

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO



Acreditada por Res. CEUB N° 1126/02

MONOGRAFIA

**“MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE
RESIDENCIA MEDICA”**

PARA OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN DERECHO

POSTULANTE : *Liz Gabriela Pinto Galvez*

TUTOR ACADEMICO : *Dra. Elizabeth Saavedra Ruiz*

TUTOR INSTITUCIONAL: *Dra. Ana Zumarán Ramírez*

INSTITUCIÓN : *Gobierno Autónomo Municipal de La Paz
Unidad de Ejecución de Adeudos Tributarios
de la Administración Tributaria Municipal*

La Paz - Bolivia
2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, a mi señora madre Isabel Galvez Vda. De Pinto quien sin su apoyo y fuerza nunca hubiera podido salir adelante, a mis queridos hermanos, a mi pequeño y gran amor Danny, a mi tutora Dra. Elizabeth Saavedra Ruiz, por la enseñanza y los consejos, a la Universidad Mayor de San Andrés.

“MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MEDICA”

CAPITULO PRIMERO

MEDICINA Y EL SISTEMA DE RESIDENCIA MÉDICA

1.1. Introducción	1
1.2. Definición	1
1.3. Síntesis Histórica	3
1.3.1. La Medicina en la Edad Media	6
1.3.2. La Medicina en el Barroco	10
1.3.3. La Medicina en el siglo XIX	15
1.4. La Historia de la Medicina en Bolivia	25
1.5. Historia de la Residencia Médica en Bolivia	27
1.6. Historia Jurídica del Sistema Nacional de la Residencia Médica	31

CAPITULO SEGUNDO

CENTROS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS Y AUTORIDADES DE LA RESIDENCIA MÉDICA

2.1. Centros Hospitalarios en Bolivia	52
2.2. Comisión Nacional de Postgrado	52
2.3. Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica	52
2.4. Comité Docente Asistencial Hospitalario	53
2.5. Docencia en la Residencia Médica	54
2.5.1. Jefes de Enseñanza e Investigación	54
2.5.2. Docente Responsable de cada Especialidad.....	55
2.5.3. Docente Instructor.....	55
2.5.4. Docente Extraordinarios.....	56

CAPITULO TERCERO

ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES QUE SE FORMAN EN EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

3.1. Especialidades y Subespecialidades médicas reconocidas en Bolivia.....	58
--	-----------

3.2. Planes y Programas - años de formación	60
3.3. Plazas anuales para la formación de Médicos Residentes	70
3.4. Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica	71

CAPITULO CUARTO

MEDICOS RESIDENTES Y CERTIFICADO DE RESIDENCIA MÉDICA

4.1. Médicos Residentes que cuentan con y sin estipendio.....	67
4.2. Médicos Residentes por género	69
4.3. Año de Servicio Social Obligatorio	70
4.4. Certificado de Residencia Médica	71
4.5. Titulación Universitaria.....	72

CAPITULO QUINTO

NORMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

5.1. La Legalidad	72
5.2. Regulación, normas y procedimientos	74

CAPITULO SEXTO

PROPUESTA DE MODIFICACIÓN AL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE RESIDENCIA MÉDICA

6.1. Protección Jurídica a los Médicos Residentes	75
6.2. Problemas actuales de la Residencia Médica	76
6.3. Solución del Problema	77
6.4. Propuesta de modificación al Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica	79

CONCLUSIONES	81
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	82
------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	83
---------------------------	-----------

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

CAPITULO PRIMERO

MEDICINA Y EL SISTEMA DE RESIDENCIA MÉDICA

1.1. Introducción.

El avance científico que acontece a partir del periodo ilustrado hace inevitable el saber especializado. El profesional tradicional es humanamente incapaz de abarcar tan constante e ingente cúmulo de nuevos conocimientos. La especialización deviene inevitable, en un primer estadio histórico será la distinción entre la medicina y cirugía, también entre medicina y farmacia. Con posterioridad, de modo especialmente intenso a lo largo del XIX, en una tendencia que se consolida en el siglo posterior, será incesante la aparición de nuevas especialidades, incluso sub-especialidades médicas.

La especialización demanda específica preparación, y en una disciplina tan marcadamente práctica cual es la Medicina, surge como natural consecuencia la llamada formación postgradual.

Se debe considerar que el tiempo de licenciatura es insuficiente para que el profesional médico adquiriera una formación especializada, y además se muestra como imprescindible la constatación del manejo de las distintas técnicas y procedimientos. Esta es fundamentalmente la razón de ser del médico residente.

El licenciado en medicina prolonga su periodo de formación, en una enseñanza, que pretende combinar tras la licenciatura, sin solución de continuidad y en manifestación teoría y práctica. El médico ejerce aprendiendo y aprende ejercitándose.

Hoy por hoy no puede ser de otro modo, no disponemos de alternativa formativa mejor en Bolivia. La necesidad de esta figura viene reconocida por razones utilitarias que tienen su raíz en remotos momentos históricos. Este tipo de formación especializada es gráficamente descrito por un reputado bioético, H.T. Engelhardt, en estos términos: “Las técnicas tienen que pasar del maestro sabio al aprendiz de curador, quien, mientras continúa en su aprendizaje, quizá saje un forúnculo, coloque un hueso o trate una fiebre con menos habilidad que el profesor, pero si los pacientes no cayesen en manos de estos jóvenes aprendices, la técnica

parecería”. El modelo formativo referido, que ha gozado de tan indiscutido como amplio crédito dentro y fuera de nuestro país, plantea no obstante algunos problemas prácticos de no escaso interés.

En Bolivia es importante el tema de desarrollar recursos humanos en el sector salud con profesionalidad calificada para generar conocimiento capaz de responder a las demandas de la sociedad en general.

Es en ese entendido que se da nacimiento a la Residencia Médica en Bolivia con el Decreto Supremo N° 04789 de 4 de diciembre de 1957 que declara hospital de Clínicas a los Hospitales: General de Miraflores del departamento de La Paz, con la creación de la primera residencia médica en la especialidad de Anestesiología.

La Residencia Médica está supervisada por el Ministerio de Salud, S.E.D.E.S., la Universidad Mayor de San Andrés, el Colegio Médico, Comité Nacional de Integración Docente Asistencial.

La Residencia Médica constituye un periodo de formación y entrenamiento de postgrado basado en planes y programas – teórico, práctico, asistencial e investigativo de una especialidad o sub-especialidad en diferentes servicios de salud con capacidad de inserción posterior al Sistema Nacional de Salud, bajo la orientación y tutoría de Médicos de las diferentes especialidades.

Los médicos que realizan su formación para obtener una especialidad o subespecialidad se rigen con un Reglamento que en la actualidad no responde a los principales problemáticas que enfrentan los médicos residentes.

La presente monografía plantea modificar el Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica para mejorar las condiciones de los médicos residentes que se encuentran en etapa de formación, así como también a aquellos que están por egresar.

1.2. Definición

- **Residencia Médica.-** Modalidad de formación a dedicación exclusiva y continua por un periodo no menor a las 15.000 horas académicas o 3 años consecutivos, en Especialidades Médicas Clínico Quirúrgicas enmarcadas en la Reglamentación del C.N.I.D.A.I. – del Sistema Nacional de Residencia Médica y Sociedad Científica correspondiente, reconocidas por el Colegio Médico de Bolivia y la Ley 3131.
- **Sistema Nacional de Residencia Médicas.-** Conjunto de dependencias y entidades del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional y que, a través de mecanismos de coordinación de acciones, tiene por objetivo la formación de especialidades en el campo de la Medicina.
- **Médico Residente.-** Es aquel profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia.

Es el profesional que culminado su formación académica universitaria, recibe formación postgradual, sujeta a un Centro de Formación Nacional acreditado y/o reconocido por el Ministerio de Salud y Deporte, U.M.S.A., y Colegio Médico de Bolivia y las Sociedades Científicas correspondientes.

- **Centro Hospitalario.-** Es aquel Hospital de tercera categoría, que cuenta con los recursos necesarios para que se realice la formación académica postgradual de los médicos residentes.
- **Docente Asistencial.-** Son aquellos médicos especialistas con un grado de formación adecuado para realizar enseñanza dirigida a los médicos residentes para una formación académica ajustada a los avances en salud a nivel especialidad o subespecialidad.

- **Integración Docente Asistencial e Investigación IDAI**, es un proceso recurrente y permanente de enseñanza aprendizaje dirigida a la formación de recursos humanos, de creciente articulación e interacción comunitaria y de investigación entre instituciones de educación superior (universidades públicas) y de los Subsectores Público, de la Seguridad Social y de la Medicina Tradicional, para contribuir a la producción de conocimientos e investigación, para mejorar la calidad de vida y el bienestar colectivo de la población, de acuerdo a las necesidades y la realidad socio epidemiológica, con participación comunitaria, como estrategia fundamental de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. ¹
- **Las Especialidades Médicas.-** Son disciplinas de la profesión médica, con un cuerpo de conocimientos y un método científico propio y definido, para brindar mejor atención en salud, mediante la aplicación de mayores conocimientos, procedimientos y tecnología precisa y perfeccionada en las distintas áreas de la Medicina, obtenidas en centros de formación debidamente acreditados y reconocidos por el Colegio Médico de Bolivia.
- **Post Grado.-** Son Estudios de Post Grado aquellos que se realizan después de la obtención del grado de Licenciado, otorgados por las Universidades del SUB o por una universidad extranjera reconocida por el Comité Científico Nacional del Colegio Médico de Bolivia. Los Estudios de post Grado están orientados a especializar al médico general, en las distintas disciplinas de la medicina para perfeccionar, profundizar y desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para resolver las necesidades de salud de las personas y de la colectividad y para generar nuevos conocimientos científicos que respondan a problemas de interés local y nacional y al avance de la ciencia y la tecnología. ²

1. Convenio de Integración Docente Asistencial e Investigación entre la Universidad Pública Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes 20 junio 2011.
2. Estatuto Orgánico del Colegio Médico

- **El Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (C.R.I.D.A.I.).**- Es el órgano de ejecución regional del que dependen los Comités de Integración Docente Asistencial e Investigación de Hospitales y de Servicios de Salud. Dependen del Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (C.R.I.D.A.I.), tanto el Pre- grado, Servicio Social y atención Primaria, como también Post – grado y Educación Continua.
- **Post Grado Clínico – Quirúrgico.** – Son Estudios de Post Grado Clínicos – Quirúrgicos, aquellos que se realizan después de la obtención del grado de Licenciado, a través de la modalidad de Residencia Médica a dedicación exclusiva, con carga horaria pre-establecida y realizadas en Centros de Formación acreditados y avalados por el Colegio Médico de Bolivia, a través de sus Sociedades Científicas. Los Estudios de Post Grado Clínico – Quirúrgicos, están orientados a especializar al médico, en las distintas disciplinas de la medicina para perfeccionar, profundizar y desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para resolver las necesidades de salud de las personas y de la colectividad y para generar nuevos conocimientos científicos que respondan a problemas de interés local y nacional y al avance de la ciencia y la tecnología.
- **Post Grado No Clínico – Quirúrgico.** – Son Estudios de Post Grado Clínicos – Quirúrgicos, aquellos que se realizan después de la obtención del grado de Licenciado, otorgados por las Universidades del Sistema Universitario Boliviano o por una Universidad extranjera reconocida.
Los Estudios de Post Grado están orientados a especializar al médico, en las distintas disciplinas de la medicina para perfeccionar, profundizar y desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para resolver las necesidades de salud de las personas y de la colectividad y para generar nuevos conocimientos científicos que respondan a problemas de interés local y nacional y al avance de la ciencia y la tecnología.³

3. Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia pg. 196

- **Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica.** – Es el conjunto de procedimientos que se inicia con la inscripción del postulante para su ingreso al Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica y finaliza con la presentación de informe del proceso ante el CRIDAI. ⁴
- **El Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (C.R.I.D.A.I.),** es el órgano de ejecución regional del que dependen los Comités de Integración Docente Asistencial e Investigación de Hospitales y de Servicios de Salud. Dependen del Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (C.R.I.D.A.I.), tanto el Pre- grado, Servicio Social y atención Primaria, como también Post – grado y Educación Continua.

1.3. Síntesis Histórica

1.3.1. La Medicina en la Edad Media

En la Edad Media, la Iglesia tenía mucha influencia en la sociedad, donde los hombres tenían miedo a Dios en el cielo y a los demonios, diablos y plagas en la tierra. Las Cruzadas inspiradas por el fanatismo religioso influyeron en el desarrollo de la Medicina, las organizaciones religiosas se multiplicaron no sólo con la creación de escuelas sino también de hospitales como la "Orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén", hospitales al servicio de los enfermos, peregrinos y cruzados. La orden de Caballeros del Templo de Salomón (Templarios) y la Orden de San Lázaro.

La medicina en la Edad Media era practicada en su mayoría por los monjes, utilizando la práctica de la medicina teúrgica, pero “eruditos en medicina que luego difundieron los conocimientos con la creación de las escuelas catedráticas fundadas por Carlo Magno en el siglo VIII, donde se autoriza la enseñanza de la Medicina.” ⁵

4. Reglamento del Proceso de Admisión al SNRM pág. 1

5. Cárdenas, Arévalo Jorge “Maravillas Historia de la Medicina” pág. 35

La iglesia funda las Universidades y los hospitales, siendo responsable de la Salud Pública, Oribasio y Pablo de Egina, resumen toda la literatura médica hasta esa época, el libro "De Medicina Praecepta" de Sereno Samónico, fueron los libros más usados. La Medicina medieval fue monástica.

La medicina medieval tuvo que enfrentarse con plagas que se expandieron por las rutas marítimas y las caravanas, como la Peste Negra que viniendo de Asia invadió toda Europa, estimándose que mató a más de 25 mil europeos, convirtiéndose en una pandemia al igual que la lepra.

El Libro "De Hominis Fábrica" de Ptolomeo Apuleyo. Casiodoro introdujo el pensamiento clásico greco latino en el cristianismo, tradujo al latín las obras greco – romanas, persas, sirias y árabes y ya escribía para los estudiantes de medicina. "Aprended a conocer las virtudes de las plantas y leed a Dioscorides, Hipócrates, Galeno y Celso Aureliano".

Galeno de Pérgamo dejó escritas más de 200 obras dedicadas a Anatomía fisiología, Patología, Higiene, Farmacología, Herbología, a su muerte se inició un proceso de ordenar y estructurar sistemáticamente sus enseñanzas, factibles de ser estudiadas por lo médicos en un tiempo no mayor de cuatro años, denominado como "Summaria Alexandrinorum" y hacia el siglo XII, se compuso un resumen general de la doctrina de los 16 libros, que se conoció con el nombre de "Isagoge Ioannitti-" Introducción General a la Medicina,- en la que se establece toda la medicina Bizantina, Arabe, Judía y Latina medieval, y que se convierte en el libro más importante de Medicina de la Edad Media; su texto comienza así: "La Medicina se divide en dos partes: Teórica y Práctica, la primera consta de tres grandes capítulos:

- a) El estudio de los casos naturales o sanos.
- b) El estudio de los casos contranaturales o enfermos y
- c) El estudio de los casos neutros o no naturales que acrecientan la salud o provocan la enfermedad.⁶

6. Cárdenas, Arévalo Jorge "Maravillas Historia de la Medicina" pág. 86

Desde el siglo X, estuvieron libres del control clerical, aunque la mayoría de sus profesores, eran médicos-clérigos benedictinos, y dominicos que aceptaron la doctrina hipocrática de los humores y el macro y microcosmos, se estudió anatomía, se avanzó en la práctica médica y quirúrgica, los primeros textos utilizados en esta escuela fueron el "Antrorarius y Antidotarius". Garipontus de Salerno, escribió: "Passionarius", libros con carácter enciclopédico que fue utilizado en la Edad Media, conservó la tradición hipocrática y galénica del mundo clásico, Garipontus por su dominio del griego, latín y árabe, tradujo la medicina árabe, entre las más importantes destaca la traducción del "Liber Regius" de Haly Abbas o el conocido texto "Tractatus De Aegritudinnun Curatione", enciclopedia médica que contiene prescripciones y en él se considera la Epilepsia y la Psicosis, como enfermedades de causa orgánica, no demoniaca

En Bologna, Copérnico estudió y ejerció como médico y fue donde inició sus cálculos científicos.

En Bologna se realizó la primera autopsia, se escribió la "Anathomia" de Mondino de Luzzi, que fue texto durante tres siglos y se basa en la disección y practica de la anatomía; destacan Salicetto, Lanfranchi con su "Cyrurgia Magna" fue un destacado profesor del College de Saint Cosme en París.

Ya sobre el siglo XII, se inicia el ocaso de la medicina monástica, sobre los años 1120 al 1139. En el siglo XII el Concilio de CLERMONT en 1130, promulga la prohibición de practicar medicina a los clérigos. El Concilio de Tours en 1163 y el Cuarto Concilio de Letran en 1215 prohíbe a los clérigos y monjes toda actividad médica y en especial la cirugía; las Bulas, Decretos y Edictos papales, fueron mal aplicados y peor interpretados, ya que estos llevaban la intensión no tanto en contra de la Cirugía sino para evitar las malas prácticas en manos de monjes y sacerdotes-médicos

Carlo Magno, determinó la enseñanza regular de la medicina y los seglares inician la tecnificación, se vuelve al Ars Médica, a lo que contribuyó enormemente la influencia de la Escuela de Toledo, con las traducciones de Hipócrates, Galeno, Rhases, Avicena, Issac Judeos, la cirugía de Albucasis y múltiples textos científicos, ya al finalizar la Edad Media,

por la necesidad de conocer el cuerpo humano, se vuelve a la disección de cadáveres, para buscar las lesiones internas, el frecuente estudio de las autopsias como principio para conocer la estructura del cuerpo humano y el asiento de la patología

Mundino de Luzzi, máxima figura del saber anatómico y extraordinario Anatomista, escribe varios textos; Saliceto, Mondeville, Guy de Chauliac, canónigo, médico, su tratado "Chirurgia Magna" fue texto durante cientos de años, médico de reyes y papas y hombre de gran influencia, que tuvo la nefasta idea de propiciar el pus laudable, para el tratamiento de las heridas.

En esta etapa de la medicina, fue más grande la separación de la Medicina con la Cirugía; Hipócrates consideraba la Medicina interna en términos de Cirugía y veía a la Cirugía como un modo de curación. Galeno consideraba la Cirugía como el brazo derecho de la Medicina. Hasta el famoso Edicto del Concilio de Tour "Ecclesia Abhorret a Sanguine" de 1163 en el que se prohíbe practicar cirugía a los monjes y clérigos, para no caer en descrédito ante los feligreses, por la mala práctica de la cirugía o resultados nefastos Rhases, Avicena, Issac Judeos, la cirugía de Albucasis y múltiples textos.

En esta etapa de la medicina, fue más grande la separación de la Medicina con la Cirugía; Hipócrates consideraba la Medicina interna en términos de Cirugía y veía a la Cirugía como un modo de curación. Galeno consideraba la Cirugía como el brazo derecho de la Medicina. Hasta el famoso Edicto del Concilio de Tour "Ecclesia Abhorret a Sanguine" de 1163 en el que se prohíbe practicar.

