____ Firma	_____ Fecha
---	----------------	----------------

_____ Nombre del investigador Rut.	_____ Firma	_____ Fecha
--	----------------	----------------

#### **X.4.- Anexo N°4: Cronograma**

**Tabla Anexa 1**

Cronograma de actividades para el desarrollo de tesis

Actividad a realizar		Meses (N°)															
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Redacción de proyecto		X	X	X													
Aprobación profesor guía			X	X													
Evaluación comité de postgrado				X	X												
Evaluación Comité de Ética					X	X	X	X	X								
Recolección de información									X	X	X						
Redacción	Resultados								X	X	X						
	Discusión									X	X						
	Conclusiones									X	X						
Defensa	Pública													X			

***X.5.- Anexo N°5: Ejemplo de Correo electrónico para invitar a participantes***



Estimada/o Encargada/o de la Relación Asistencial Docente,

Junto con saludar, a través del presente correo lo queremos invitar a participar en el estudio titulado “Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación”

Este estudio tiene como objetivo explorar la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde los encargados de la relación asistencial docente de distintos niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario y ministerial) mediante entrevistas semiestructuradas presenciales o a distancia.

Para mayor información puede responder este correo y/o contactarse con el investigador principal:

Juan Prieto Villalobos

+56982250872.

**X.6.- Anexo N°6: Aspectos económicos del proyecto**

Este proyecto será totalmente financiado por el investigador principal, Juan Carlos Prieto Villalobos. No se recibirá financiamiento de ningún tipo de persona, industria, organización u otro para el desarrollo de la investigación. A continuación, se describe el presupuesto contemplado para la realización del proyecto:

<b>Producto/Procedimiento</b>	<b>Precio por unidad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total</b>
Movilización	100.000	-	200.000
Libretas de notas.	2.000	2	2.000
Papelería (carpetas, corchetera, entre otros).	10.000	1	10.000
Impresión material.	2.000	1	2.000
Software estadístico	250.000	1	250.000
Grabadora	25.000	1	25.000
Computador personal	-	-	-
<b>Total</b>			<b>489.000</b>

***X.7.- Anexo N°7: Certificado aprobación del director de la escuela de postgrado***

SUBDIRECCIÓN DE GRADOS ACADÉMICOS  
FORMULARIO APROBACION PROYECTOS DE TESIS

La Coordinador(a) **Olivia Horna Campos** (nombre) del programa de **Magíster en Salud Pública** informa que el Proyecto de Tesis o AFE del alumno(a) **Juan Carlos Prieto Villalobos** titulado **Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación** bajo la dirección de **Cristián Rebolledo D** ha sido:

- Aprobado sin modificaciones
- Aprobado con modificaciones menores
- Aprobado con modificaciones mayores
- Rechazado

El presente proyecto **requiere** (requiere/no requiere) aprobación de un **Comité de Ética** y/o Bioética, el cual se encuentra **en trámite** (entregado/en trámite/no aplica).


FIRMA COORDINADOR(A)

Santiago, 05 de agosto del 2022

Santiago, 05 de agosto de 2022

Sr. **Juan Carlos Prieto Villalobos**  
Estudiante Magíster en Salud Pública  
Presente

Estimado Sr. Prieto:

Comunico a Ud. que el Proyecto de Tesis:

**“Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación”**

Bajo la dirección del Dr. Cristián Rebolledo Díaz, ha sido Aprobado por la Comisión Revisora integrada por los Profes Rosendo Zanga Pizarro y Luis Á. Lefio Celedón.

Cabe indicar que con fecha 28 de julio de 2022, la estudiante aprobó su proyecto de tesis **sin modificaciones.**

Saluda atentamente a usted,



Firmado digitalmente  
por Ricardo Andres  
Soto Rifo  
Fecha: 2022.08.08  
11:24:58 -04'00'

**DR. RICARDO SOTO RIFO**  
Subdirector de Grados Académicos

Adj. – Acta Aprobación Proyecto de Tesis

RSR/hcm

Escuela de Postgrado

Avda. Independencia 1027, Santiago, Chile. Tel: (56 2) 29786031, postgrado@med.uchile.cl.  
[www.postgrado.med.uchile.cl](http://www.postgrado.med.uchile.cl)

**X.8.- Anexo N°8: Certificado aprobación de autoridad administrativa**

## Carta de aprobación de autoridad administrativa

Yo, María Gabriela Hoffmann Rojas en mi calidad de Jefa del Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua del Ministerio de Salud de Chile, certifico estar en conocimiento de que se ha solicitado realizar el estudio denominado "Implementación de la Relación Asistencial Docente (RAD) de Chile, una mirada desde los encargados de su aplicación".