Hay que destacar el trabajo de las mujeres médicos como Rebeca, Constanza y sobre todo Trótula la iniciadora de los estudios de las mujeres como médicos, fue una destacada ginecóloga y sus enseñanzas se recogen en el libro "De Molierum Passionibus" sobre la gravidez, el parto, puerperio, alimentación del niño, de la epilepsia (eclampsia) de las enfermedades de los dientes, libro que se usó como texto hasta el siglo XV al igual que el "Antidotarium".

Agnocide, en el año 300 A.C. estudio en Alejandría y practico en Atenas, en tiempos romanos, Filista y Lais medicas especialistas en Obstetricia, Salpe de Lemmos escribió sobre los ojos y

Metrodora sobre el Útero; y desde el siglo II los tratados de Aspasia fueron los más importantes hasta el siglo XI, Hildegarda de Bingen con su libro de Medicina Básica, fue profesora en la Universidad de Paris.

Rogero II de Sicilia, lanzó en 1140 un edicto que prohibía ejercer la medicina si antes no hubieran dado exámenes y en 1224 Federico II exigía el examen en público, sobre Hipócrates, Galeno, Avicena y antes haber practicado un año con un médico experimentado, en estos años se fundan muchas Universidades más de 80 en Europa y para regularizar la enseñanza de la medicina en universidades como la de París 1110, Bologna 1158, Oxford 1167, Montpellier 1181, Padua 1222, Cambridge 1209, Nápoles 1224, Tolosa 1233, Salamanca 1243, Sevilla 1254, Lisboa 1290, se dictan normas precisas y estrictas para alcanzar el grado de "Doctor en Medicina" que fue aplicado en el siglo XII en Salerno por Gilles de Corbeil y la ceremonia de graduación todo un acto ritual académico, primero el candidato defiende cuatro tesis de Aristóteles, Hipócrates, Galeno, Avicena y un autor moderno. Se tenía que aprobar el Trivium (gramática, retórica y dialéctica) y el Cuadrivium (aritmética, geometría, astronomía y música - arte) además de medicina y filosofía physica. La Ética y la etiqueta médica fueron reguladas detalladamente, además del "Juramento Hipocrático" y la "Fórmula Comités Archiattrorum" de Teodorico del siglo V a.C. En los tratados médicos de Salerno de Arquimateo se dan instrucciones al médico para sus actuaciones "Elegantes, Humildes y Eruditas"; el juramento se otorgaba por decreto del Emperador y recibía: "un anillo, una corona de laurel y hiedra, un libro escogido y el beso de la paz" y el rango de Doctor en Filosofía y Medicina.

En la Edad Media se redescubrió la medicina griega, se usaron los métodos, conocimientos y farmacopea árabe, se construyen hospitales, se desarrolla la enseñanza de la medicina en hospitales y universidades que dejó todo preparado para el advenimiento de la Ciencia Médica Moderna.

1.3.2. La Medicina en el Barroco

El Barroco, es dado en los siglos XVI y XVII épocas en que estuvieron en juego aspiraciones sociales, espirituales, filosóficas, científica, artísticas, políticas y económicas que hicieron surgir intrigas y guerras entre católicos, protestantes, islamitas que defendían con sangre y

fuego sus diferencias religiosas, todos estos acontecimientos sentaron las bases de la civilización del mundo moderno.

Los escenarios políticos – sociales y artísticos influyeron notablemente en el desarrollo de la Medicina, la Salud Pública en esta turbulenta etapa, la limpieza, las aguas servidas, los servicios públicos, el alcantarillado y los lavaderos continuaban a cargo de las parroquias, está escrito en la historia de las Comunas, que eran prácticamente un desastre de organización y las pestes continuaban diezmando Europa, el Escorbuto, Paludismo, Tifus, Difteria, Tifoidea, Viruela y la Bubónica que fue la más desbastadora, fue un médico Giovanni Lancisi (1654 – 1720) que descubrió los peligros de los pantanos, describió el Paludismo y su causa por la picadura de un insecto, estudió las enfermedades venéreas y las pestes proliferantes, por esta época, los remedios caseros y los curanderos, brujas, charlatanes se impusieron, la Materia Médica de tiempos antiguos fue actualizada, la imposición de las manos, volvió a tener auge y fueron características de estos años, los detallados registros de mortalidad de la ciudad de Londres en los que se afirmaba que el 10.5% de la población murió de peste, por esta época el clínico inglés Thomas Sydenham encabeza el movimiento en pro de la atención individual de los enfermos, prefería dejar actuar a la naturaleza, describió la Viruela, el Paludismo, la Neumonía, la escarlatina, la gota, que él mismo sufrió durante cuarenta años, clasificó las enfermedades en Agudas, causadas por Dios y Crónicas causadas por el hombre, se le considera el padre de la Epidemiología.

William Harvey (1587 – 1657) nació en Florencia – Kent, estudió en Padua elaboró toda una doctrina Embriológica con sus estudios y descubrimientos, sistematizó la Biología moderna en seis puntos: 1. La generación de animales inferiores por metamorfosis, 2. Generación espontánea, 3. Fecundación sexual, 4. La Doctrina del huevo animal, 5. Morfogénesis y, 6. Reproducción por Epigénesis "Vía Enthea", implantó una nueva etapa para la medicina y la biología, que se inicia por la vivisección experimental, las ligaduras y la perfusión para demostrar que el corazón actúa como una bomba muscular, que impulsa la sangre hacia delante, que el movimiento de la sangre es continuo y en círculo o ciclo cerrado, demuestra que la sangre volvía al corazón a través del sistema venoso, corrigiendo así el curso de catorce siglos impuesto por Galeno acerca de los poros que existían en el Tabique interventricular

Harvey como Descartes, revivió la antigua creencia de que el "Alma se encuentra en la sangre", el inmortal "Exersitatio Anatómica de Motu Cordis et Sanguinis Animalibus" (1628), es el tratado que revolucionó la Fisiología, la Biología y la Medicina; modelo científico.

Los descubrimientos de Malpighi, de la anatomía capilar en los pulmones (1661) que completó la demostración y el estudio de Harvey y apareció el arte de la inspección anatómica principalmente por Swammerdam, quien fue el primero en describir los glóbulos Rojos (1658), estudió el corazón, los pulmones y toda la circulación con métodos pletismográficos. Una gran visión científica dejó el Renacimiento "El conocimiento científico del cuerpo humano, debe ser la disciplina básica de la medicina", Anatomía que se vio favorecida y ampliada a partir del año 1610 con la invención del Microscopio, con este invento la medicina dio un paso gigante en su evolución pues se abrió el mundo pequeño, casi invisible del cuerpo humano; Athanasius Kircher, el más grande microscopista sabio sacerdote jesuita, matemático, físico, óptico, orientalista, músico y sobre todo médico, fue el primero en utilizar el microscopio para buscar las causas de las enfermedades.

Antoni Van Leeuwenhoek fue otro microscopista, fue el primero en descubrir los espermatozoides, fabricó sus propias lentes, gran observador con sus microscopios logran un gran desarrollo y avance científico, además descubrió los eritrocitos, los núcleos celulares y bacterias.

Marcelo Malpighi (1628 – 1694) Anatomía Microscópica y fue el fundador de la Histología y Embriología.

Los cambios de la medicina se logran en aportaciones básicas de la Anatomía, Patología y Cirugía, pero en el futuro la Fisiología es el pilar donde se inicia la Medicina Moderna. Se trata de encontrar explicaciones e interpretaciones de los fenómenos vitales o biológicos normales y patológicos, llamando a estas tendencias las escuelas Iatromecánica y Iatroquímica, la primera inspirada por Galileo Galilei, que explica todos los fenómenos de la vida con hechos mecánicos y que interpreta mecánica y matemáticamente el organismo humano.

La Iatromecánica, considera el cuerpo humano como una máquina y sus funciones como efectos mecánicos, ya que evidencian la acción muscular, los fenómenos de la respiración como un fuelle, o de la digestión como una batidora; representantes de esta Escuela fueron Galileo.

Jean Fernel (1497 – 1558), su obra: "La Medicina Universal", en la que divide el estudio de la medicina en Fisiología, Patología y Terapéutica; además estudió la Hemorragia, la Sífilis, y sus diversos modos de transmisión. Fernel y Falopio son investigadores importantes y creadores al describir las fibras del cuerpo humano que son mecánicamente funcionales. Fabrizio de Acquapendente, estudia la fisiología mecánica del músculo y se le considera como el iniciador de los estudios de Embriología.

Francis Bacon (1561 – 1626) fue un importante filósofo inglés, de gran influencia igual que las ideas de Copérnico Bacon defensor de la idea Heliocéntrica del Universo y fundador de la experimentación moderna y el método inductivo, experimentador que rechazó el dogma galénico y la antropología de Paracelso y muchas otras doctrinas tradicionales.

La escuela Iatroquímica, cuyo representante y paradigma fue el belga Johan Van Helmont que estudió astronomía, teología, fisiología, derecho, botánica y medicina la que practicó con unción casi mística, lo mismo que la Química, a las que dedicó su vida, naciendo la "Ciencia Nouva", como la concepción orgánica panvitalista que se apoya en el conocimiento de las transformaciones cualitativas de las cosas naturales y por lo tanto es la Alquimia que produce cambios en la técnica terapéutica, como los cambios científicos del siglo XVI y XVII, la Alquimia actividad de carácter pre – científico que luego se convirtiera en Química verdadera ciencia. Van Helmont introduce una nueva concepción de la enfermedad, las clasifica de acuerdo al desorden que prima en:

1. Enfermedades hereditarias
2. Enfermedades por causas exteriores (agentes morbosos desde traumas a encantamientos).
3. Enfermedades de causas internas (que forman los grumos).

La terapéutica durante el siglo XVII pese a continuar con el uso de métodos del pasado, inicia el cambio por el uso de medicamentos de origen vegetal y mineral como la Quína para la Malaria y el mercurio para la Sífilis, la Materia Médica también se enriquece; el descubrimiento de nuevas teorías de exploración del paciente, los termómetros, fue Christiann Huygeus, quien creó una escala fija de los termómetros.

Con la ayuda y uso del microscopio se alcanzaron notables descubrimientos anatómicos y fisiológicos, se descubren los órganos más importantes, tal como lo hizo Francis Glisson (1597 – 1677), Thomas Wharton (1614 – 1673) quienes descubrieron las glándulas digestivas, linfáticas sexuales y el cerebro, Wharton diferenció las glándulas de secreción interna de las de secreción externa, Thomas Willis (1621 – 1675) estudió, descubrió y describió el sistema nervioso, la circulación cerebral, los pares craneales.

Por los años 1700, se creó uno de los métodos de examen clínico más útiles para el diagnóstico "La Percusión", golpear con los dedos determinada área del tórax o

abdomen, para obtener la resonancia con "tonos" significativos de normalidad o patología, si bien es desde Hipócrates conocido este método, es recién Leopold Auenbruger, quien lo codificó sobre bases científicas después de siete años de experimentos e interpretar la resonancia sobre todo en enfermedades del pulmón y corazón, publicando luego su "Inventum Novum" (1761).

Morgagni fue el primero en estudiar las diferencias existentes entre órgano sano y órgano enfermo, demuestra que a cada alteración anatómica, corresponde una alteración funcional. Morgagni afirmó que la Apoplejía no es una lesión de la sustancia cerebral, sino una alteración de la circulación, de los vasos cerebrales, descubrió los gomas luéticos del cerebro, fue uno de los primeros que para explicar las enfermedades hace referencia a que las teorías Iatroquímicas y Iatromecánicas pueden conjugarse recíprocamente.

En el Barroco la Cirugía no desarrollo de acuerdo a los progresos de la Anatomía y Fisiología, pues cirujanos y barberos competían en ocasiones, o en algunas se ponían de acuerdo para estar en contra de los médicos. Un gran cirujano fue Charles Francois Felix, quien operó con éxito una Fístula Rectal del Rey Luis XIV, así la Cirugía ganó el apoyo de la corona, Jean B.

Danis (1620 – 1704) divulgó una técnica de transfusión de sangre para tratar pacientes mentales.

El médico y filósofo alemán G.E. Stahl (1660 – 1734), confiere la salud del cuerpo al alma y crea el "Animismo", también F. Hoffmann (1660 – 1742) para quién "El alma es el principio vital de cada ser, que reside en la sangre, el alma es un eter vital que el cerebro separa este eter vital y que por medio de los nervios lo difunde a todo el cuerpo", sentando los conceptos fundamentales de su teoría Tónico – mecánica para el caso de las enfermedades de las partes sólidas, Atonía – hipertonia y anestesia – dolor, salud, para Hoffman, salud era la correcta regulación del tono y su terapéutica se basa en sedantes o estimulantes.

Aparecerán más adelante, la doctrina de W. Cullen, médico de Edimburgo (1712 – 1790) quien sostiene que la salud es el equilibrio o justeza del Tono, no demasiado tenso, no demasiado flácido, teoría de la "Energía nerviosa" que sirvió de base para la teoría de J. Brown (1735 – 1788), según esta doctrina o Brownanismo; la salud es dada por la exacta cantidad de estímulos a los que corresponde una adecuada respuesta de la excitabilidad de los órganos, llamada por G. Rasori, la teoría de la "Órtesis de Estímulo y la Diátesis de Contra . estímulo", Asténicos y Esténicos.

Tres son las orientaciones del pensamiento médico: la racional, la empírica y la creencial, es decir el empirismo racionalizado, la creciente tecnificación física y química, la semiología, la observación y medida de los síntomas y signos, el uso de los termómetros, la percusión, el razonamiento entre la Iatromecánica y la Iatroquímica del Barroco, el desarrollo de la observación anátomo –patológica y clínica se convierten como veremos en la Ilustración en la medicina científica moderna.

1.3.3. La Medicina en el siglo XIX

En la Medicina Moderna, hechos estudiados o investigados años antes son confirmados, tanto por la búsqueda Anátomo - Patológica como por la Fisiología, que se erige en una disciplina científica y es en éste siglo XIX que llega a su mayor expresividad por las obras de Albrecht von Haller y Lazaro Spallanzani, el primero escribió ensayos enciclopédicos, biográficos,

anatómicos, fisiológicos, botánicos, poéticos y religiosos, pero su mayor contribución es a la fisiología, en donde intenta resolver el problema biológico fundamental.

Spallanzani el investigador que toca cuatro puntos: La generación de los seres vivos, el proceso digestivo, el mecanismo de la circulación sanguínea y la naturaleza del fenómeno respiratorio; pero también tenemos que recordar a una serie de fisiólogos ilustres como Luigi Galvani, Stephen Hales, William Hewson y René Ferchault; debemos recalcar que es en esta época que fue decisiva la aportación de la anatomía microscópica y la Embriología por el uso del microscopio y uno de los mejores exponentes fue el alemán F. G. Henle, el estudio de la Anatomía Patológica donde se profundizan los conocimientos sobre la íntima estructura de los tejidos, con nuevas técnicas y nuevos métodos para el examen histológico y citológico.

Kircher y Spallanzani insinuaron e intuyeron la responsabilidad en el origen de varias enfermedades, ahora el descubrimiento de los microorganismos como causa de enfermedades, sentaron las bases de la moderna Bacteriología iniciada por Agostino Bassi, quien no fue médico, pero fue el primero en demostrar visiblemente un agente o microbio, abriendo así la etapa de la naturaleza bacteriana de las enfermedades infecciosas, primero estudiando la enfermedad de los gusanos de seda, sospechando que un extraño "animalillo" era el que los enfermaba, lo que logro comprobar experimentando con gusanos de seda sanos y enfermos, es en éste período que se esclarecieron las bases funcionales de varias infecciones desde los fenómenos inflamatorios a las enfermedades infecciosas y hay figuras extraordinarias, estudiosos como Paul Ehrlich (1852-1915), que aportaron contribuciones valiosas como la que "todo proceso biológico es gobernado por la afinidad química de diversas sustancias"; en su "desinfección interna" imagina un fármaco muy eficaz "la balita mágica".

En la primera mitad de los años del 1800, es a partir de la separación de la Obstetricia y Ginecología de la Medicina, es que se transforma en una verdadera.

La historia de la Anestesia se inicia en 1789, cuando Humphry Davy inventor de la lámpara para mineros - uno de sus obreros, durante un fuerte dolor de muelas, al aspirar casualmente el gas protóxido de la lámpara, nota que el dolor calmaba.

A mediados del siglo XVIII, se inició la realidad del sueño que desde la antigüedad tuvieron los médicos; calmar el dolor y el de los cirujanos:, hasta entonces sólo se había podido amenguar un poco la sensibilidad recurriendo a varias opciones soporíferas como el alcohol, opio, o la hipnosis, sea cual fuere la operación, la anestesia resultaba demasiado superficial y momentánea, no podía utilizarse en operaciones de cierta magnitud, ya que los pacientes pedían no sentir dolor, disciplina autónoma; debido a los progresos de la Anestesia y de las técnicas operatorias organismo y es capaz de destruir los gérmenes patógenos (anticipó la llegada de los quimioterapicos), Ehrlich ideó sustancias colorantes para el tratamiento de la Tripanosomiasis y junto con el japonés S-Hata, idean un preparado a base de arsénico: el Salvarsán 606, para el tratamiento de la Sífilis, que posteriormente fue reemplazado por el Neosalvarsán.

Los efectos del gas "hilarante" fueron reconocidos pero el hecho permaneció ignorado científicamente hasta que el médico inglés H. Hickman, que realizaba los primeros experimentos en animales, fue autorizado por el rey Carlos X de Francia, para repetir los experimentos en hombres.

El 30 de Septiembre de 1846, el farmacéutico C. Jackson, le entrega a W. Morton, éter, quien lo usa en el músico Eben Frost, logrando la extracción de la muela sin dolor, mas adelante Morton compromete al mejor cirujano de la época: Harvar J. Warren, para anestesiarse a un paciente con tumor de parótida, en el Massachussets General Hospital con resultados brillantes y fue Gould quien da a la nueva técnica el nombre de "Anestesia", la que permitió realizar operaciones más complejas, de mayor alcance y tiempo prolongado.

Tiempo más adelante se descubrió el "Cloroformo" utilizado por el obstetra de Edimburgo: W.Simpson y que paso a la historia como la "Anestesia de la Reina", pues la reina Victoria fue anestesiada en dos oportunidades para dar a luz a sus dos últimos hijos y su uso se puso de moda.

El 6 de junio de 1825, Pasteur aplica la vacuna al niño Joseph Meister de 9 años de edad mordido por un perro rabioso, a los pocos días el niño jugaba alegremente. La noticia se difundió por toda Europa y llegan enfermos de todas partes; el Zar de Rusia otorga a Pasteur la

Gran Cruz de Diamantes de Santa Anna y un jugoso regalo de 100.000 francos para la construcción del edificio que más tarde sería el Instituto Pasteur de Paris, el centro de investigaciones más prestigioso del mundo, hasta la actualidad. Pasteur recibió en vida los más grandes honores de Francia y del mundo entero, fue galardonado con el grado de doctor en la Universidad de la Sorbona.

Se debe resaltar el invento de un médico ruso, que estudio la fisiología de la digestión: Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), el que con sus celebres experimentos estudio las secreciones gástricas, pancreáticas, el comportamiento de los animales y los seres humanos en la confrontación con los estímulos externos; con sus experimentos en animales sanos y vivos en los que crea comunicaciones en las glándulas salivales, el esófago, páncreas y en particular crea bolsas en el estómago (ventrículos de Pavlov) que conservan sus conexiones nerviosas y vasculares, con el propósito de observar la influencia de los estímulos químicos y nerviosos sobre la secreción gástrica. Pavlov logró demostrar la estrecha relación entre las propiedades de las glándulas salivales y el tipo de alimento ingerido, Aclarando el rol de varias enzimas y con otro investigador ruso U.P. Shepovolnikov, aisló la Enteroquináza del jugo duodenal, por estas investigaciones recibieron el Premio Nobel en 1904; Pavlov también investigó sobre la fisiología de las funciones cerebrales.

En 1861 el cirujano Joseph Lister (1827-1912) afirmaba que " la aparición de supuración en una herida en condiciones ordinarias y su persistencia , son determinadas por acción de descomposición de gérmenes"; las infecciones, gangrenas y muerte eran demasiado frecuentes, Lister notó que las heridas practicadas por los cirujanos se infectaban casi regularmente, observó que la formación de pus se favorece con la exposición al aire libre de las heridas, lo que no sucedía en heridas cubiertas; Lister estudió las comunicaciones de Pasteur sobre la fermentación y putrefacción, lo que asociado a sus observaciones le aclaro el misterio que la putrefacción es la fermentación y que se puede remediar impidiendo que los gérmenes tengan acceso a las heridas, Lister utilizó pedazos de lino empapados con ácido fénico sobre las heridas, en otras oportunidades lo utilizaba nebulizándolo el ácido fénico sobre las heridas.

Desde comienzos del siglo XIX, la Anatomía microscópica y la Embriología aportaron al estudio de las ciencias del cuerpo y los órganos dando notables avances a la Medicina , especialmente por la dedicación de Francois Xavier Bichat (1771-1802) , el verdadero creador de la Histología y la Anatomía General, clasifico los órganos según sus funciones y esbozo la "Teoría Celular".

Tal el caso de Flourens (1794-1867) que estudio el sistema nervioso y a Poiseuille, verdadero fundador de la Hemodinámica, también los fisiólogos ingleses: Charles Bell y Marshall Hall, ambos neurofisiólogos.

En Inglaterra destacan Sir. Thomas Young (1773-1829), Sir Charles Bell (1774-1842), fue un extraordinario cirujano, neurólogo, descubrió que el V par era nervio mixto, el VII motor y que su lesión producía parálisis facial. En Alemania se formó toda una generación de investigadores y científicos, entre los que destacan Schwann, Remark, Henle, Dubois, Raymond, Pfluger, Helmholtz, Rudolf Ludwig, pero Karl Virchow, considerado como una de las figuras más representativas de la Medicina del siglo XIX, al igual que a Thomas Addison que describió la Anemia Perniciosa y la insuficiencia Suprarrenal.

Claude Bernard es probablemente una de los mejores fisiólogos, discípulo de Magendi en París; Bernard fundador de la Medicina Experimental, investigo el jugo gástrico, pancreático, las grasas, el azúcar y su degradación, sobre las proteínas, demostró la función glucogénica del hígado, aisló el Glucógeno, demostró su existencia en los músculos y el proceso hasta su degradación en ácido láctico, enunció el concepto de secreciones internas naciendo así la Endocrinología. Bernard fue un destacado toxicólogo, descubrió junto con Hoppe las propiedades de la Hemoglobina.

Al descubrir Koch el bacilo de la tuberculosis se tuvo la ilusión que llegaría pronto, también, la terapia la que se demoró 60 años, hasta que el microbiólogo ruso, S. Waksman, aislara el Streptomices Griseus: la estreptomycin, un antibiótico específicamente activo sobre el Mycobacterium Tuberculosis, poco tiempo después de éste descubrimiento Koch, estudia la septicemia, la tuberculina, la peste de los bóvidos, el paludismo, la enfermedad del sueño, el micrococus tetánico , el virus del cólera y fórmula la "Teoría General de la Enfermedad

infecciosa"; es galardonado en 1905 con el Premio Nobel de Medicina. En éste siglo XIX, los progresos de la Medicina al que contribuyeron con sus aportes innumerables y distinguidos investigadores, que permitieron el esclarecimiento de muchos problemas clínicos y encuentran importantes logros médicos, recordaremos brevemente a Emile Roux y Alexandre Yersin mediante sus trabajos en vacunación y sueroterapia: Luis Felix Terrier (1837-1908) el primero en utilizar ropa e instrumentos estériles. Klebs y Loeffler descubridores del bacilo de la Difteria; el español Ferran que en 1893 ideó la inmunización contra el Cólera, Pierre Potain (1825-1901), ideó instrumentos para el drenaje pleural y el tensiómetro que seguimos utilizando en la actualidad. Sir W. Osler, célebre profesor, investigador de las afecciones cardio-vasculares; destaca en la Salpetriere Jean Martín Charcot (1825-1893) con sus estudios en Neurología y Medicina Psicosomática.

Al amparo de los estudios de Anatomía y Fisiología desde el siglo pasado, se inicia el interés por los estudios del cerebro, muchos problemas anatómicos, fisiológicos y patológicos del sistema nervioso encontraron soluciones por mérito de los estudios de muchos médicos, se asiste al desarrollo de la Psiquiatría, también en forma paralela y luego divergente con la Neurología; debido al afinamiento de la observación clínica que marca el auge de las especialidades.

Se considera a Pinel el fundador de la Psiquiatría moderna, renovador del tratamiento que lo llevaron a propugnar profundos cambios en la organización de manicómios. Asistimos pues al desarrollo de la Psiquiatría y se fundan cátedras en las principales Escuelas de Medicina, sobre todo, en Francia, Italia e Inglaterra: uno de los psiquiatras que logra fama internacional fue C. Lombroso (1836-1909), fundador de la teoría: "Antropología Degenerativa de la Delincuencia", en su famoso libro "El Hombre Delincuente", en donde describe las desviaciones físicas, mentales, nerviosas, atávicas o degenerativas de los delincuentes.

Estos son los inicios de las especialidades como tales, especialidades genéricas por el contorno histórico que tienen las mismas. Como se puede evidenciar claramente ya en este siglo empiezan las denominaciones de Psiquiatras, para los especialistas en Psiquiatría.

Reil, Heinroth, Calmeil, y Prichard en su "Tratado sobre la Demencia", son los médicos psiquiatras más difundidos y destacados, las investigaciones avanzan notablemente, así es como Ernest Heinrich Weber, inicio en su laboratorio, la Psiquiatría Experimental, que siguieron Rudolph.

Un destacado profesor de Psiquiatría fue Wilhelm Wundt, distinguido neurólogo que investigo la percepción sensitiva y sensorial, la mecánica del nervio y sus centros nerviosos, pretendió reducir el psiquismo humano a datos mesurables y a leyes exactas, escribió sobre Psicología, y Psiquiatría en "Elementos de Psicología Fisiológica".

Por éste tiempo estaba en elaboración la teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud (1856-1935), así como el Conductismo del norte-americano John Watson.

El progreso de la medicina científica del siglo XIX, por la introducción del sistema evolutivo de la morfología, fisiología y biología, de donde salieron las ciencias de la Patología Celular, la Bacteriología y la Parasitología, que llevan a nuevos métodos de diagnostico y nuevos métodos de tratamientos las vacunas, los sueros etc., a los que se suma la asepsia de Pasteur, Semmelweis y Lister: se producen grandes cambios en Salud Pública, la Higiene, las especialidades iniciadas en el siglo pasado se desarrollan, se implantan otras nuevas y novedosas bajo los grandes progresos de la Educación Médica.

Otra gesta de la Biología del siglo XIX, que se gestó años antes, fueron los de Genética, cuyos estudios fueron establecido por Francis Galton, quien aplicó las matemáticas al estudio de la herencia; fue Gregor Mendel (1822-1884) eclesiástico de Althrunn que inicia sus famosos experimentos y estudios con guisantes, siguiendo la trasmisión hereditaria de cada característica en la descendencia, concluyendo, que los caracteres de los padres son localizados en las células sexuales masculina y femenina, descubriendo y relatando las leyes que llevan su nombre: Leyes de la Herencia de Mendel; casi contemporáneo fue August Weismann (1834-1914), autor de la teoría del "Plasma Germinal" y de la concepción de los Cromosomas como portadores de los caracteres hereditarios, Mendel fue redescubierto en el año 1900, por varios médicos investigadores como Hugo de Vries de Ámsterdam, K.E. y E.

von Tschermak, que actualizan e investigan el mecanismo cromosómico de la herencia y es Ed. Van Beneden (1846-1910) quien descubrió el número específico de cromosomas; también hay que mencionar a Th. Hunt Morgan (1866-1945), la "Teoría de los Genes" Bonnet en el siglo XVIII, dio significado Biológico a la Evolución, la Evolución Filogenética y la Evolución Ontogenética hasta las experiencias e investigaciones de Charles Darwin (1809-1882) que dedujo el común denominador para la evolución de las formas de vida a través de modificaciones por selección natural, teoría formulada por Darwin en 1837 en el "Origen de las Especies", cuyas tesis son: a).-todas las especies vivientes proceden de la paulatina transformación de seres anteriores. b).- la transformación tiene su causa en la lucha de los individuos por su existencia y en la supervivencia de los más aptos.- c).- los caracteres morfológicos y fisiológicos adquiridos en la constante lucha por la vida se transmiten hereditariamente a la descendencia.

En el año 1900, Karl Landsteiner descubre, en la Universidad de Viena, los grupos sanguíneos estudiando la reacción entre los glóbulos rojos y los sueros de dadores, determinando los grupos A-B y C, posteriormente descubre el factor Rh en sangre humana, con lo que se permitió la solución de la gran mayoría de los problemas de las transfusiones de sangre y el tratamiento de enfermedades hemorrágicas, En éstas épocas del desarrollo científico y médico, se suceden una serie de descubrimientos trascendentales debido a la perspicacia de investigadores como C.Wilhelm Roetgen, profesor de Física de la Universidad de Winezburg, que descubrió cuando estudiaba la fluorescencia producida por los rayos catódicos, al pasar corriente eléctrica por los tubos de Lenard ó de Crooks en 1895 llamada lo que hoy conocemos como " Rayos X".

La radiología fue de gran utilidad durante la Primera Guerra Mundial, y rápidamente alcanza progreso tecnológico con la finalidad de mejorar la definición o contraste de las imágenes, para ahorrar la dosis de radiación y optimizar la imagen, progresando el diagnóstico con la Estereografía implantada por J. M. Davidson en 1898; la Quimografía ideada por Rosenthal y Gutt en 1912; la Mielografía y Ventriculografía practicadas por Dandy en 1930, la Encefalografía por Binge en 1921, la Estratigrafía por Vallebuona en 1930, la Roentgen-cinematografía introducida en 1940 y desde hace pocos años en que se ha obtenido la posibilidad de sustituir la clásica pantalla fluoroscópica para observar las variadas imágenes

sobre monitores telescópicos a través de amplificadores de resplandescencia, lo que ha permitido el estudio minucioso y mejorar exámenes diagnósticos; La radiología contribuyó en el desarrollo de la moderna cardiología y el sistema vascular, permitiendo el estudio contrastado mediante cateterismo del corazón y las estructuras vasculares cardíacas para ofrecer mejores diagnósticos y mejores tratamientos cardio-quirúrgicos.

En éste siglo es válido recordar a distinguidos médicos que trabajaron años antes y que sus estudios fueron los cimientos del desarrollo de ésta innovadora medicina moderna, tal como Marie Francois Bichat, exponente de la medicina científica y creador de la Anatomía descriptiva;; Dujardin, Purkinge, Scheleiden, Cohn. Virchow y Henle, que crearon la Histología y la célula fue reconocida como la unidad estructural y fisiológica de los seres vivos. Francois Magendi, creador de la Fisiología experimental, Jean Poiseville, Ernest Weber fundadores de la Hemodinámica.

Los principales cirujanos antes de Lister, fueron los hermanos Bell, Colles, unos años antes Thomas Guy fundador del Guys Hospital and Medical School, que fue construido en 1724 en Edimburgo y que tuvo como discípulos a Bright, gran cirujano, Addison, a Hodgkin que describió la enfermedad que lleva su nombre y Cooper que estudio la Anemia perniciosa y la Suprarrenal, un verdadero maestro cirujano, estadista y filósofo; Sime y Fergusson y James Parkinson (1725-1824) con grandes estudios neurológicos; Robert Liston fue el cirujano ingles más destacado, introdujo procedimientos técnicos nuevos y fue el primero en usar la Anestesia con Eter, al igual que James Paget (1814-1899). Mientras que en Francia, el centro científico más importante destacaron: Armand Trousseau (1801-1867); Charcot famoso por sus estudios e investigaciones y sus sesiones clínicas en la Salpetriere; uno de los cirujanos más famosos fue Dominique Jean Larrey (1777-1835), cirujano de Napoleón Bonaparte, ideó la alimentación con sonda gástrica y creó el sistema de ambulancias para transportar heridos, fue el precursor de la Cruz Roja.

En Alemania destacó Hermann von Helmholtz (1821-1894) genio de la Medicina, cirujano, determinó los principios de la Termodinámica, estudio el ojo humano, la retina e invento el Oftalmoscopio.

En Estados Unidos destacan también, Ephraim Mc Dowel (1771-1830), J. Marion Sims (1813-1883) que sentó las bases de la Ginecología; Oliver Wendell, Willian Osler médico del John Hopkins Hospital de Baltimore, maestro de grandes investigadores, en éste siglo se puso fin a la separación entre los médicos y cirujanos, con los mismos rangos, tanto que muchos clínicos ilustres no perdieron la posibilidad de dedicarse a la Cirugía que ya formaba parte de los estudios académicos.

Con los adelantos de la Anestesia, la asepsia, antisepsia, la cirugía a fines del siglo XIX, fue más agresiva y permitió desarrollarse y al cirujano afrontar situaciones difíciles, hacer operaciones atrevidas y seguras continúan las especializaciones y a perfeccionar campos distintos, como la Ginecología, Oftalmología, Obstetricia.

Neurocirugía, Otorrinolaringología; el principal innovador fue Albert Theodor Billroth (1829-1894). En 1868 Reginal Hebersfitz de Boston, abordo la Apendicectomia, en 1887 J. Marion Sims fundador de la Ginecología moderna, operó la Vesícula Biliar; Victor Horsley en Inglaterra, abordó tumores del cerebro y la médula espinal; Pean y Lembert, desarrollaron técnicas e instrumentos y Bassini, modificó el abordaje y reparación de las Hernias.

La educación médica en estos últimos años del siglo XIX, fue homogénea, se establecieron requisitos para la formación y titulación, la educación médica estaba ya en manos de profesores médicos particulares, se impartían instrucciones sistematizadas y se recibía formación clínica simultánea en salas de hospitales. En los Estados Unidos se crearon muchas Escuelas de Medicina privadas, por lo que en 1847 la American Medical Association, analizo la educación médica y creo pautas y reglas que adoptaron las más importantes Universidades como Harvard y todas adoptaron un Código de Ética.

Tenemos que reparar en que todos los adelantos son producto de una concatenación de experiencias, de investigaciones, de estudios, de éxitos y fracasos que datan de éste y siglos anteriores; los excepcionales progresos científicos y tecnológicos que han ocurrido en éste y en el siglo XX, han asombrado a la humanidad, las investigaciones y experiencias se fueron eslabonando en una gran cadena al servicio del hombre, de su salud y de su existencia.⁷

1. Cárdenas, Arévalo Jorge “Maravillas Historia de la Medicina” pág. 69

1.4. LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN BOLIVIA

La iniciación legal de los estudios médicos está marcada con la promulgación de la Ley de 9 de Enero de 1827, creando el COLEGIO DE CIENCIAS, por el Mariscal José Antonio de Sucre y su reglamentación hecha el 29 de octubre del mismo año.

Esta Ley de 9 de enero de 1827, que establece en su Capítulo 2 “De los Colegios de Ciencias y Artes”, en su artículo 14 se crea el Curso de medicina se dividía en ocho partes:

1. Anatomía general y particular
2. Fisiología é higiene
3. Patolojia y anatomía patológica
4. Terapéutica y materia médica
5. Afectos quirúrgicos, afectos médicos y obstetricia
6. Clínica quirúrgica médica
7. Medicina legal y publica
8. Matería farmaceútica y farmacia experimental.

Los cursos durarían 7 años. Se rendirían 14 exámenes, uno cada 6 meses. Estaban prescritas las disecciones anatómicas y la practica en Hospitales. Al concluir el último curso se exigían 7 exámenes generales y, como prueba final, una Tesis impresa que debía ser sustentada en examen público. Se supone (dice Valentín Abecia) que en virtud de la referida Ley y su D.R., se siguieron los estudios médicos en Chuquisaca y se iniciaron en Cochabamba y La Paz.

En Cochabamba el 3 de febrero de 1826 se abre la Escuela de Medicina en un local en la antigua “Casa de Huérfanos”. Entre las 7 cátedras a dictarse se incluyo la de Medicina. El catedrático de cada materia ganaría quinientos pesos bolivianos anuales.

El General de Santa Cruz, crea la Universidad de San Simón El 5 de Noviembre de 1832, y se autorizaba el funcionamiento de “cursos” de Medicina. Por Ley del 31 de octubre de 1833 y Reglamento de 24 de Enero de 1834 se crea el Colegio General de Ciencias Médicas, tomando personería propia en el seno de la flamante Universidad. Los anteriores decretos, Reglamentos

y Planes de estudio, se debieron a la iniciativa del Dr. Juan Martín (médico personal del Mariscal de Santa Cruz) de la Facultad de Medicina de Paris, a quien el Mariscal pidió la redacción de los proyectos.

El 25 de Agosto de 1845 se crea la Facultad de Medicina, por un Decreto del General José Ballivián, con 5 años de duración. El Dr. Passaman prestigioso médico español que estudio en Paris, contribuyo a dar más fisonomía francesa dicha enseñanza; el estaba a cargo de las cátedras de fisiología y patología; dejando 2 libros; el Dr. José Maria Quiroga, dicto cursos de Cirugía (Patología externa), e Higiene, escribió 2 libros.

Por ley del 11 de Septiembre de 1865, durante el gobierno del Dr. José Maria Acha, hasta el año 1872 se regulariza su funcionamiento, bajo idénticas bases que la de Sucre; se infiere que las clases se desarrollan con alguna normalidad, ya que en 1868, el Consejo de Instrucción Departamental, concedió becas a los estudiantes de Medicina; Mariano Cueto y Marcelino Gallard En Julio de 1868 el Presidente General Mariano Melgarejo , refrendo el funcionamiento de la Facultad de Medicina y Cirugía, actividades que se desarrollaron hasta 1872.