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro ministerio, servicios de salud e instituciones de salud, considerado que el estudio contempla como:

**Objetivo general:** Explorar la implementación de la Relación Docente Asistencial (RAD) desde la percepción de los encargados locales de centros de salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), encargados del SSMS y encargados a nivel central del Ministerio de Salud de Chile.

**Diseño metodología:** Un estudio cualitativo de alcance descriptivo utilizando el estudio de caso instrumental. Los participantes del estudio serán los encargados de la RAD tanto: locales de centros de salud del SSMS, del SSMS y del Ministerio de Salud de Chile. En base a un muestreo por conveniencia se iniciará con 10 participantes quienes serán sometidos a entrevistas semiestructuradas. Además, se dará la posibilidad de que estos aporten con material documental para el mayor entendimiento del problema en estudio.

La investigación no contempla intervención en pacientes, fichas clínicas, como tampoco beneficios pecuniarios ni financiamientos externos. Dadas las características del estudio, debe ser presentado al Comité Ético Científico de la Universidad de Chile.

El responsable del estudio es Juan Carlos Prieto Villalobos, estudiante del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, quien se encuentra supervisado por el académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile Dr. Cristian Rebolledo.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

**Nombre Completo: María Gabriela Hoffmann Rojas**

**Cargo: Jefa Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua**



The image shows an official circular stamp of the Ministry of Health of Chile. The stamp contains the text: "GOBIERNO DE CHILE", "MINISTERIO DE SALUD", "DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA", and "JEFA". Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink. Below the signature, the word "Firma" is printed in blue.

**Fecha: 27.09.2022**

**X.9.- Anexo N°9: Libro de códigos**



Libro de códigos

Dimensión	Categoría		Subcategoría	
	Código	Definición operacional	Subcódigo	Definición operacional
Red de la RAD	<b>Red Ministerio de Salud de Chile</b>	<i>Descripción de los componentes de la Red vinculados directamente con el ministerio de salud.</i>		
	<b>Red Servicios de Salud</b>	<i>Descripción de los componentes de la Red vinculados directamente con el servicio de salud.</i>		
	<b>Red Centros de salud</b>	<i>Descripción de los componentes de la Red vinculados directamente con los centros de salud.</i>		
	<b>Red Municipalidad</b>	<i>Descripción de los componentes de la Red vinculados directamente los centros de salud vinculados con los municipios.</i>		
Actores de la RAD y su rol	<b>Actores del MINSAL</b>	<i>Mención y/o descripción de los actores que forman parte de la RAD vinculados directamente con el MINSAL. Pueden incluirse la descripción de los roles de cada uno.</i>	<b>Jefa del Departamento de Formación</b>	<i>Mención de la jefa del departamento de formación como un actor de la RAD. Se mencionan además roles de este actor.</i>
			<b>Encargados RAD pregrado y postgrado</b>	<i>Mención de los encargados RAD de pregrado y postgrado como actores de la RAD. Se mencionan además roles de este actor.</i>
			<b>DIGERA</b>	<i>Mención de la DIGERA como un actor de la RAD. Se mencionan además su vínculo.</i>
			<b>DIVAP</b>	<i>Mención de la DIVAP como un actor de la RAD. Se mencionan además su vínculo.</i>
			<b>Instituciones de salud privada</b>	<i>Mención de como las instituciones privadas no</i>