En este periodo el Gral. Melgarejo, obsequio, un ejemplar de Libros Clásicos de estudio y un esqueleto traídos de Europa a las 3 Facultades de Medicina de La Paz, sucre y Cochabamba, pudiendo considerarse este acto como el más avanzado que registran los anales de la instrucción medica hasta entonces. El primer fruto de esta Facultad fue el Dr. Placido Morato titulado en 1869, la facultad continuó en vigencia hasta el año 1872, cuando se interrumpen nuevamente las actividades. Estos cursos funcionaron bajo la dirección del Dr. Manuel Virreira, que dicto Terapéutica y Obstetricia; con el siguiente Plan de Estudios: 1er Año: anatomía descriptiva (1ra parte), química inorgánica y botánica medica.; 2do Año: Anatomía Descriptiva (2da parte) química orgánica, zoología y mineralogía; 3er. Año: Fisiología; Higiene Pública y Privada.; 4to. Año: Anatomía Topográfica, Patología Externa (1ra. Parte); patología general; 5to. Año: Patología Externa (2da. Parte) Terapéutica, materia Médica, farmacología; 6to año: patología Interna (Clínica Médica) 1ra. Parte; Medicina Operatoria; Obstetricia; 7º. Año: Patología Interna (2da parte), medicina Legal, Historia de la Medicina y Ética Médica.

Se centralizan los estudios de Medicina en el país, precariamente en La Paz, por decreto del 17 de enero de 1873, durante la administración de Tomas Frías, y cancelados debido a la falta de recursos económicos.

La Facultad de Medicina, volvió a cobrar realidad por Orden Suprema suscrita por el Dr. Aniceto Arce y su Ministro de Instrucción Don Genaro Sanjinés en fecha 4 de Febrero de 1892. Por estos años se encontraba de paso por Cochabamba un prominente hombre de ciencia, el argentino Dr. Ignacio Gorriti, proscrito de su país por razones políticas, quien con clara comprensión de las necesidades de nuestro medio social y universitario, estuvo de completo acuerdo con la creación de la Facultad de Medicina; fueron nombrados catedráticos por entonces: los doctores Serapio Quiroga, Dr. Cleomedes Blanco Galindo (padre), Dr. Mariano Virreina, quien había realizado sus estudios en Paris, siendo discípulo del famoso Profesor francés Jacoud. El Plan de estudios era similar al mencionado anteriormente, solo se añadió las cátedras de Psiquiatría y Oftalmología.

1.5. Historia de la Residencia Médica en Bolivia

En la década de los sesenta, regresaron al país varios médicos bolivianos que, luego de algunos años de entrenamiento en programas de residencia médica, eran especialistas calificados. Hasta entonces no existían, en Bolivia, centros médicos que tuvieran organizado este sistema de enseñanza de postgrado que ofreciera a los recién egresados, de nuestras Facultades de Medicina, oportunidades para formarse como especialistas.

El Dr. Carlos Castaños Orellana, que hizo Residencia en la especialidad de Anestesiología en el Hospital Universitario de Calí, Colombia, comienza con un programa de residencia en Anestesiología en el hospital de Clínicas que, desde 1968, constituye una especie de escuela de postgrado que ha formado especialistas que trabajan en los distintos confines del país. El Dr. Carlos Castaños Orellana es un precursor para que muchos doctores puedan hacer residencia médica en otros países, llamado también por parte del Dr. Jaime Ríos Dalenz, “fue sin duda uno de los iniciadores de la Residencia Médica en nuestro país”.⁸

8. Ríos Dalenz Jaime “Archivo Bolivianos de Historia de la Medicina” pág. 185

Casi al mismo tiempo el Dr. Alfredo Romero Dávalos, cardiólogo formado en una residencia de un prestigioso centro de Sao Paulo, Brasil, comienza en el Instituto Nacional de Tórax, en 1969, programas de residencia en Cardiología Neurología y Cirugía Torácica, a cargo de los Drs. Luis Otero Calderón, Santiago Medeiros Querejazu y Dr. Marcelo Navajas Arana.

Por los años 19470 el Dr. Jaime Rios Dalenz dirige un programa de residencias médicas, en la clínica Americana de La Paz, en las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, a cargo de los Drs. Linday B. Smith, Luis Alexander, Germán Lafuente y Jaime Linares. Este programa era la continuación de una especie de internado de postgrado que desde 1966 funcionaba bajo la conducción de los Drs. Juan José Beltrán y Toburn F. Thomposon. Al respecto, parece pertinente destacar el impulso dado a estos programas por médicos misiones norteamericanos y argentinos que, en sus países, se habían formado en esta modalidad de educación de postgrado.

Por otra parte, desde 1969 el Dr. Luis López Ballesteros se empeñó en establecer una residencia en Obstetricia en la maternidad “Natalio Aramayo” que tres años más tarde, se consolida con una residencia en Ginecología en el hospital de Clínicas a cargo del Dr. Luis Zapata Guzmán.

La Caja Nacional de Seguridad Social decide iniciar en 1972, en el Hospital Obrero N°1, programas de Residencia en Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neurocirugía y Anestesiología con la colaboración y supervisión de los Drs. Carlos Aguilar Peñarrieta, Julio Ibarregaray, Luis Hurtado Gómez, Walter Prado Pacheco, Hugo Rodríguez Serrano y Eduardo Hinojosa. El Dr. José Moraes Landívar, que regresó de Cali, fue su organizador, como jefe de enseñanza y la decidida colaboración del entonces director de ese nosocomio Dr. Freddy Oporto Lenz, otro ex – residente del Hospital Universitario de Cali. Poco después, se establecen las residencias de Radiología, a cargo del Dr. Jorge Dorado de la Parra, y de Anatomía Patológica, supervisada por el Dr. Jaime Ríos Dalenz. Importnate asimismo, es la formación de médicos en la llamada Medicina Familiar primero por cursos de casi un año de duración y posteriormente, bajo la modalidad de residencia médica desde 1976.

En 1972 comenzó la residencia en la especialidad de Pediatría, desde la creación del Hospital del Niño de La Paz, tal cual nos cuenta el Dr. Ríos, en el que el Dr. Grover León fungía funciones de Jefe de Enseñanza y el Dr. Armando Negrón Director del Hospital del Niño.

Posteriormente tal como lo recuerda el Dr. Ríos, colaboraron con un valioso aporte el Dr. Luis Tamayo y el Dr. Eduardo Arana, el primero hizo su entrenamiento en Cali y el segundo en el Instituto Mexicano de Seguridad Social.

Merece comentario especial el aporte e los médicos bolivianos que habían estado como residentes en el hospital Universitario de Cali Colombia y que volvieron al país con el sincero deseo de aplicar sus conocimientos, como el Dr. Castaños, para crear programas de residencia médica en Bolivia a la manera de Cali, que, en ese tiempo, era un verdadero modelo de enseñanza médica de postgrado en Latinoamérica. Aquí, es justo reconocer la ayuda que brindaron, en Cali, al contingente de egresados de nuestras facultades de medicina, los Drs. Lupi Sergio Mendoza, hijo de uno de los pioneros de la urología en Bolivia el Dr. Gregorio Mendoza Catacora, y Vicente Rojo Fernández, español que cursó estudios de medicina en la universidad de San Simón y que se identificó mucho con la medicina nacional. Posteriormente, es interesante, el aporte de otros especialistas bolivianos que estuvieron en los centros médicos mexicanos, como el Instituto Mexicano de Seguridad Social.

El Dr. Jaime Ríos Dalenz señala que en otras ciudades del país la residencia médica empezó un poco más tarde. En Cochabamba el Dr. Max Sánchez comienza con un programa de postgrado en Pediatría, 1974, en el hospital infantil “Albina Patiño” y el Dr. Gonzalo Salinas otro egresado de Cali, en Ginecología y Obstetricia, en 1975, en la maternidad “Germán Urquidi”, con el apoyo de la Universidad Mayor de San Simón. Por ese tiempo, en Sucre se establece una residencia en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de la Mujer, y en Santa Cruz se inicia la residencia de Pediatría en el Hospital “Mario Ortiz”, en 1974, y más tarde, la de Ginecología y Obstetricia en la maternidad “Percy Boland”. Merece reconocimiento el impulso del Dr. Aníbal Rivero a estos programas en su comienzo. El rol de llamado “Sub Comité Nacional de Residencia Médica” fue decisivo al consolidar un desarrollo ordenado del sistema tanto en La Paz como, más tarde en todo el país. La idea de formar un ente que tuviera

que ver con el ordenamiento de los programas de residencia, especialmente en cuanto a la necesidad de establecer requisitos mínimos para su aceptación, fue de Romero Dávalos que junto a Castaños y el Dr. Jaime Ríos Dalenz, comenzó a tomar forma, en 1973, cuando al amparo del ministerio de Previsión Social y Salud Pública se decidió conformar el Comité NACIONAL DE Enseñanza Médica de Postgrado con representantes de dicho ministerio, el Consejo Nacional de Educación Superior, el Instituto Boliviano de Seguridad Social, el Colegio Médico de Bolivia, la Sanidad Militar y el sector Privado, con los Drs. Alfredo Romero Dávalos, Guillermo Jáuregui Guachalla, Dr. Vidal Botelho, Dr. Carlos Aguilar Peñarrieta, Dr. Oscar Moraes Landívar y el Dr. Jime Ríos Dlenz, respectivamente. Su objetivo principal era el coordinar todas las actividades de la enseñanza médica de postgrado en todo el sector de salud a través de sus representante, el Dr. Arturo Vassi, se redactó un documento, a manera de estatutos, que contempló el funcionamiento de los subcomités de educación académica, a cargo de la universidad, en ese tiempo representada por el Consejo Nacional de Educación Superior; el de EDUCACIÓN CONTINUA, A CARGO DEL Colegio Médico; y el de Residencia Medica, compuesto por los Jefes de Enseñanza de los Hospitales, con programas de funcionamiento de esta modalidad para especialización médica, así como de un representante del ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Romero Dávalos fue su primer coordinador por varios años, hasta su alejamiento a Santa Cruz. A él le sucedió el Dr. Oscar SERRATE, QUE ESTABA A CARGO DE LA Dirección Nacional de Hospitales en dicho ministerio, y luego los Drs. Luis Mendieta M., Jorge Auza López y Carlos Paredes B., los dos últimos del Departamento de Recursos Humanos e Investigación. El Dr. Ríos Dálenc, fue Coordinador de dicho Subcomité por varios años, desde 1976.⁹

Hito importante en la labor del Subcomité Nacional de Residencia fue la elaboración del reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica (¹⁰) que fue avalado por la Resolución N° 390, del 23 de marzo de 1977 por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. En septiembre de ese mismo año, dicho subcomité decidió realizar una minuciosa revisión de los programas existentes en todo el país aplicando el reglamento ya aprobado.

9. Ríos Dalenz Jaime “Archivo Bolivianos de Historia de la Medicina” pág. 188

10. Dr. Ríos Dálenc J. “El Sistema Nacional de Residencia Médica y su reglamento” Rev. Médica CNS

A raíz de esta revisión salió un documento que reconocía aquellas residencias médicas cuyos programas llenaban todos los requisitos exigidos, daba plazos a otras residencias que tenían limitaciones en su funcionamiento o, como en un caso, recomendaba su cancelación. Este importante documento estuvo firmado por el Dr. Jaime Ríos Dálencz, como coordinador del Subcomité; Dr. Luis Otero Calderón del Instituto Nacional de Tórax; Dr. Erland Pacheco Peña, de la Caja Nacional de Salud Social; Dr. Luis López Bllesteros, por el Hospital de Clínicas; Dr. Eduardo Aranda T., del Hospital del Niño y el Dr. Óscar Serrate del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

El Rol de las Universidades en el comienzo de la residencia médica en Bolivia, que fue relativamente secundario pues el Sistema había nacido en los Hospitales que desarrollan los programas bajo la tuición del Subcomité Nacional de Residencia Médica y el amparo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

El convenio de integración docente-asistencial, entre las universidades del país y el ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se hizo cargo de la supervisión del sistema de residencia médica, bajo la Subcomisión Nacional de Postgrado y sus Subcomisiones regionales en aquellos departamentos con este programa en sus hospitales.

1.6. Historia Jurídica del Sistema Nacional de la Residencia Médica

En la Presidencia del Fdo. Hernan Siles Zuazo, el 4 de diciembre de 1957 se promulga el Decreto Supremo N° 4789, que estableciéndose en sus considerandos y reconociendo que es un deber del Gobierno de la Nación facilitar a las Universidades su buen funcionamiento para la mejor enseñanza y capacitación profesional de los universitarios.

Las Facultades de Medicina, no podían realizar en debida forma la enseñanza de las clínicas médicas quirúrgica y de especialidades por falta de Hospitales de Clínicas donde los respectivos catedráticos puedan hacer la enseñanza medica eminentemente práctica. Se reconocía en este Decreto Supremo, que los médicos de salas de medicina, de cirugía y de especialidades y las de los catedráticos, deben servirse de centros de enseñanza médica.

Decretando que los HOSPITALES DE CLINICAS para la enseñanza de la medicina son integrados por el Hospital General de Miraflores de La Paz, “Viedna” de Cochabamba y “Santa Barbara de Sucre”, que en ese entonces era dependiente del Ministerio de Higiene y Salubridad.

Los hospitales que se encuentren en las áreas del Hospital de Clínicas a partir de 1957 entran a formar parte de las determinaciones contenidas en el D. S. 16181 de integración Docente Asistencial y Constituirá el Complejo Hospitalario, esta refrendando en el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 17203, de fecha primero de febrero de 1980, en la presidencia de la Sra. Lydia Gueiler Tejada.

El Complejo Hospitalario estará regido por el Consejo de Directores, cuya presidencia es ejercida por el Director del Hospital de Clínicas.

Decreto Supremo N° 04789 de 4 de diciembre de 1957 declaró “Hospital de Clínicas” a los Hospitales: General y Miraflores de La Paz, Viedma de Cochabamba y Santa Bárbara de Sucre, habiéndose convertido en complejos hospitalarios, cuyo es convertirlos en verdaderos hospitales académicos de Enseñanza.

Decreto Supremo N° 12002 de 29 de noviembre de 1974, estableció en su Cap. 1, Art. 1, El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ejercerá las funciones de planificación, organización, tuición, coordinación y control de las instituciones de Seguridad Social.

Resolución N° 1098 de 18 de Noviembre de 1975, se constituye el Comité Nacional de Coordinación de Enseñanza Médica de Postgrado, con la participación del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Universidad Boliviana, Colegio Médico, Instituto Boliviano de Seguridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas.

Decreto Supremo 16181 del 9 de febrero de 1979, indica que los hospitales: General y Miraflores de La Paz, Viedma de Cochabamba y Santa Bárbara de Sucre, se transformen en verdaderos hospitales universitarios, así como el establecimiento de la integración docente asistencial, conformándose una Comisión permanente de coordinación e Integración entre el

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Universidad Boliviana que normará y ejecutará políticas de integración docente, prestación de servicios, disponibilidad de establecimientos.

En la presidencia de la Sra. Lydia Gueiler Tejada en el año 1979 se crea el Decreto Supremo N° 16181, en el que los Hospitales General y Miraflores de La Paz, “Viedma” de Cochabamba y “Santa Barbara de Sucre” son “Hospitales de Clínicas” destinados tanto a los fines de prestación de servicios de salud, como a la formación de los Profesionales en salud con la perspectiva de que se transformen en verdaderos Hospitales Universitarios.

Lo que el Decreto Supremo del nueve de febrero de mil novecientos setenta y nueve, busca lograr una integración docente asistencial bien orientada, programada y completa, en lo que se refiere a Hospitales, se formará una Comisión permanente de coordinación e integración entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Universidad Boliviana que normara y ejecutará políticas de integración y/o coordinación en los aspectos siguientes:

- a) Integración de Recursos Humanos, integración del personal docente a los servicios Hospitalarios y el de estos a la docencia.
- b) Integración Administrativa: Procurando establecer normas para la adecuación de la estructura, organización y funciones de las Facultades de Ciencias de la Salud y los Hospitales para el cumplimiento de las funciones y prestación de servicios y enseñanza.
- c) Integración Física: los recursos físicos (establecimientos, servicios, laboratorios, etc), de ambas Instituciones deben ser puestos a libre disposición para el cumplimiento de los fines comunes.
- d) Integración Financiera: Ambas Instituciones deben estudiar la forma de financiar conjuntamente los gastos que demanden la consecución de objetivos comunes de acuerdo a sus posibilidades.

Podemos señalar también que en la historia de la Residencia Médica han intervenido como Política de Estado, por su fuerte contenido social, tal el caso en la presidencia del Fd. Gral. David Padilla Arancibia, el nueve de febrero 1979 entra en vigencia el Decreto Supremo N°

16181, en cuya disposición señala que los Hospitales General de Miraflores de La Paz “Viedna” de Cochabamba y “Santa Barbara de Sucre” son “Hospital de Clínicas” destinados a los fines de prestación de servicios de salud, como a la formación de los Profesionales en salud, con la perspectiva de que se transformen en verdaderos Hospitales Universitarios.

El Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (C.N.I.D.A.I.), en cumplimiento del Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 0246 de 21 de marzo de 1979 y de la Resolución N° 1/93 del C.N.I.D.A.I., y de acuerdo al convenio de octubre de 1998, está compuesto por:

1. Un Presidente, cuya titularidad la tiene el Ministro de Salud y Deportes, con la facultad de poder delegar su función al Viceministro de Salud.
2. Un Vicepresidente, cuya función la ejercerá el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana mediante una representación.
3. Un Secretario Coordinador, cuya función la ejercerá el responsable de la Dirección de Gestión y Capacitación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Deportes.
4. Cuatro Vocales titulares, en representación de Universidad Boliviana, acreditados por el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (C.E.U.B.), cuyas representaciones serán asumidas por tres Decanos en ejercicio de Facultades de Medicina del Sistema, y un Representante del C.E.U.B. que ejercerá la Vicepresidencia.
5. Cuatro Vocales titulares acreditados en representación del Ministerio de Salud y Deportes siendo uno de ellos el Secretario Coordinador, tomando la otra vocalía un representante de la Caja Nacional de Salud (C.N.S.) a nivel nacional.
6. Dos Vocales titulares, acreditados por el Colegio Médico de Bolivia, siendo estos miembros de la Comisión Científica Nacional.
7. Los representantes arriba mencionados tienen derecho a voz y voto.
8. Un vocal del Ministerio de Educación, con derecho a voz.

La primera Reunión Nacional de Residencia Médica efectuado en La Paz, en Julio de 1983, se aprueba los Reglamentos de la Residencia Médica, resaltando la participación de los representantes de La Paz con la Unidad Sanitaria La Paz, UMSA, Hospital del Niño, Instituto

Gastroenterológico, Hospital Metodista, Hospital Obrero, Caja Nacional de Salud; Santa Cruz con la Unidad Sanitaria, Caja Petrolera; Chuquisaca con representantes del Instituto Gastroenterológico, Instituto 27 de mayo y representación de Cochabamba.

La Resolución Ministerial N° 0908 de 28 de octubre de 1985, resuelve que todos los Hospitales e Institutos dependientes del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Caja Nacional de Seguridad Social, Caja Petrolera de Seguro Social y otras Instituciones de Salud que desarrollen programas de Residencia Médica deben presentar al Departamento de Recursos Humanos sus programas de enseñanza para cada especialidad de acuerdo al Modelo Normativo de que dispone dicho departamento.

El tres de julio de 1987 se realiza el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Caja Nacional de Salud (C.N.S.) y la Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.) para la formación de Recursos Humanos en Salud.

La Universidad Mayor de San Andrés bajo la autoridad del Decano de la Facultad de Medicina el Dr. Ruddy Lazo de la Vega, Dra. Elida Flores Vela Decana de Bioquímica y Farmacia, el Decano de Odontología el Dr. Alberto Villarroel, el Rector de la Universidad Mayor de San Andrés Lic. Pablo Ramos Sánchez y el Vicerrector Arq. Pedro Von Vacano Alborta y la Caja Nacional de Salud C.N.S. en cuya representación el Jefe de Enseñanza del Departamento Nacional de Enseñanza e Investigación Dr. Jesús Rios Barragan y sus autoridades Ejecutivas Titulares el Gerente de Servicios de Salud, Dr. Noel Jové Larrea, el Gerente General Lic. Jaime Rubin de Celis y el Señor Presidente Ejecutivo el Dr. Ramiro Arkieda Rivero y la participación del Presidente del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación C.N.I.D.A.I., y Secretario de Salud Dr. Oscar Sandoval Morón, como cabeza del Sector Salud del Ministerio de Desarrollo Humano, acuerdan suscribir el Convenio de Cooperación Académica Interinstitucional entre la Caja Nacional de Salud (C.N.S.) y la Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.) para la formación de Recursos Humanos en Salud.

Este convenio de cooperación Interinstitucional ente la Universidad Mayor de San Andrés, la

Caja Nacional de Salud y avalado por la Secretaria Nacional de Salud, establecen las bases fundamentales para la formación de Recursos Humanos en Salud, considerando el Pre grado, Internado Rotatorio y el Postgrado dentro del Sistema Nacional de Residencia Médica.

El Sistema Nacional de Residencia Médica dentro del espíritu de la Integración Docente Asistencial, con programas homologados que sean comunes en todas las Instituciones a Nivel Nacional, teniendo planes de estudios que tengan vigencia nacional, de acuerdo a las conclusiones aprobadas en la quinta reunión Nacional por las entidades comprometidas: la Universidad Mayor de San Andrés, la Secretaria Nacional de Salud (Ex – Ministerio de Salud) y el Colegio Médico, que recomendaron adecuar los objetivos académicos de las prioridades de salud y desarrollo nacional, teniendo como base los documentos legales que cobijan los programas del C.N.I.D.A.I. y C.R.I.D.A.I. los Decretos Supremos N° 16181 de fecha 9 de febrero de 1979 y 17203 del 1 de febrero 1980.

Así mismo el 12 de marzo de 1988, la Universidad Mayor de San Andrés realiza un convenio de Cooperación Académica, con la Caja Nacional de Seguridad Social representado por el Gerente Médico el Dr. Humberto Rodriguez, el Gerente General el Lic. Hugo Niño de Guzmán, el Director Ejecutivo de la C.N.S.S. el Dr. Fernando Mendoza Arzabe, en presencia del Decano de la Facultad de Medicina y el Rector de la Universidad el Lic. Pablo Ramos y la participación del Ministro de Previsión Social y Salud Pública el Dr. Carlos Pérez Guzmán, como cabeza del Sector Salud.

Este convenio de Cooperación Académica para la formación de Recursos Humanos en el área de Salud, establece la que la Universidad Mayor de San Andrés, reconoce centros de enseñanza a los hospitales Policonsultorios de la C.N.S.S. que cuentan con una infraestructura básica y adecuada y personal médico calificado como ser el Hospital Obrero N° 1, hospital Maternológico el hospital “18 de Mayo”, el Hospital Psiquiátrico, Hospital Pediátrico “12 de Abril”, Policonsultorio “9 de Abril”, el Manco Kapac, René Sánchez Chalco, el Departamento de Medicina del Trabajo, Central y Miraflores.

También establece que la Universidad Mayor de San Andrés, por intermedio de la Facultad de

Medicina, y su División de Post Grado, reconoce y aval a la formación de Post Grado que realiza C.N.S.S., en sus Centros Asistenciales a través de la Residencia Médica, de acuerdo a disposiciones generales del Reglamento de Post Grado del área de las Ciencias de la Salud de la Universidad Mayor de San Andrés.

En la enseñanza de Postgrado se excluye la participación estudiantil de la Universidad en la nominación y reconocimiento de los Docentes de la C.N.S.S. Es dado a los doce días del mes de marzo de 1988.

El 27 de octubre de 1998, se realizó un convenio entre el entonces Ministro de Salud y Deportes el Dr. Ramiro Tapia Sainz, el Secretario Ejecutivo del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana y el Ministro de Educación y Culturas el Lic. Roberto Aguilar, en el que se realiza la renovación del convenio.

Acuerdan coordinar entre las instituciones formadoras de recursos humanos y los organismos estatales de servicios en el sector de salud (Universidad Boliviana y Ministerio de Salud y Deportes y Ministerio de Educación y Culturas, mediante un proceso definido como Integración Docente Asistencial e Investigación (IDAI) según los Decretos Supremos Nos. 16181 de fecha 9 de febrero de 1979 y 17203 de fecha 1 de febrero de 1980 y el convenio firmado el 11 de noviembre de 1980 y su renovación en diciembre de 1992.

Mediante este convenio se conforma el Sistema Único de Salud para la formación de recursos humanos de interacción social e investigación. La renovación del convenio tiene como objetivo mejorar la salud de la población, fortalecer y mejorar la prestación de servicios de salud a la comunidad mediante la participación conjunta de ambas instituciones entre el Ministerio de Salud y Previsión Social y Universidad Boliviana respetando los ámbitos de competencia respectivos.

Convenio Interinstitucional Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica y la Caja Nacional de Salud.

La Universidad Mayor de San Andrés a través de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica y la Caja Nacional de Salud a través de la Sub. Gerencia de Servicios de SALUD, suscriben el presente Convenio Interinstitucional para la enseñanza aprendizaje de Pre – Grado, Investigación e Interacción Social, en el marco del convenio de Integración Docente Asistencial, bajo cláusulas.

Las partes que realizan este convenio son la Universidad Mayor de San Andrés, representada por el Rector Ing. Iván Irazoque Tobias y Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, representada por su Decana Dra. Roxana De la Vega de Gutiérrez y la Caja Nacional de Salud representada por el Sr. Gerente General y la Sub. Gerencia de Servicios de salud, representada por el Dr. Fernando Aguirre Álvarez Plata.

Como objetivo principal para realizar este convenio es lograr una efectiva Integración Docente Asistencial, que permita potenciar el Proceso Educativo en la formación de Recursos Humanos de Pre grado y postgrado en las carreras de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, contribuyendo a elevar la calidad de atención en los Hospitales y Policlínicos, respondiendo al encargo social de la población que acude a las Unidades Asistenciales.

La Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, se compromete a:
Coordinar el desarrollo del Proceso Educativo entre los Jefes de Carrera de la Facultad Jefes de Servicio y Jefatura de Enseñanza de cada Centro Asistencial de la Caja Nacional de Salud en aspectos de orden Académico y de administración académica.

Para los Docentes Instructores y Asistenciales que cumplen la labor docente en pregrado y Postgrado en las Unidades Asistenciales de la Caja Nacional de Salud, realizar un descuento del 25 % para los diferentes cursos de Diplomado, Especialidad y Maestría en postgrado que desarrolla la Facultad de Medicina anualmente.

Dotar de material para administración educativa y audiovisual a las Jefaturas de Enseñanza e Investigación de las Unidades Asistenciales de la Caja Nacional de Salud, equitativa con el

número de Recursos Humanos de Postgrado y Pregrado, para las actividades educativas que desarrollen docentes y estudiantes.

Respetar la normatividad de las Unidades Asistenciales de la Caja Nacional de Salud.

Así mismo la Sub gerencia de Servicios de Salud y las Jefaturas de Enseñanza e Investigación de la Caja Nacional de Salud a través de las unidades Asistenciales se compromete a:

Brindar a los docentes y estudiantes de Pre y Postgrado de los ambientes necesarios; tanto de internación como ambulatorios, laboratorios, gabinetes y aulas, para que desarrollen el proceso educativo, investigación e interacción social.

Proveer a los residentes de facilidades para descanso y alimentación de acuerdo al Reglamento de Postgrado y de cada unidad Asistencial durante el tiempo que dure su formación.

Proveer a los internos de guardia de facilidades para descanso y alimentación de acuerdo al Reglamento de Postgrado y de cada unidad Asistencial durante el tiempo que dure su formación.

Respetar la normatividad de la Universidad Mayor de San Andrés – Facultad de Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.

En 1998 se realiza un convenio entre el Ministerio de Salud y Previsión Social representado por el Dr. Guillermo Cuentas Yañez Ministro de Estado en esa cartera y la Universidad Boliviana representada por el Lic. Juan Cuevas Aguilera Secretario Ejecutivo Nacional del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (C.E.U.B.), cuyas atribuciones son coordinar permanentemente entre las instituciones formadoras de recursos humanos y los organismos estatales de servicios en el sector de salud, mediante un proceso definido como de Integración Docente Asistencial e Investigación (I.D.A.I.), establecidos en el D.S. 16181 de fecha de 9 de febrero de 1979 y 17203 de fecha 1 de febrero de 1980 y el convenio firmado el 11 de Noviembre de 1980 y su renovación en diciembre de 1992.

La representación del CEUB ESTARIA CONSTITUIDA DE LA SIGUIENTE FORMA: EL Director Nacional de Post grado del CEUB y tres representantes de la Asociación Boliviana de Facultades de Medicina (Decanos de las facultades de Medicina del Sistema Público o sus representantes)

La representación del Colegio Médico de Bolivia estará constituida por el Presidente del Colegio Médico de Bolivia o su representante.

Las funciones del CNIDAI son:

1. Normar y evaluar las acciones de la IDAI
2. Coordinar actividades entre las instituciones integrantes para ejecutar programas conjuntos.
3. Estudiar, analizar y proponer estrategias de fortalecimiento de la IDAI

Como obligaciones y responsabilidades de las partes que intervienen en el convenio esta:

La infraestructura de la Red Estatal de Servicios de Salud será de uso exclusivo de la Universidad Pública Boliviana.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de la Universidad Boliviana donde se desarrollen actividades Docente Asistenciales e Investigación, se regirán por las normas vigentes de cada una de ellas, y facultan a la contraparte a exigir su cumplimiento.

Los recursos humanos de las instituciones donde se lleven a cabo actividades Docente Asistenciales se someterán a los reglamentos y normas que rigen en las mismas sin perjuicios de las obligaciones que deriven de su institución empleadora y participaran en la realización de programas de educación continua.

Los Programas de Internado Rotatorio y Residencia Médica del Área de la Salud constituyen parte importante de la IDAI y funcionarán de acuerdo a reglamentaciones específicas.

El Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CRIDAI) por excelencia es el órgano de ejecución regional del que dependen los Comités de Integración Docente Asistencial e Investigación de Hospitales y de Servicios de Salud.

Dependen de él las siguientes sub – comisiones.

- a) Pre - grado, Servicio Social y atención Primaria
- b) Post – grado y Educación Continua
- c) Investigación e interacción Comunitaria
- d) Administrativa, Financiera.

La composición del CRIDAI es similar a la del CNIDAI y refleja las funciones y tareas asumidas por cada CRIDAI.

Las funciones del CRIDAI son:

1. Elaborar, ejecutar y evaluar los planes y programas de la Integración Docente Asistencial e Investigación a nivel Regional
2. Informar al CNIDAI.

Estos planes y programas, se desarrollarán en los servicios de los niveles I, II, III, del modelo de atención y formarán parte de las actividades Docente Asistenciales, para los cuales el CRIDAI fijara los objetivos, áreas de influencia, obligaciones y derechos, todos estos compartidos por ambas instituciones.

Las instituciones que forman parte de la IDAI, tienen como deber comprometer la asignación de recursos humanos, económicos y materiales, necesarios para el funcionamiento y operatividad de la integración en base a planes y programas a nivel del CNIDAI y CRIDAI, los que deberán ser canalizados por las instituciones que componen la Integración Docente Asistencial.

Este convenio tenía validez de 10 años a partir de 1998, siendo modificado y renovado a pedido expreso de una de las partes.

Forman parte de ese Convenio los siguientes reglamentos:

- a) Reglamento de funcionamiento del CNIDAI, CRIDAI Y Comisiones Nacionales
- b) Formato para la elaboración de Planes y Programas de Integración Docente Asistencial
- c) Propuesta de Plan Operativo para los próximos 10 años.

Siendo firmado por el Dr. Guillermo Cuentas Yañez Ministro de Salud y Previsión Social y el Lic. Juna Cuevas Aguilera Secretario Ejecutivo del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana a los 27 días del mes de octubre de 1998.

Convenio Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación C.N.I.D.A.I., 23 de octubre de 1998.

El Convenio suscrito entre el Ministerio de Salud Previsión Social representado por el Dr. Guillermo Cuentas Yañez Ministro de Estado en esa cartera y la Universidad Boliviana representada por el Lic. Juan Cuevas Aguilera, Secretario Ejecutivo Nacional del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, conforme a las atribuciones de que están investidas, acuerdan coordinar permanentemente entre las instituciones formadoras de recursos humanos y los organismos estatales de servicios en el sector de salud (Universidad Boliviana y Ministerio de Salud y Previsión Social) mediante un proceso definido como de Integración Docente Asistencial e Investigación (IDAI) en los Decretos Supremos Nos. 16131 de 9 de febrero de 1979 y 17203 de 1ro de febrero de 1980 y el convenio firmado el 11 de Noviembre de 1980 y su renovación en 1992 diciembre.

El Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CRIDAI), es por excelencia el órgano de ejecución regional del que dependen los Comités de Integración Docente Asistencial e Investigación de Hospitales y de Servicios de Salud.

Dependen del CRIDAI las siguientes sub comisiones:

- a) Pre grado, Servicio Social y atención Primaria
- b) Post grado y Educación Continua
- c) Investigación e Interacción Comunitaria
- d) Administrativa, Financiera.

Funciones del CRIDAI:

1. Elaborar, ejecutar y evaluar los planes y programas de la Integración Docente Asistencial e Investigación a nivel Regional
2. Informar al CNIDAI

El más alto nivel en la estructura de la Integración Docente Asistencial es el COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN (CNIDAI), cuya función es la de normar las actividades del IDAI.

El CNIDAI está precedido por el Ministro de Salud y Previsión Social o su representante al que se integran, cuatro vocales en representación del Ministerio de Salud y Previsión Social, cuatro vocales representantes por parte del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana y un vocal en representación del Colegio Médico de Bolivia.

La representación del Ministerio de Salud y Previsión Social estaría constituida de la siguiente forma: El Vice Ministro de Salud, el Vice Ministro de Previsión Social, el Director General de Salud, el Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos y un representante del Colegio Médico de Bolivia.

La representación del Ministerio de Salud y Previsión Social estaría constituida por el Vice Ministro de Salud, el Vice Ministro de Previsión Social, el Director General de Salud, el Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recurso Humanos y un representante del Colegio Médico de Bolivia.

En el Honorable Consejo Universitario N° 461/07 de fecha 12 de septiembre de 2007, firmada por la Dra. Teresa Rescala y el Lic Jorge Velasco Orellanos Secretario General U.M.S.A., donde se aprueba la suscripción del Convenio Interinstitucional entre la Caja Nacional de Salud y la Universidad Mayor de San Andrés (Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica) para la realización de Actividades Académicas Asistenciales de Pregrado: ciclo clínico e Internado Rotatorio en los Hospitales y Policlínicos de la Caja Nacional de Salud.

La Comisión Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación emite la Resolución N° 004/2007, en la que se ratifica y se establece que los establecimientos y centros de salud de mayor y menor complejidad, al ser parte del Sistema Nacional de Salud, son parte esencial de la integración docente asistencial e investigación, donde se imparte actividades de Pregrado, Postgrado y de educación continua. Los hospitales en sus diferentes grados y niveles de

complejidad, centros de salud y establecimientos de Salud a Corto Plazo como la Caja Nacional de Salud y todas las Caja de Salud, corresponden y son parte fundamental, esencial e integrantes de la Integración Docente Asistencial e Investigación.

La Comisión Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación C.N.I.D.A.I., emite la Resolución N° 004/2007 de 27 de junio de 2007, firmada por el Dr. Juan Nogales Rocabado Presidente del C.N.I.D.A.I. se determina lo siguiente:

Ratifica y establece que todos los Establecimientos Hospitalarios y Centros de Salud en sus diferentes niveles y grados de complejidad dependientes del Sistema Nacional de Salud, son parte esencial y fundamental de la Integración Docente Asistencial e Investigación, donde se imparte actividades de pregrado, postgrado y de educación continua.

Todos los hospitales en sus diferentes grados y niveles de complejidad, Centros de Salud y Establecimientos de Salud a Corto Plazo como la Caja Nacional de Salud y todas las Cajas de Salud, corresponden y son parte fundamental, esencial de la Integración Docente Asistencial e Investigación I.D.A.I.

Los mencionados establecimientos de salud se encuentran bajo el Convenio de Integración Docente Asistencia e Investigación, convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y Deportes y la Universidad Boliviana.

El CNIDAI surge al amparo del convenio entre la Universidad Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes, con el propósito de formar, capacitar y de desarrollar integralmente el capital humano en Salud dentro de la inter y multidisciplinariedad.

En el marco de esta Integración Docente Asistencial e Investigación, se constituye el Sistema Nacional de Residencia Médica S.N.R.M., integrado por el Ministerio de Salud y Deportes, la Universidad Boliviana y el Colegio Médico de Bolivia.

El Sistema Nacional de Salud, está conformada por el subsector público, el subsector de la seguridad social que involucra a la Caja Nacional de Salud y todas las Cajas de Salud de Corto Plazo, que constituyen la parte esencial de la integración docente asistencia e investigación; el subsector de salud sin fines de lucro, organizaciones no gubernamentales, y el subsector con fines de lucro, privadas. ¹¹

El 28 de junio del 2011, la Dra. Nila Heredia Miranda Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia y el Lic. Eduardo Cortez Baldiviezo Secretario Ejecutivo del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana, firman el Convenio de Integración Docente Asistencial e Investigación entre la Universidad Pública Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes, en la que señala que la Universidad Pública Boliviana, como instancia de coordinación académica e investigación, de formación de educación superior de los recursos humanos de crear, adaptar, transformar la ciencia y la tecnología universales para el desarrollo y progreso del Estado Plurinacional. También establece la composición del CNIDAI que es la siguiente:

El Ministerio de Salud y Deportes será representado por 4 delegados vocales

El Ministerio de Educación por un delegado vocal

La Universidad Pública Boliviana por 4 delegados vocales

La Asociación de Municipalidades por un delegado vocal.

El Sistema de la Universidad Pública Boliviana estará constituida por un representante del Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana y tres decanos de Facultades de Medicina.

Funciones del CNIDAI son:

1. Normar, planificar, supervisar y evaluar las acciones del IDAI
2. Coordinar actividades entre las instituciones integrantes para ejecutar programas conjuntos.

11. Resolución del CNIDAI N° 004/2007 de 27 de junio de 2007.

3. Estudiar, analizar y proponer estrategias de fortalecimientos de la IDAI
4. Gestionar convenios académicos nacionales e internacionales con la Universidad Pública Boliviana.
5. Coordinar y regular las acciones de los Comités Regionales de la IDAI
6. Conformar las Comisiones Nacionales de:
 - a.) Pregrado
 - b.) Postgrado
 - c.) Investigación
 - d.) Administrativa y Financiera.