				<i>tienen vinculo como actores de la RAD.</i>
			<b>AUR, G9 y ASOFAMECH</b>	<i>Mención de actores como AUR, G9 y ASOFAMECH como participantes de la RAD.</i>
<b>Actores del servicio de salud</b>	<i>Mención y/o descripción de los actores que forman parte de la RAD vinculados directamente con el servicio de salud. Pueden incluirse la descripción de los roles de cada uno.</i>	<b>Encargada RAD servicio</b>		<i>Mención de la encargada RAD del servicio como actor de la RAD. Se mencionan además roles de este actor.</i>
		<b>Jefa departamento de capacitación y RAD</b>		<i>Mención de la jefa del departamento de capacitación y RAD como actor de la RAD. Se mencionan además roles de este actor.</i>
		<b>Departamento de jurídica</b>		<i>Mención del departamento de jurídica como actor de la RAD. Se mencionan además roles de este actor.</i>
		<b>APS</b>		<i>Mención de la APS como un actor desvinculado de la RAD.</i>
<b>Actores de los centros de salud secundaria y terciaria</b>	<i>Mención y/o descripción de los actores que forman parte de la RAD vinculados directamente con los centros de salud. Pueden incluirse la descripción de los roles de cada uno.</i>	<b>Encargados RAD locales centros autogestionados</b>		<i>Mención de los encargados locales de centros autogestionados como actores de la RAD. Se mencionan además roles de estos actores.</i>
		<b>Encargados RAD locales centros dependientes</b>		<i>Mención de los encargados locales de centros dependientes del servicio de salud como actores de la RAD. Se mencionan además roles de estos actores.</i>
		<b>Personal clínico</b>		<i>Mención del personal clínico como actores de la RAD. Se mencionan además roles de estos actores.</i>
		<b>Usuario y familia</b>		<i>Mención del usuario y su familia como actores de la RAD.</i>
			<b>Centro formador</b>	<i>Mención de los centros formadores y sus encargados como actores de la RAD. Se mencionan</i>

				además roles de estos actores.
			<b>Dirección</b>	Mención de la dirección (director, subdirector u otro) como actores de la RAD.
	<b>Otros actores</b>	Mención y/o descripción de otros actores como CONDAS, COLDAS y CORDAS que no fueron descritos y/o mencionados durante la entrevista pero que surgen del material complementario entregado por los participantes.		
<b>Elementos que facilitan la implementación de la RAD</b>	<b>Elementos comunes</b>	Mención y/o descripción de los elementos que facilitan la RAD. Siendo estos comunes para todos los actores.	<b>Comunicación</b>	Mención de la comunicación un elemento que facilita la implementación de la RAD, desde los actores de los distintos niveles.
			<b>Disposición</b>	Mención de la disposición un elemento que facilita la implementación de la RAD, desde los actores de los distintos niveles.
	<b>Elementos a nivel de servicio de salud y centros de salud</b>	Mención y/o descripción de los elementos que facilitan la RAD. Siendo estos comunes para los actores del servicio de salud y centros de salud.	<b>Relación fluida con centros formadores</b>	Mención de la relación fluida con centros formadores como un elemento que facilita la implementación de la RAD, desde los actores del servicio de salud y centros de salud.
			<b>Contar con normativa</b>	Mención de como contar con una normativa contribuye a la implementación de la RAD desde la visión de los actores del servicio de salud y centros de salud.
<b>Elementos desde los encargados locales</b>	Mención y/o descripción de los elementos que facilitan la RAD. Siendo estos	<b>Existencia de referentes en el servicio</b>	Mención de como la existencia de un encargado RAD del servicio de salud contribuye a la implementación de esta.	