Este convenio también da facultades al Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación CRIDAI que es el órgano de ejecución regional del que dependen los Comités Intrahospitalarios, Redes de Salud de los Subsectores Público, de la Seguridad Social y de la Medicina Tradicional.

El CRIDAI tiene las siguientes funciones:

1. Planificar, ejecutar, supervisar y evaluar los planes y programas de Integración Docente Asistencial e Investigación a nivel regional.
2. Coordinar actividades entre las instituciones integrantes para ejecutar programas conjuntos.
3. Estudiar, analizar y proponer estrategias de fortalecimiento de la IDAI
4. Gestionar convenios académicos regionales, nacionales e internacionales con las Universidades Publica Bolivianas
5. Coordinar y regular las acciones de los Comités Regional de la IDAI
6. Conformar las Comisiones Regionales de:
 - a) Pre – Grado
 - b) Post – Grado
 - c) Investigación
 - d) Administrativa, Financiera

Los programas de Residencia Médica del Área de la Salud constituyen parte importante de la IDAI y funcionarán de acuerdo a reglamentaciones específicas.

CAPITULO SEGUNDO

CENTROS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS Y AUTORIDADES DE LA RESIDENCIA MÉDICA

2.6. Centros Hospitalarios en Bolivia

El total de sedes hospitalarias en cada país está directamente relacionado con el número de programas de residencias ofrecidas, pero especialmente por la magnitud territorial y la amplitud del sistema de salud, en cada uno de los países y existen criterios y estándares internacionales para los centros de formación de postgrado como los propuestos por la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) que recomienda que los centros para realizar la formación deben ser seleccionados y reconocidos por las autoridades competentes y deben tener adecuadas instalaciones clínico-prácticas para facilitar la formación. La formación debe exponer al residente a un abanico amplio de experiencias en la especialidad escogida y, cuando sea relevante, debe incluir tanto pacientes ingresados como pacientes atendidos en consultas externas ambulatorias y guardias.¹¹ (Federación Mundial de Educación Médica (WFME). Educación Médica Básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. 2001.¹²

Según la Organización Panamericana de la Salud el país con mayores centros hospitalarios es de Brasil 686 donde el (46%) que registra una significativa presencia del sector privado, Argentina 469, México 252, Cuba 214 posee sólo sedes en el subsector estatal, Colombia 120, Perú 64, Bolivia 57, República Dominicana 42, Chile 41, Uruguay 24, El Salvador 14, Costa Rica 12, Paraguay 12, Honduras 6.

Al observar la distribución de las sedes hospitalarias formadoras por subsector se verifica que

12. Organización Panamericana de la Salud, pg 20

en el subsector público se concentra el 65% de las sedes, el 31% se encuentran en el subsector privado, el 4% en la seguridad social y el 1% en el militar. Argentina, Perú y República Dominicana son los países que tienen sedes en los cuatro subsectores; Bolivia y Paraguay poseen sedes en tres subsectores; Brasil, Chile y Uruguay en dos subsectores y El Salvador y Honduras también en dos pero además en el público y la Seguridad Social.¹³

En nuestro país 57 centros hospitalarios operan en la formación Académica que tiene presencia del sector público como también de la Seguridad Social.

En Bolivia como centros formadores de recursos humanos en Residencia Médica, no todos los hospitales pueden ser centros de enseñanza, para ello deben ser Hospitales de Tercer y Segundo Nivel, que tenga capacidad infraestructural y Recursos Humanos que puedan coadyuvar a la formación postgradual.

Es por lo anteriormente mencionado que en Bolivia solo los hospitales de Tercer Nivel y Segundo Nivel que forman médicos especialistas reconocidos por las Autoridades del Ministerio de Salud, el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, son los siguientes:

En el Departamento Chuquisaca el Hospital Jaime Mendoza –CNS con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, en el Hospital Santa Bárbara con la especialidad de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Anatomía Patológica, Anestesiología, Hospital Gineco-Obstétrico, Ginecología y Obstetricia y la subespecialidad de Neonatología, en el Instituto Gastroenterológico las especialidades de Gastroenterología Clínica y Cirugía General, en el Instituto Nacional Psiquiátrico Gregorio Pacheco la especialidad de Psiquiatría, en el Hospital San Pedro Claver, las especialidades de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, Cirugía General y Medicina Interna.

13. Organización Panamericana de la Salud, pg 13

En el Departamento de Tarija, en el Hospital Regional San Juan de Dios las especialidades de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Anestesiología, Neonatología, Medicina Interna, Pediatría y Medicina Familiar, en el Hospital Obrero N° 7 CNS las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Medicina Familiar.

En el Departamento del Beni con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y la subespecialidad de Neonatología, en el Hospital Pdte. Germán Busch las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Traumatología –Ortopedia.

En el Departamento de Cochabamba con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital Obrero N° 2 CNS se dan las especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Traumatología –Ortopedia, Medicina Interna, Imagenología y Medicina Familiar, en el Hospital VIEDMA las especialidades de Cirugía General, Anestesiología, Urología, Medicina Interna, Medicina Crítica y Terapia Intensiva y Traumatología –Ortopedia, en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatología, en el Instituto Gastroenterológico Bol. Japonés la especialidad de Gastroenterología, en el Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios la especialidad de Psiquiatría, en el Hospital Infantil Albina Patiño la especialidad de Pediatría, en el Centro Médico Quirúrgico Belga B., las especialidades de Medicina Interna y Cirugía General, en la Fundación Oftalmológica Boliviana la especialidad de Oftalmología, en el Seguro Social Universitario las especialidades de Ginecología y Obstetricia y Medicina Familiar, en la Clínica Los Olivos en la especialidad de Medicina Interna.

En el Departamento de Potosí con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital Daniel Bracamonte la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Anestesiología y Traumatología – Ortopedia, en

el Hospital Obrero N° 5 CNS, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, Medicina Familiar y Traumatología – Ortopedia.

En el Departamento de Oruro con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital General San Juan de Dios en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Anestesiología y Neonatología y el Hospital Obrero N° 4 CNS las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología y Traumatología – Ortopedia.

En el Departamento de Santa Cruz, con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital Caja Petrolera de Salud, Cardiología, Cirugía Bucomaxilofacial, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía General, Pediatría, Oftalmología, Urología, Neurocirugía, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Dermatología y Traumatología – Ortopedia, en el Hospital de la Mujer Percy Boland las especialidades de Neonatología y Ginecología y Obstetricia, en el Hospital Municipal de Niños Mario Ortiz, la especialidad de Pediatría, Terapia Intensiva Pediátrica y Cirugía Pediátrica, en el Hospital Municipal Francés las especialidades de Pediatría y Ginecología y Obstetricia, en el Hospital Obrero CNS N° 3 las especialidades de Cardiología, Cirugía General, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Imagenología, Medicina Familiar, Medicina Interna, Nefrología, Neurocirugía, Pediatría y Coloproctología, en el Hospital Psiquiátrico San Benito la especialidad de Psiquiatría, en el Hospital Universitario Japonés, en la especialidad de Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cardiología, Anestesiología, Dermatología, Emergenciología, Endocrinología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Imagenología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Pediatría, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Pediátrica y Traumatología –Ortopedia, en el Hospital Universitario Municipal San Juan de Dios las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Medicina Interna, Neumología, Terapia Intensiva Pediátrica y Traumatología –Ortopedia, en el Instituto del Ojo Molino, la especialidad de Oftalmología, en el Instituto Oncológico del Oriente Boliviano las especialidades de Cirugía Oncológica, Oncología Ginecológica y Otorrinolaringología, en la Fundación Centro de Salud Mental las especialidades de Psiquiatría y Oftalmología, en la Clínica de Reposo monte Sinaí en la

especialidad de Psiquiatría, en el Hospital Alfonso Gumusio las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, en la Clínica Niño Jesús las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, en la Clínica INCOR en la especialidad de Anestesiología, Cirugía General, Cardiología, Imagenología, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Traumatología –Ortopedia y Urología.

El Departamento de Pando, con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital Roberto Galindo con las especialidades Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia y Pediatría.

El Departamento de La Paz, con la especialidad de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en el Hospital de Clínicas las especialidades de Anestesiología, Anatomía Patológica, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Dermatología, Radiología, Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Reumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología – Ortopedia, Nefrología y Urología, en el Hospital de la Mujer las especialidades de Ginecología y Obstetricia y Neonatología, en el Hospital del Niño la especialidad de Pediatría, en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés las especialidades de Gastroenterología Clínica y Cirugía Gastroenterológica, en el Instituto Nacional del Tórax las especialidades de Cardiología, Neumología y Terapia Intensiva, en el Instituto Nacional de Oftalmología la especialidad de Oftalmología, en el Seguro Social Universitario las especialidades de Medicina Familiar y Medicina Interna, en el Hospital Militar COSSMIL, Medicina Familiar, Medicina Interna, Anestesiología, Terapia Intensiva, Medicina Física y Rehabilitación, Cirugía General y Medicina Interna, en el Hospital Obrero N° 1 CNS las especialidades de Anestesiología, Anatomía Patológica, Cirugía General, Radiología, Medicina Interna, Medicina Familiar, Nefrología, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Traumatología – Ortopedia, en el Instituto Boliviano de Rehabilitación la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, en el Hospital Luis Uría de la Oliva CNS la especialidad de Neumología, en el Materno Infantil CNS las especialidades Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Neurología, Hematología, Ginecología y Obstetricia, Neonatología y Pediatría, en el Hospital Psiquiatría CNS la especialidad de Psiquiatría, en el

Sistema Medicina del Trabajo CNS la especialidad de Medicina del Trabajo, en el Hospital Otorrino Oftalmológico CNS las especialidades de Oftalmología y Otorrinolaringología, y por último el Hospital Municipal Boliviano Holandés que se incorporo al Sistema Nacional de la Residencia Médica en la gestión 2013, inició con las siguientes especialidades Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Anestesiología.

2.7. Comisión Nacional de Postgrado

La Comisión Nacional de Postgrado del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación es la instancia que coordina entre las instituciones formadoras de recursos humanos en Postgrado en el área de salud, es también la instancia de coordinación y control normativo del Sistema Nacional de Residencia Médica.

2.8. Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica

La Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica tiene como uno de sus objetivos de mejorar el Postgrado, así como también elaborar propuestas para mejorar el Sistema de Residencia Médica.

La Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica tiene las siguientes funciones:

Aplicar los reglamentos, normas y programas en el desarrollo de actividades del Sistema Nacionales de Postgrado con énfasis a la Residencia Médica.

Supervisar el adecuado cumplimiento de las actividades de enseñanza en los hospitales de su jurisdicción.

- Coordinar las actividades y acciones con los programas académicos de Postgrado de las Facultades del área de la Salud de la Universidad Boliviana.
- Promover la realización de cursos y programas de educación continua para la planta docente asistencial.

- Planificar de forma anual el número de plazas requeridas regionalmente para la Residencia Médica, que debe ser puesta a consideración del CRIDAI y del CNIDAI para su aprobación.
- Aprobar las actividades programadas para la Residencia Médica, presentadas por los distintos Jefes de Enseñanza e Investigación de los hospitales regionales que forman parte del Sistema.
- Evaluar el proceso educativo en todos los hospitales de formación.

Según el Reglamento actual la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica está compuesto por el Coordinador de la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica que tendrá la calidad de presidente, nombrado por la máxima autoridad del CRIDAI, tres representantes titulares docentes de la Universidad, tres representantes titulares docente asistenciales, de los cuales uno debe ser de la Seguridad Social, un representante del Colegio Médico Departamental.

En la actualidad se la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica está compuesto por el Coordinador de la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica, cinco representantes Universitarios, un representante del SEDES, un representante del Colegio y 16 Jefes de Enseñanza e Investigación de cada centro hospitalario.

2.9. Comité Docente Asistencial Hospitalario

El Comité Docente Asistencial Hospitalario es la máxima instancia Académico Administrativa en los hospitales, instituciones y centros de enseñanza donde se desarrollan las actividades del Sistema Nacional de Residencia Médica. Está constituida por el Director del Hospital que tendrá la calidad de Presidente, el Jefe de Enseñanza e Investigación, el Responsable de enseñanza de cada una de las especialidades, dos representantes docente universitarios, dos representantes asistenciales con funciones de docente instructor y el Jefe de Médicos Residentes.

El Comité Docente Asistencial Hospitalario tiene la función de:

- Formular, planificar, ejecutar y evaluar los cursos que realicen en su centro hospitalario de acuerdo a planes y programas académicos.
- Conformar los tribunales de evaluación en coordinación con Postgrado de la Facultad de Medicina para la promoción de la Residencia Médica
- Atiende problemas relacionados al régimen disciplinario de los médicos residentes en cuanto a sus derechos y deberes, cumpliendo el Reglamento.
- Seleccionar, designar y evaluar a los Docentes Instructores de cada especialidad.

2.5. Docencia en la Residencia Médica

Las actividades de docencia, tanto los docentes responsables, docentes instructores tienen el carácter de Voluntarias, ad honorem, que son médicos profesionales especialistas, con un esquema de docencia en servicio; sin los incentivos que amerita la función docente.

En el Sistema Nacional de Residencia Médica en Bolivia se cuenta con los docentes: Jefes de Enseñanza e Investigación, Docente Responsable de cada Especialidad, Docente Instructor y Docente Extraordinarios.

2.5.1. Jefes de Enseñanza e Investigación

Al Jefe de Enseñanza e Investigación se lo elige por concurso de méritos, debiendo previamente ser docente de Postgrado, ejercerá sus funciones por un periodo de tres años.

El Jefe de Enseñanza e Investigación es la autoridad encargada de las siguientes funciones:

Participar en la Subcomisión Regional de Postgrado.

Supervisar el cumplimiento de los programas de Residencia Médica y otros programas de Enseñanza e Investigación en su Hospital.

Planificar, programar, ejecutar y controlar las actividades a desarrollarse en el Sistema de Residencia en su centro hospitalario.

Programará y planificar las actividades teóricas, prácticas, según cada especialidad, estableciendo el rol de turnos, permisos, vacaciones y evaluaciones periódicas de los médicos residentes en coordinación con el Jefe de Residentes y Docentes Responsable de cada especialidad.

2.5.2. Docente Responsable de cada Especialidad

El Docente Responsable es el directo responsable de realizar la programación, supervisión evaluación de la Residencia Médica en la correspondiente especialidad.

El Docente Responsable será designado mediante concurso de mérito interno, por el término de tres años ejercerá las siguientes funciones:

- Será responsable de la ejecución del Programa en su especialidad.
- Programar y coordinar adecuadamente las labores asistenciales y académicas.
- Guiar el desarrollo de la investigación científica programada para el médico residente.
- Dar cumplimiento estricto a las actividades académicas y asistenciales que se ajusten al cronograma preestablecido por la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

2.5.3. Docente Instructor

El Docente Instructor es aquel médico de planta o docente universitario, asignado por a través del Comité Docente Asistencial Hospitalario.

El Docente Instructor es responsable de realizar la programación, supervisión, evaluación de la Residencia Médica en la correspondiente, evaluar y supervisar el desarrollo permanente de habilidades, destrezas y conocimientos de los médicos residentes, así como también dar cumplimiento estricto a las actividades académico asistenciales y de investigaciones

programadas por el Jefe de Enseñanza e Investigación y por el Docente Responsable de acuerdo a los planes y programas.

2.5.4. Docente Extraordinarios

El Docente Extraordinarios son invitados especialistas, prestigiosos profesionales y expertos nacionales o extranjeros reconocidos en la materia.

Las funciones de un docente/tutor constituyen un compromiso con todas aquellas tareas especialmente encaminadas a lograr la integración del especialista en formación en el seno de la organización sanitaria y a conseguir dotar al residente de los conocimientos, técnicas, habilidades y aptitudes propios de la correspondiente especialidad, pero también el desarrollo de sus propias competencias para las tareas mencionadas.¹⁴

Muchas veces el docente es una persona que sabe mucho sobre la especialidad y además tiene vocación docente. Sin embargo, no posee las competencias técnicas necesarias sobre los métodos de enseñanza-aprendizaje más novedosos y adecuados para estimular el aprendizaje de los residentes.¹⁵

Un buen docente/tutor según la Organización Panamericana de la Salud, es “aquella persona que incluye apoyos y soportes de carácter diverso; que va cambiando a lo largo del proceso de enseñanza y aprendizaje pero que no lo hace al azar sino a partir de —y en función de— los cambios en la propia actividad mental constructiva desarrollada por el alumno; que “reta” al aprendiz a revisar y profundizar tanto el significado como el sentido que atribuye al nuevo contenido a aprender; que le ofrece instrumentos y “prótesis” para que pueda afrontar y superar esos retos, y que se interesa por promover de manera cada vez mayor la capacidad del alumno para utilizar estratégicamente el conocimiento que va aprendiendo para seguir aprendiendo de manera cada vez más autónoma y autorregulada”.¹⁶

14. Organización Panamericana de la Salud pg. 33

15. Organización Panamericana de la Salud pg. 79

16. Onrubia, J. Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Barcelona. Revista de Educación a Distancia (RED).

Algunos especialistas como Perry y Edwards señalan y reconocen tres competencias centrales de los docentes o tutores efectivos o ejemplares:

1. Educadores como desafiadores (*challengers*), expresando las más altas expectativas en el rendimiento de los alumnos y demandando altos estándares en sus trabajos (¡Siempre puedes y puedes aún más!)
2. Educadores como afirmadores positivos (*affirmers*), alentando cada actividad y mostrando a los estudiantes cada uno de sus avances y reconociendo su propio potencial (lo que lleva a que cada uno se sienta valorado)
3. Educadores como influyentes (*influencers*), lo que expresa una presencia fuerte y como experto en lo que enseña, contribuyendo al propio éxito de los alumnos en sus cursos.

El aprendizaje de los docentes/tutores sobre estrategias educativas centradas en el aprendizaje, en el aprendizaje basado en problemas, en la pedagogía problematizadora y orientado a la comunidad, es parte del desarrollo de los programas que desde la gestión de las unidades de formación y de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud se deben impulsar para mejorar los procesos de formación de los especialistas.

Estos procesos de formación de los docentes/tutores podrían formularse a través de diversas modalidades de educación permanente, seminarios, jornadas de trabajo, de manera presencial o virtual y con el acompañamiento de expertos en las ciencias de la educación. 17

Es por eso que la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica en el departamento está realizando cursos de Metodología de la Investigación para los médicos residentes, pero también para los docentes responsables y docentes instructores.

En relación a otros países, como en Brasil, el rol de los tutores es fundamental en el proceso de enseñanza y aprendizaje para supervisar los contenidos, identificar las expectativas y

17. Perry, B. & Edwards, M. "Exemplary Online Educators: Creating a Community of Inquiry". Centre for Nursing and Health Studies, Athabasca University, Canadá, 2004.

acompañar a los residentes, evaluar los procesos, sus conocimientos y promover el trabajo colaborativo. La noción de un tutor en servicio fuerte, comprometido y reconocido en el cumplimiento de sus tareas, es indiscutiblemente necesaria en los diferentes escenarios de prácticas para recuperar la dimensión cuidadora de la formación en salud.

CAPITULO TERCERO

ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES QUE SE FORMAN EN EL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

3.1. Especialidades y Subespecialidades médicas reconocidas en Bolivia

Para analizar el tipo de especialidad médica reconocida actualmente en nuestro país, el Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico establece las especialidades Clínico Quirúrgico y No Clínico Quirúrgico, en el siguiente cuadro.

ESPECIALIDAD	CLINICO QUIRÚRGICA	NO CLINICO QUIRÚRGICA
ANATOMIA PATOLÓGICA	•	
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y DOLOR	•	
CARDIOLOGÍA	•	
DERMATOLOGÍA	•	
EMERGENCIOLOGÍA	•	
ENDROCRINOLOGÍA, METABOLISMO Y NUTRICIÓN	•	
GASTROENTEROLOGÍA	•	
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA	•	
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	•	

INFECTOLOGÍA	•	
INMUNO – ALERGOLOGÍA	•	
MEDICINA CRÍTICA Y TERPAIA INTENSIVA	•	
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	•	
MEDICINA INTERNA	•	
MEDICINA FAMILIAR	•	
MEDICINA NUCLEAR	•	
MEDICINA LEGAL	•	
MEDICINA DEL TRABAJO	•	
NEFROLOGÍA	•	
NEUMOLOGÍA	•	
NEUROLOGÍA	•	
ONCOLOGÍA CLÍNICA	•	
PATOLOGÍA CLÍNICA	•	
PEDIATRÍA	•	
PSIQUIATRÍA	•	
IMAGENOLOGÍA	•	
REUMATOLOGÍA	•	
RADIOONCOLOGÍA	•	
MEDICINA LEGAL	•	
GENÉTICA	•	
ANGIOLOGÍA	•	
CIRUGÍA CARDIACA, TORÁCICA Y VASCULAR	•	
CIRUGÍA GASTROENTEROLOGÍA	•	
CIRUGÍA GENERAL	•	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	•	

CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	•	
COLOPROCTOLOGÍA	•	
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	•	
NEUROCIRUGÍA	•	
MEDICINA DEL DEPORTE	•	
OFTALMOLOGÍA	•	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	•	
ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA	•	
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	•	
UROLOGÍA	•	
SALUD PÚBLICA	•	
AUDITORIA MÉDICA		•
FARMACOLOGÍA		•
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA		•

3.2. Planes y Programas - años de formación

Es necesario profundizar en la relación entre los Programas de formación de especialistas y su duración, en función de las condiciones del mercado de trabajo, las necesidades de salud y de los servicios de salud contenidos de algunos de los programas y las razones que justifican un determinado número de años de estudio. ¹⁸

18. Organización Panamericana de la Salud, pg. 19

El programa debe ser entendido³⁷ como una propuesta tentativa para comunicar los elementos y rasgos esenciales de un propósito educativo para ser sometido a consideración y abierto a la discusión crítica y pueda ser llevado efectivamente a la práctica y, además, sujeto a revisión permanente. Desde este punto de vista, la política curricular debe partir de un marco de definiciones básicas, que permita modelaciones particularizadas a medida que se realiza en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la decisión y en la realización del proyecto a participar activamente, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica, un instrumento de formación de profesores y un determinante de la calidad de la educación. (Planes y programas verifícalos y modifícalos)

El formato curricular es sustancial para la configuración del currículo y esto implica coordinar un trabajo colectivo de diálogo entre todos los docentes que participan del proceso educativo, no sólo para la revisión del programa de estudio y acordar los temas fundamentales a trabajar durante el proceso formativo sino también, para analizar la práctica educativa y la evaluación de sus resultados.

Las tecnologías de la información hoy día ofrecen para el acceso a nuevos conocimientos y la interrelación entre los grupos de investigación. Espacios de aprendizaje virtuales como el Campus Virtual de Salud Pública.¹⁹

Los años de formación de cada especialidad o subespecialidad varían de acuerdo a las necesidades de cada especialidad o subespecialidad.

La Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica del Departamento de La Paz viene realizando un trabajo arduo para que cada especialidad o subespecialidad tenga un Plan y Programa uniforme para todos los centros hospitalarios. Para efectivizar ese trabajo de unificar los Planes y Programas para cada especialidad y subespecialidad se realizaron Talleres de Planes y Programas, con la participación de Representantes Universitarios, Sociedades

¹⁹ Campus Virtual de Salud Pública de OPS. Disponible en: www.campusvirtualesp.org.

Científicas, Jefes de Enseñanza e Investigación, Docentes Responsables, de cada centro formador de recursos humanos en diferentes especialidades y subespecialidades.

Mediante los esfuerzos del Dr. Carlos Guachalla Castro Coordinador de la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica CRIDAI La Paz, y el Dr. José Farfán Carrasco Coordinador de la Residencia Médica UMSA, se ha logrado obtener los Planes y Programas con sus años de formación, que son las siguientes:

ESPECIALIDAD	AÑOS DE FORMACIÓN	ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD
ANATOMIA PATOLÓGICA	3 Años	ESPECIALIDAD
ANESTESIOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
CARDIOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
DERMATOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
GASTROENTEROLOGÍA CLÍNICA	4 Años	ESPECIALIDAD
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	4 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA CRÍTICA Y TERPAIA INTENSIVA	4 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	3 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA INTERNA	3 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA FAMILIAR	3 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA DEL TRABAJO	3 Años	ESPECIALIDAD
NEFROLOGÍA	5 Años	ESPECIALIDAD
NEUMOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
NEUROLOGÍA	4 Años	ESPECIALIDAD
PEDIATRÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
PSIQUIATRÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
IMAGENOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
REUMATOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
CIRUGÍA VASCULAR	2 Años	SUBESPECIALIDAD

CIRUGÍA GASTROENTEROLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
CIRUGÍA GENERAL	3 Años	ESPECIALIDAD
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	2 Años	SUBESPECIALIDAD
COLOPROCTOLOGÍA	2 Años	SUBESPECIALIDAD
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	3 Años	ESPECIALIDAD
NEUROCIRUGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
OFTALMOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
OTORRINOLARINGOLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
NEONATOLOGÍA	2 Años	SUBESPECIALIDAD
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	3 Años	ESPECIALIDAD
UROLOGÍA	3 Años	ESPECIALIDAD
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	3 Años	ESPECIALIDAD
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	3 Años	ESPECIALIDAD

Todos los programas de residencia deberían tener como objetivo formar al profesional en un abordaje bio-psico-social del proceso salud - enfermedad, integrando acciones de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y recuperación. ²⁰

3.3. Plazas anuales para la formación de Médicos Residentes

La Organización Panamericana de la Salud, señala que el Ministerio de Salud y Deportes, universidades, sociedades científicas, quienes emite la convocatoria políticas y planes sobre el número y tipo de especialistas que necesita el sector salud en cada país, según estudios de necesidades y mecanismos de planificación sobre los especialistas que requieren las distintas concentraciones poblacionales; así como también de estudios sobre la fuerza de trabajo médica especializada y reorientación de los perfiles de especialistas que se necesiten, y por último de asignación de plazas por especialidades y definición equilibrada de cupos

20. Organización Panamericana de la Salud pg 87

En el caso Boliviano la oferta anual de plazas para la formación se establece en base a las propuestas que son enviadas por las Subcomisiones de Postgrado y Residencia Médica a nivel departamental, en base a la capacidad formadora con docentes calificados, como también de la infraestructura de cada centro hospitalario formador en base al CREREME, que es un mecanismo por el cual se establece si el centro hospitalario formador tiene capacidad formativa, esto se realiza en base a una serie de evaluaciones técnicas que ejecuta la Comisión del CREREME, vale aclarar que esta Comisión evaluadora del CREREME se formó en la residencia medica del departamento de La Paz, con la participación de autoridades de la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica, Colegio Médico, SEDES La Paz, con la visión de mejorar los mecanismos de enseñanza de los médicos residentes en la etapa postgradual, en la formación de recursos humanos calificados.

La última evaluación realizada por la Comisión del CREREME, en el Departamento de La Paz, se realizó en diciembre de la gestión 2011.

Los resultados de la Comisión del CREREME son parámetros que se toman en cuenta para el número de plazas para cada especialidad, mismos que serán utilizados para la Convocatoria en el Proceso de Admisión al Sistema de Residencia Médica en el departamento de La Paz.

En las tres últimas convocatorias al Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica no se reconocieron las solicitudes de número de plazas que la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica mandaron al Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI) para la Convocatoria, aunque dichas solicitudes se realizaron en el marco de la capacidad formadora de cada centro hospitalario.

Es un problema para el Sistema de Residencia Médica que las solicitudes de los números de plazas no sean consideradas por el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI), ni por el Ministerio de Salud que emiten dicha convocatoria en base a criterios discrecionales, sin considerar las solicitudes enviadas por la Subcomisión de Postgrado y Residencia Medica que son realizadas mediante los resultados que emite la Comisión del CREREME.

Las plazas anuales de la residencia según los datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud a la cabeza se encuentra Brasil con plazas anuales 11263, México 6122, Cuba 4801, Argentina 3365, Perú 1391, Colombia 852, República Dominicana 683, Chile 659, Bolivia 424, Paraguay 306, Honduras 300, Uruguay 246, Costa Rica 225 y El Salvador 158, haciendo un total de 30 795.²¹

En la última convocatoria en nuestro país, el Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica gestión 2013, convocó 627 plazas, esto debido a la alta demanda de Recursos Humanos en el área de la salud, más propiamente dicho de especialistas y subespecialistas, para una población de 10.389.913 de habitantes en todo el territorio Boliviano.

Pero este aumento en el número de plazas no es suficiente en razón de que la población está en constante crecimiento, es un problema que se debe considerar ya que la salud es lo primordial para que mejore la calidad de vida de las y los bolivianos.

Según la Organización Panamericana de la Salud las decisiones sobre el número de plazas otorgadas por especialidad y su ubicación en determinados hospitales deberían romper con el clásico pensamiento de utilizar a los residentes como “mano de obra barata” para cubrir el trabajo de los hospitales.

En este sentido, se requiere elaborar nuevas políticas que regulen el contrato de trabajo del residente, reconociendo y privilegiando el tiempo de estudio y práctica.²²

3.4. Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica

En Cuba es la Universidad que realiza el Proceso de Admisión mediante una prueba escrita, analiza el currículum vitae y lleva adelante una entrevista técnico-profesional a nivel nacional.

21. Organización Panamericana de la Salud pg. 24. Los datos disponibles son del 2009

22. Organización Panamericana de la Salud pg. 92

En Colombia una comisión universidad-centro hospitalario determina el mecanismo y proceso para la admisión. Cada institución educativa pública o privada define y acuerda los requisitos y proceso de admisión.

El Proceso de Admisión es un mecanismo para la selección de los candidatos a las residencias. Se realiza concursos nacionales, territoriales o locales, examen de selección por oposición, entrevista personal, análisis de antecedentes académicos, esto se viene realizando en Brasil, Bolivia, Argentina, Chile, Perú y Uruguay.

Según el Reglamento del Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica señala que el Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica es el conjunto de procedimiento que se inicia con la inscripción del postulante para su ingreso al Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica y finaliza con la presentación de informe del proceso ante el Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación.

La autoridad competente a nivel nacional para emitir la convocatoria al Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica es el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, conjuntamente con el Ministerio de Salud y Deportes, lo emiten el último domingo de diciembre en un periódico a nivel nacional.

Están establecidos en la Convocatoria, requisitos básicos, centros formadores, especialidades y subespecialidades, número de plazas, la calidad de médicos residentes con o sin estipendio.

Todo el Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica es ejecutado por las Comisiones de Admisión a la Residencia Médica Regional, en la que está constituida por la Subcomisión Regional de Postgrado, el presidente del CRIDAI regional o su delegado y un representante del CNIDAI.

La Comisión Regional de Admisión, tendrá toda la facultad para dilucidar cualquier situación presentada y que no estuviese especificada en el presente reglamento.

Los y las postulantes tiene un código de seguridad para ingresar al examen de admisión, el examen es a nivel nacional, y se realiza en la segunda semana de febrero.

Los postulantes rinden un examen que es valorado por 100 puntos, con excepción de la residencia médica SAFCI, en la que es necesaria una entrevista estructurada en la que el postulante debe demostrar que habla un idioma nativo, como aymara y/o quechua.

Para ingresar al Sistema Nacional de Residencia Médica el o la postulante debe obtener una nota de aprobación de 51 puntos, pero en realidad las mejores calificaciones podrán acceder a las plazas de cada especialidad o sub especialidad.

Si existiera un empate en la puntuación de dos o más postulantes, la Comisión Regional de Admisión, tendrá toda la facultad para dilucidar y desempatar mediante el Curriculum Vitae de los postulantes.

La gestión académica comienza el 1 de marzo y para ello el 28 de febrero se entregan los correspondientes memorándums de designación a los y las médicos residentes que ingresaron a la Residencia Médica.²³

CAPITULO CUARTO

MEDICOS RESIDENTES Y CERTIFICADO DE RESIDENCIA MÉDICA

4.1. Médicos Residentes que cuentan con y sin estipendio

En Colombia al médico residente se le considera como estudiante, es así No tienen cobertura de pensión debido a su condición de estudiantes.

Según la OPS en el Paraguay como en Bolivia los médicos residentes, , son considerados como becarios, y no. No existe un mecanismo jurídico específico de protección, solo contarían con un periodo anual de vacaciones.

23. Organización Panamericana de la Salud pg. 85

En Argentina, Brasil, Chile, Perú, los médicos residentes son considerados como funcionarios públicos con los derechos legales de salario, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad, así mismo se les incorpora a la Obra Social de los trabajadores del Estado Nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la Seguridad Social (jubilaciones).

En México el médico residente es considerado en la Ley Federal del Trabajo, donde se reconoce una relación de laboral, por lo cual es remunerado por el contratante que es el hospital donde realice su formación académica.

En Uruguay bajo la Ley 15.372, es el Poder Ejecutivo quien fijará la remuneración a percibir por los Jefes de Residencias Médicas y médicos residentes; la que será de igual monto para todas las Instituciones en las que los mismos presten funciones.

En el caso del subsector público los Jefes de Residentes Médicos y los Médicos Residentes, serán contratados por los organismos donde los mismos cumplan funciones.

En Bolivia el médico residente que está realizando la Residencia Médica en el departamento de La Paz, tiene una calidad de médico residente con estipendio, por el cual recibe una remuneración mensual equivalente a medio salario de un médico de planta de tiempo completo.

Existe también el médico residente que no cuenta con estipendio, el cual no recibe una remuneración por el sistema durante todo el proceso de su formación.

Solo los residentes que obtengan los mejores promedios, en el examen del Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica, y cubran las plazas con estipendio determinadas en la Convocatoria.

En el caso que un extranjero ingrese al Sistema Nacional de Residencia Médica éste no podrá ser becario con estipendio.

A diferencia del años 2002 en la que contaba la Residencia Médica en el departamento de La Paz de 75 médicos residentes en la que todos contaban con estipendio, para el 2013 la Residencia Médica cuenta con 130 médicos residentes de primer año, de los cuales 105 cuenta con estipendio y 25 no cuentan con estipendio. Vemos esta gráfica.

MEDICOS RESIDENTES	CON ESTIPENDIO	SIN ESTIPENDIO	TOTAL
R – I primer año	105	25	130
R – II segundo año	103	20	123
R – III tercer año	85	19	104
R – IV cuarto año	12	5	17
R – V quinto año	3	0	3
TOTAL	308	69	377

4.2. Médicos Residentes por género

La participación de la mujer en espacios de formación académica Postgradual específicamente en el Sistema Nacional de Residencia Médica, en el departamento de La Paz, ha ido en aumento.

En el Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica en la gestión 2011, de 104 plazas vacantes fueron sido 59 mujeres frente a 45 hombres que ingresaron a la Residencia Médica. En la gestión 2012 los hombres que ingresaron a la Residencia Médica fueron 55, las mujeres que ingresaron fueron 68, haciendo un total de 123 plazas vacantes.

En el último Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica realizada en la gestión 2013, de 130 plazas vacantes ingresaron a la Residencia Médica en el departamento de La Paz, 71 mujeres y 59 hombres.

Estos datos obtenidos de la Residencia Médica del departamento de La Paz, muestra que hay un total de 377 médicos residentes, por género tenemos un total de 202 mujeres y 175 hombres.

MEDICOS RESIDENTE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
R – I primer año	59	71	130
R – II segundo año	55	68	123
R – III tercer año	45	59	104
R – IV cuarto año	13	4	17
R – V quinto año	3	0	3
TOTAL	175	202	377

4.3. Año de Servicio Social Obligatorio

Este Año de Servicio Social Obligatorio para médicos que hayan concluido su periodo de formación postgradual en especialidades y subespecialidades.

En la Resolución Ministerial N° 03161 de fecha 8 de abril de 2011, establece el Año de Servicio Social Obligatorio, para todas las médicas y médicos que en el marco de la actual Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, hayan concluido y concluyan en la presente y posteriores gestiones, ya sea en el país o en el extranjero, su periodo de formación postgradual en especialidades y subespecialidades en establecimientos de salud.

El 11 de abril de 2011 bajo la Resolución Ministerial N° 377, se aprueba el Reglamento del Año de Servicio Social Obligatorio para todos los médicos (as) residentes que han concluido su periodo de formación en hospitales docente asistencial, en especialidades y subespecialidades del Sistema Nacional de Residencia Médica.

Es así que no solo los que estudiaron en Bolivia deberán cumplir el Año de Servicio Social Obligatorio, sino también los médicos que realizaron su especialidad o subespecialidad en el extranjero.

Aunque el Ministerio de Salud y Deportes habilitó con carácter excepcional y transitorio, el ejercicio de la especialidad o subespecialidad a todas las médicas y médicos que concluyan la Residencia Médica de especialidad o subespecialidad, exclusivamente en los establecimientos de salud, este hecho trae serios inconvenientes legales para el médico residente egresado, porque ejercería la especialidad o subespecialidad sin certificado ni título.

4.4. Certificado de Residencia Médica

Una vez concluido el periodo de residencia medica en países como Argentina, Perú... según la OPS salen como Especialista, en países como Colombia, México, Chile, Uruguay como especialista Universitario, en cambio en Brasil, el Salvador y en Bolivia una vez concluido la residencia medica el médico residente obtiene el Certificado de Residencia.

En Bolivia se accede a la certificación por parte del Ministerio de Salud, que es la autoridad competente, luego de haber realizado y finalizado la residencia en la especialidad correspondiente, siempre y cuando cumpla el Año de Servicio Social Obligatorio.

Muchas veces los médicos especialistas tratan de hacer una subespecialidad en el extranjero pero se ven obstaculizados de poder hacerlo porque en los países como por ejemplo México solicitan como requisito de postulación el Título Universitario de especialista, que sea refrendado por la Universidad.

4.5. Titulación Universitaria

En la actualidad se está trabajando para que la Universidad Mayor de San Andrés en el Departamento de La Paz, emita el Título Universitario de médico especialista en la correspondiente especialidad.