		<i>comunes para los actores locales.</i>		
<b>Elementos que dificultan la implementación de la RAD</b>	<b>Elementos que dificultan desde servicio de salud y centros de salud</b>	<i>Mención y/o descripción de los elementos que dificultan la RAD. Siendo estos comunes para los actores del servicio de salud y centros de salud.</i>	<b>Falta de detalle de la normativa</b>	<i>Mención de como la falta de detalle en la normativa de la RAD contribuye a dificultad su implementación.</i>
			<b>Poca claridad en la normativa</b>	<i>Mención de como la falta de claridad en la normativa de la RAD contribuye a dificultad su implementación.</i>
			<b>Falta de formación en RAD</b>	<i>Mención de como la falta de formación en RAD constituye un elemento que dificulta su implementación.</i>
	<b>Elementos que dificultan desde los encargados locales de centros de salud</b>	<i>Mención y/o descripción de los elementos que dificultan la RAD. Siendo estos comunes para los actores de los centros de salud.</i>	<b>Preparación de estudiantes</b>	<i>Mención de como la falta de preparación de los estudiantes constituye un elemento que dificulta su implementación.</i>
			<b>Falta de pago de retribuciones</b>	<i>Mención de como la falta de retribuciones de los centros formadores constituye un elemento que dificulta su implementación.</i>
			<b>Centros formadores no respeten capacidad formadora</b>	<i>Mención de como el no respeto de la capacidad formadora por parte de los centros formadores constituye un elemento que dificulta su implementación.</i>
			<b>Docentes lo ven como elemento que dificulta.</b>	<i>Mención de como la visión y/o disposición de los docentes clínicos constituye un elemento que dificulta su implementación.</i>
			<b>Poca capacidad de formación</b>	<i>Mención de como la poca capacidad de formación constituye un elemento que dificulta la implementación de la RAD.</i>
			<b>Duplicidad de cargos y falta de tiempo</b>	<i>Mención de como tener duplicidad de cargos y falta de tiempo constituye un elemento que dificulta</i>

				<i>la implementación de la RAD.</i>
<b>Características de la RAD</b>	<b>Diferencias entre RAD de pregrado y Postgrado</b>	<i>Mención de elementos que diferencian a la RAD de pregrado con la RAD de postgrado.</i>	<b>Financiamiento</b>	<i>Mención y/o descripción de como el financiamiento es diferente entre la RAD de pregrado y postgrado.</i>
			<b>Cálculo de capacidad formadora</b>	<i>Mención y/o descripción de como el cálculo de la capacidad formadora es diferente entre la RAD de pregrado y postgrado.</i>
			<b>Formación de una profesional vs de un estudiante</b>	<i>Mención y/o descripción de como la RAD de pregrado y postgrado difieren en el tipo de estudiante que reciben (un profesional versus una persona que aun no tiene título profesional).</i>
	<b>Beneficios</b>	<i>Mención de los beneficios que se obtienen al momento de implementar la RAD.</i>	<b>Generación de investigación</b>	<i>Mención de como la generación de investigación es un beneficio de implementar la RAD.</i>
			<b>Contribución con el sistema de salud</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD contribuye con el funcionamiento del sistema de salud chileno.</i>
			<b>Actualización de conocimientos por parte del personal clínico</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD contribuye a la actualización de conocimientos por parte del personal clínico.</i>
			<b>Recepción de retribuciones</b>	<i>Mención de como la recepción de retribuciones constituye un beneficio de la implementación de la RAD.</i>
			<b>Generación de proyectos</b>	<i>Mención de como la generación de proyectos constituye un beneficio de la implementación de la RAD.</i>
			<b>Futuros profesionales de la institución</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD contribuye a la formación de profesionales que podrían</i>

				<i>desempeñarse en las instituciones que contribuyeron a su formación.</i>
			<b>Rol protector</b>	<i>Mención de como implementar la RAD contribuye a un rol protector de los pacientes y familia.</i>
	<b>Riesgos</b>	<i>Mención de los riesgos que subyacen a la implementación de la RAD.</i>	<b>Conflictos con profesionales clínicos</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD puede traer consigo conflictos con los profesionales clínicos.</i>
			<b>Falencia en la formación de los estudiantes</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD puede constituir un riesgo para los usuarios y familias dada la falencia de formación en estudiantes.</i>
	<b>Aspectos positivos</b>	<i>Mención de elementos positivos que trae consigo la implementación de la RAD</i>	<b>Aprendizaje constante</b>	<i>Mención y/o descripción de como el aprendizaje constante es un aspecto positivo de implementar la RAD.</i>
			<b>interactivo</b>	<i>Mención de como la implementación de la RAD es un proceso interactivo.</i>
			<b>Impacto pandemia</b>	<i>Mención de como impacto la pandemia en la RAD.</i>
	<b>Liderazgo</b>	<i>Mención y/o descripción de los actores de como el servicio de salud se transforma en un referente y líder en el manejo de la RAD.</i>		