El Honorable Consejo Universitario emitió la Resolución N° 089/2013 de fecha 27 de febrero de 2013, aprobando la otorgación del TÍTULO DE ESPECIALISTA en especialidades médicas a quienes egresaron del Sistema de Residencia Médica de La Paz, que cumplan requisitos previos, para las siguientes especialidades:

Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Gastroenterología, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Gastroenterología, Medicina Interna, Medicina Familiar, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología, Patología Clínica, Pediatría, Psiquiatría, Radiología Urología, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Nefrología, Medicina del Trabajo, Anatomía Patológica, Medicina Física y Rehabilitación, Coloproctología, Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Cirugía Maxilofacial, Neonatología y Reumatología.

Se está gestionando en la actualidad para que los médicos residentes egresados del Sistema de Residencia Médica en el departamento de La Paz, obtengan el título universitario.

CAPITULO QUINTO

NORMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

5.1. La Legalidad

La Constitución Política del Estado, promulgada el 6 de julio de 2010, señala en su capítulo sexto, Educación, Interculturalidad y Derechos Culturales, en su artículo 77 que la educación constituye una función suprema del Estado. Comprendiendo como educación regular, la

alternativa y especial, y la educación superior de formación profesional. Así mismo señala en el artículo 80 que la educación está orientada a la formación individual y colectiva, al desarrollo de competencias, aptitudes y habilidades físicas e intelectuales que vincule la teoría con la práctica productiva.

La Constitución Política del Estado ampara y prioriza la educación superior, postgradual, con la cual la Residencia Médica es un mecanismo de formación académica dirigido a médicos titulados, para que obtengan una especialidad o subespecialidad.

La educación superior... tiene por misión la formación integral de recursos humanos con alta calificación y competencia profesional, establecido por la Constitución Política del Estado en su artículo 91, inciso II.

La educación superior está conformada por las universidades..., enmarcada en la Constitución Política del Estado, siendo la Universidad Mayor de San Andrés el único ente que forma postgrado a nivel superior en la formación de médicos especialistas y subespecialistas.

En el artículo 97 de la Constitución Política del Estado señala que la formación post-gradual... tendrá como misión fundamental la cualificación de profesionales en diferentes áreas... la formación Postgradual será coordinada por una instancia conformada por las universidades del sistema educativo, de acuerdo con la ley.

Es el Estado mediante la Constitución Política del Estado el que da tuición a la Universidad Mayor de San Andrés para que pueda formar recursos humanos en el área de la salud de manera Postgradual.

El Reglamento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación y del Sistema Boliviano de Residencia Médica de la gestión 2002, es el que da las bases para el Sistema Nacional de Residencia Médica.

Mediante la renovación del Convenio entre la Universidad Boliviana y el Ministerio de Salud y Previsión Social, con el propósito de sentar bases sólidas para que las instituciones del Sistema Nacional de Salud puedan constituirse en verdaderos espacios para la formación integral de recursos humanos en salud. Por lo que el Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación, reconoce como única instancia de formación de recursos humanos a los establecimientos docente asistenciales acreditados por el Sistema Boliviano de Salud.²⁴

Con la aprobación del Reglamento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación y del Sistema Boliviano de Residencia Médica en la gestión 2004, se da los mecanismos para la ejecución del Sistema Nacional de Residencia Médica, pero esto no es suficiente, se debe establecer condiciones adecuadas para la protección de las y los médicos especialistas.

5.2. Regulación, normas y procedimientos

Los reglamentos ordenan fundamentalmente la relación laboral, los derechos y obligaciones, las funciones, las actividades, la jornada laboral, el régimen disciplinario, entre otros, estableciendo siempre el carácter especial de la residencia para la formación de los futuros especialistas.

Todos los países, señala la OPS, cuentan con algún ordenamiento jurídico e instrumento que regula el funcionamiento de las residencias, ya sea una ley, resolución ministerial o reglamento específico. En la mitad de los países el reglamento es ley o resolución del Ministerio de Salud con alcance nacional. Esta característica está relacionada al financiamiento por parte del Ministerio de Salud y se vincula con los mecanismos jurídicos de las leyes estatales de contrato de trabajo, hay que señalar que en Bolivia no realiza contratos de trabajo para las y los médicos residentes.

24. Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica – 2004, pg. 14

En algunos casos la reglamentación de las comisiones nacionales es una norma acordada entre los Ministerios de Educación y Salud o puede ser formulada solamente por el Ministerio de Educación.²⁵

En el caso boliviano el Sistema Nacional de Residencia Médica cuenta con el Reglamento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación y del Sistema Boliviano de Residencia Médica en la gestión 2004, emitido por el Comité Nacional de Integración de Docencia Asistencial e Investigación (CNIDAI), que integra el Ministerio de Salud y la Universidad Boliviana.

CAPITULO SEXTO

PROPUESTA DE MODIFICACIÓN AL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE RESIDENCIA MÉDICA

6.1. Protección Jurídica a los Médicos Residentes

En los mecanismos jurídicos de protección a los médicos residentes según la OPS, en Argentina, Brasil, Chile, Perú y otros países, los médicos residentes son considerados como funcionarios públicos con los derechos legales correspondientes (salario, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad, así mismo se les incorpora a la Obra Social de los trabajadores del Estado Nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la Seguridad Social (jubilaciones)

En Colombia al médico residente es considerado como estudiante, es así que se garantiza la disponibilidad gratuita de alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección. Como estudiantes deben contratar cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales. No tienen cobertura de pensión debido a su condición de estudiantes.

25. Organización Panamericana de la Salud pg. 44

Según la OPS en Paraguay como en Bolivia los médicos residentes, son considerados como becarios, y no. No existe un mecanismo jurídico específico de protección, solo contarían con un periodo anual de vacaciones.

Las condiciones laborales y ambientales en las que los residentes desarrollan su tarea Variables según el establecimiento donde desarrollan las actividades.

Poseen aula, dormitorio, baño, biblioteca, acceso a Internet y en la mayoría de los casos se les suministra comida y uniforme.

6.2. Problemas actuales de la Residencia Médica

El Reglamento del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación y del Sistema Boliviano de Residencia Médica de la gestión 2002, carece de verdaderos mecanismos que amparen legalmente a las y los Médico Residentes, en estos aspectos:

1. Considerando que en la actualidad el Sistema de Residencia Médica en el departamento de La Paz, cuenta con 377 médicos residentes que están realizando su especialidad o subespecialidad, de las cuales el 54 % son mujeres y 46 % son hombres.

En los 2010, 2011, 2012 y 2013, se incremento el número de médicos residentes en estado de gestación, creando con ello un discontinuo en la formación académica Postgradual de la gestante.

2. Una de los mayores problemas que se ha encontrado la Residencia Médica en el Departamento de La Paz es la renuncia, deserción o abandono de los médicos residentes de primer año.

El año 2012 hubo 27 renunciaciones de médicos residentes de primer año, 15 de las cuales eran por no contar con estipendio.

En año 2013, 8 renunciaciones eran por concepto de no contar con estipendio.

Si bien las renunciaciones parecen haber bajado de 15 a 8, estas renunciaciones no deben existir, porque los médicos residentes en su estado de formación postgradual en Residencia Médica, deben contar con recursos económicos para valerse los tres, cuatro años o hasta 5 años de estudio.

3. Existen problemas relativos a la titulación y habilitación profesional de los especialistas, el significado del “aval” universitario y el acompañamiento de la universidad al proceso educativo, son algunos de los desafíos que se deben solucionar para que el médico residente pueda realizar el Año de Servicio Social Obligatorio.
4. En los últimos años existe demanda de profesionales en el área de salud, de especialistas y subespecialistas en todo el mundo, por tal motivo a la primera oportunidad que el especialista egresado y con certificación sale del país, esto debido a las mejores ofertas de trabajo que existe en el extranjero.

6.3. Solución del Problema

La Constitución Política del Estado en su Art 14 y la Ley N° 045 Ley contra el Racismo y toda forma de Discriminación, prohíbe y sanciona toda forma de discriminación.

Artículo 17. Toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación.

El Estado tiene la responsabilidad de brindar acceso a la salud, a una maternidad segura, al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a la seguridad social a hombres y mujeres en los artículos:

Artículo 18 que señala que todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

Artículo 45. Numeral V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en el periodo prenatal y posnatal.

La Constitución Política del Estado reconoce explícitamente los derechos de mujeres y hombres a la educación y la incorporación de la equidad de género como un valor fundamental en el sistema educativo, para el ejercicio pleno de los derechos humanos.

La protección a la Familia, la Maternidad y la Niñez, tiene su piedra angular en la Constitución Política del Estado Parte Tercera, Título V del Régimen Familiar, artículo 193, en el cual se encuentran protegidos el matrimonio, la familia y la maternidad; al igual que en el artículo 82 garantizará el acceso a la educación y la permanencia de todas las ciudadanas y los ciudadanos en condiciones de plena igualdad, artículo 48 numeral VI. Las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo.

La Ley General del Trabajo específicamente en su Artículo 61 indica que la embarazada tiene un período de descanso de 45 días antes y 45 días después del parto, asimismo se otorga una hora de licencia para lactancia.

Así como también descansos diarios por lactancia madre lactante puede disponer de 2 descansos diarios de 1/2 hora para amamantar a su hijo y por un período no superior a 1 año posterior al nacimiento.

Los derechos a descanso prenatal y descanso postnatal son normas de protección a la maternidad, amparado con la Constitución Política del Estado.

Estas normas se justifican por el deber del Estado de proteger la vida e integridad del que está por nacer, del recién nacido y del niño. Para proteger al que está por nacer, la ley establece una serie de garantías a favor la mujer embarazada, una de las cuales es el derecho-obligación a tener descanso prenatal. Por otro lado, para proteger al recién nacido, dentro de otras cosas, establece un derecho-obligación a gozar de un descanso postnatal. El descanso prenatal es de seis semanas antes del parto, según lo dispuesto por el artículo 61 Ley General del Trabajo. La

protección legal es concordante con la complejidad natural del último período de embarazo, en donde es aconsejable que la mujer deje de trabajar y realice actividades mucho más livianas que de costumbre.

La extensión legal del descanso postnatal es de 45 días después del parto. La justificación de este descanso se encuentra desde luego en la necesidad de que la mujer se recupere del parto, pero también para que pueda compartir a tiempo completo con su hijo recién nacido, durante su primer mes y medio de vida, período de extrema importancia en la relación afectiva con el recién nacido, y también en su amamantamiento.

Para hacer uso del derecho señalado anteriormente, deberá dar aviso a su Jefe de Enseñanza e Investigación, con copia al Docente Responsable, mediante carta adjuntando el certificado médico que acredite el estado de embarazo, enviada por lo menos en el séptimo mes de embarazo.

Para hacer uso del derecho a descanso de maternidad, deberá presentarse una carta dirigida al Jefe de Enseñanza e Investigación, con copia Docente Responsable adjuntando el certificado médico que acredite el estado de embarazo, la baja por el término de 45 días en relación al parto y 45 días post parto.

6.4. Propuesta de modificación al Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica

El propósito de la presente monografía es modificar el Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica, para la protección de los médicos residentes en las necesidades actuales en que se encuentran.

Dentro de los derechos del médico residente.

Artículo. Se prohíbe toda forma de discriminación al médico residente en razón de sexo, edad, orientación sexual, género, cultura, estado civil, embarazo, cultura y condición económica.

Artículo. La médico residente que se encuentre en estado de gestión, tiene derecho a descanso de maternidad, que consta de 45 días pre parto y 45 días post parto.

Artículo. La médico residente en estado de gestación deberá solicitar el derecho a descanso por maternidad a los 7 meses de gestación, remitiendo una carta al Jefe de Enseñanza e Investigación con copia al Docente Responsable, adjuntando certificado médico.

Artículo. El Jefe de Enseñanza e Investigación remitirá la solicitud de descanso por maternidad, de la médico residente gestante a la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica quien deberá emitir una resolución.

Artículo. La médico residente beneficiada con el derecho a descanso por maternidad deberá reponer los 45 días pre parto y 45 días post parto, al final de la gestión.

Artículo. El certificado de egreso de la médico residente que se benefició con el derecho a descanso por maternidad, será fechada por los años de formación que está hubiera realizado la especialidad o subespecialidad descontando el tiempo que se le concedió por el derecho a descanso por maternidad.

Artículo. La médico residente gozará de descansos diarios por lactancia de una media hora para amamantar a su hija o hijo y por un período no superior a un año posterior al nacimiento.

Artículo. El médico residente a la conclusión de la Residencia Médica deberá realizar el Año de Servicio Social Obligatorio, contando para su ejercicio con el Título Universitario otorgado por la Universidad.

Artículo. La Universidad, extenderá el Título Universitario para los médicos residentes que concluyeron los años de formación de la especialidad o subespecialidad correspondiente, será la Subcomisión de Postgrado y Residencia Médica encargada de realizar todos los trámites pertinentes.

Artículo. Es prioridad del Ministerio de Salud, Gobernaciones Departamentales, SEDES Departamentales y Centro Hospitalario, que todo médico residente debe contar con estipendio.

CONCLUSIONES

El avance científico que acontece a partir del periodo ilustrado hace inevitable el saber especializado. El profesional tradicional es humanamente incapaz de abarcar tan constante e ingente cúmulo de nuevos conocimientos.

La especialización demanda específica preparación, y en una disciplina tan marcadamente práctica cual es la Medicina, surge como natural consecuencia la llamada formación postgradual.

Hoy por hoy no puede ser de otro modo, no disponemos de alternativa formativa mejor en Bolivia. La necesidad de esta figura viene reconocida por razones utilitarias que tienen su raíz en remotos momentos históricos. Este tipo de formación especializada es gráficamente descrito por un reputado bioético, H.T. Engelhardt, en estos términos: “Las técnicas tienen que pasar del maestro sabio al aprendiz de curador, quien, mientras continúa en su aprendizaje, quizá saque un forúnculo, coloque un hueso o trate una fiebre con menos habilidad que el profesor, pero si los pacientes no cayesen en manos de estos jóvenes aprendices, la técnica parecería”. El modelo formativo referido, que ha gozado de tan indiscutido como amplio crédito dentro y fuera de nuestro país.

Es en ese entendido que se da nacimiento a la Residencia Médica en Bolivia con el Decreto Supremo N° 04789 de 4 de diciembre de 1957.

Se debe considerar que un buen sistema de salud depende en gran parte del incremento, la distribución, la composición y el desempeño de la fuerza laboral de los médicos especialistas.

El derecho a la salud es un derecho fundamental amparado por la Constitución Política del Estado para que responda a las necesidades sociales. Mejorar la calidad de la formación es un medio para asegurar la calidad de la atención en la salud.

Es un deber del Sistema Nacional de Residencia Médica proteger a los médicos residentes en cada etapa de formación Postgradual.

El Derecho a la vida es una prioridad para el Estado Plurinacional, y como Derecho fundamental amparar al concebido y a la progenitora, y más aun cuando la progenitora es médico residente y se encuentra en etapa de formación.

RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud, el Servicio Departamental de Salud (SEDES), el Comité Nacional de Integración Docente y Asistencial (CNIDAI), deben dar prioridad a las necesidades de los médicos residentes, una de las cuales es la necesidad económica como es el estipendio, todos los médicos residentes deben contar con estipendio para que puedan solventarse económicamente en los años de formación en su respectiva especialidad o subespecialidad.

La médico residente tiene derechos que el actual Reglamento del Sistema Nacional de la Residencia Médica no contempla, es por eso que la misma debe ser modificada para reconocer el derecho tanto de la médico residente en estado de gestación como también para el ser que ella lleva en su vientre.

El Año de Servicio Social Obligatorio está determinado por Resolución Ministerial como un deber del médico residente egresado, en ese entendido el Ministerio de Salud debe garantizar que el médico especialista tenga una titulación que acredite que es especialista, y es a través de la Universidad quien debe emitir el Título Universitario para que el médico especialista pueda ejercer y cumplir plenamente el Año de Servicio Social Obligatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- CÁRDENAS, Arévalo Jorge “Maravillas historia de la medicina”. Perú. 2004.
- Campus Virtual de Salud Pública de OPS. Disponible en: www.campusvirtualsp.org.
- BOLIVIA, Convenio Académico Interinstitucional entre la Caja de Seguridad Social – UMSA, de fecha 12 de marzo de 1988.
- BOLIVIA, Convenio entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Universidad Boliviana, de noviembre de 1987.
- BOLIVIA, Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Caja de Seguridad Social – UMSA, de fecha 3 de marzo de 1997.
- BOLIVIA, Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Caja Nacional de Salud y la Universidad Mayor de San Andrés, de fecha 3 de julio de 1997.
- BOLIVIA, Convenio Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, de fecha 29 de marzo de 1998.
- BOLIVIA, Convenio de Integración Docente Asistencial, de fecha 11 de noviembre de 1986.
- BOLIVIA, Convenio de Integración Docente Asistencial e Investigación entre la Universidad Pública Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes 20 junio 2011.
- BOLIVIA, Convenio Interinstitucional Facultad de Medicina, y la Caja Nacional de Salud, de fecha 19 de septiembre de 2003.
- BOLIVIA, Convenio Interinstitucional entre la Caja Nacional de Salud y la Facultad de Medicina y la Universidad Pública Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes, de fecha 25 de septiembre de 2007.
- BOLIVIA, Convenio Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación entre la Universidad Pública Boliviana y el Ministerio de Salud y Deportes, de fecha 8 de junio de 2011.
- BOLIVIA, Conferencia Nacional Ordinaria de Universidades VII, de 2001.
- BOLIVIA, Conferencia Nacional de Universidades VIII, de 2001.
- BOLIVIA, Decreto Supremo N° 4789, de fecha 4 de diciembre de 1957.

- BOLIVIA, Decreto Supremo N° 16181, de fecha 9 de febrero de 1979.
- BOLIVIA, Decreto Supremo N° 17203, de fecha 1 de febrero de 1980.
- BOLIVIA, Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia. Bolivia. 2008.
- BOLIVIA, Ley N° 9, de fecha 31 de diciembre de 1826.
- BOLIVIA, Ley N° 3131, de fecha 8 de agosto de 2005.
- BOLIVIA, Resolución del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial N° 004/2007, de fecha 27 de junio de 2007.
- BOLIVIA, Resolución del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial N° 014/2008, de fecha 14 de noviembre de 2008
- BOLIVIA, Resolución del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial N° 011/2010, de fecha 21 de diciembre de 2010.
- BOLIVIA, Resolución del Honorable Consejo Universitario N° 461/07, de fecha 12 de septiembre. 1997.
- BOLIVIA, Resolución del Rectorado N° 04/01, de fecha 29 de marzo de 2001.
- BOLIVIA, Reglamento del Proceso de Admisión al Sistema Nacional de Residencia Médica. Bolivia, de fecha 16 de noviembre de 2006.
- BOLIVIA, Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médica. Bolivia. 2004.
- RIOS Dalenz Jaime “Archivo Bolivianos de Historia de la Medicina. 1995.
- RIOS Dálenc Jaime. “El Sistema Nacional de Residencia Médica y su reglamento” Rev. Médica CNS. 1977.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 5 “Residencias médicas en América Latina”. 2011.
- ONRUBIA, J. Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Barcelona. Revista de Educación a Distancia (RED).