CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Organo oficial de la Facultad de Medicina

Volumen 45, Suplemento 1
1999
La Paz - Bolivia

Cuadernos del Hospital de Clínicas es una publicación semestral, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés

Director Honorario Vitalicio:	Dr. Jorge Ergueta Collao
Director Ejecutivo-Decano	Dr. Guido Zambrana Avila
Editor:	Dr. Eddy Ríos Castellanos

Consejo Editorial:

Vicedecano	Dr. Heriberto Cuevas Lizárraga
Carrera de Medicina	Dr. Germán Terrazas Rovira
Carrera de Enfermería	Lic. Yolanda Bedoya Arroyo
Carrera de Nutrición	Lic. Magdalena Jordán de Guzmán
Carrera de Tecnología	Dr. Hugo Galarza Subelza
Depto. De Medicina	Dra. Roxana de la Vega de Gutiérrez
Depto. De Cirugía	Dr. Otto Fernández Ramos
Depto. De Salud Pública	Dr. Carlos Paredes Borda
Depto. De Morfológicas	Dr. Edgar Arené Rada
Depto. De C. Funcionales	Dr. Jorge Fernández Dorado
Depto. De Patología	Dr. Alfonso Bolaños Molina
Depto. Materno Infantil	Dr. Gustavo Mendoza Rios
Instituto de Biología de Altura	Dra. Mercedes Villena Cabrera
Instituto de Genética Humana	Dr. Elvin Mollinedo Pérez

Los editores de la revista no se responsabilizan de las opiniones emitidas por los autores.

Artículos, correspondencia y cartas al Editor deberán ser enviadas en forma manual (impreso y disquete), o electrónica a:

Editor de Cuadernos del Hospital de Clínicas
Piso 12, Facultad de Medicina
Tele/fax 591 243493 E mail: **ceuumsa@datacom-bo.net**
La Paz, Bolivia

Los artículos que se envíen para publicación en esta revista pueden ser :

Trabajos originales de investigación
Actualizaciones
Casos clínicos
Misceláneos
Cartas al editor

Para detalles y recomendaciones concernientes a la preparación de artículos, véase el "Reglamento de Publicaciones" que aparece en esta edición.

La Revista "Cuadernos", acogerá favorablemente aquellos artículos que, al momento de presentarse para su publicación, incluyan un dictamen favorable del Comité de Etica para Investigaciones Humanas de la Facultad de Medicina. Dentro de un tiempo razonable, este dictamen se convertirá en obligatorio, en consonancia con los acuerdos internacionales.

La Revista "Cuadernos", se ha constituido en un órgano de publicación de artículos relacionados con las actividades de la Facultad de Medicina, y de acuerdo a la resolución Facultativa 090/99, su proceso de revisión de trabajos se realiza por pares académicos.

Para contratos de publicidad de casas comerciales y otras afines a los objetivos de la Revista, dirigirse a: Decanato de la Facultad de Medicina, Av. Saavedra No 2246, 2 piso. Teléfono 229589.

SUPLEMENTO CONMEMORATIVO EN HOMENAJE AL ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DEL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA PAZ, BOLIVIA.

CONTENIDO

Editoriales

Dr. Guido Zambrana Avila
Decano de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnologia Médica. 4

Dr. Eduardo Chavez
Director del Hospital de Clínicas 5

Trabajos originales

RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA PAZ
Dr. Javier Luna Orosco Eduardo 6

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL – INVESTIGATIVA (IDAI)
Prof. Dr. Jose Arteaga Herrera, Prof. Dr. Eduardo Chávez Lazo 28

EL PROCESO DE GESTION ESTRATEGICA
Dra. Maria del Carmen Garcia de Luna Orosco 36

ADMINISTRACION DEL COLEGIO DE MEDICINA
Dr. Rolando Costa Arduz 49

LOS HOSPITALES DE LA PAZ
Dr. Rolando Costa Arduz 55

Actualizaciones

CONVENIO DEL COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN C.N.I.D.A.I. 61

UNA MIRADA A LA ACTUAL INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL
Dr. Guido Zambrana Avila 65

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES 68

CONTENTS

Editorials

Dr. Guido Zambrana Avila
Dean of the Medicine, Nursery, Nutrition and Medical Technology Faculty 4

Dr. Eduardo Chávez
Director Hospital de Clinicas 5

Original articles

A HISTORICAL VIEW TO THE "HOSPITAL DE CLINICAS" OF LA PAZ
Dr. Javier Luna Orosco Eduardo 6

TEACHING – HEALTH CARE – RESEARCH INTEGRATION
Prof. Dr. Jose Arteaga Herrera, Prof. Dr. Eduardo Chavez Lazo 28

THE PROCCESS OF STRATEGIC MANAGEMENT
Dra. María del Carmen Garcia de Luna Orosco 36

ADMINISTRATION OF THE MEDICINE COLLEGE
Dr. Rolando Costa Arduz 49

HOSPITALS OF LA PAZ CITY
Dr. Rolando Costa Arduz 55

Update articles

OFFICIAL DOCUMENT OF THE AGREEMENT IN TEACHING – HEALT CARE – RESEARCH INTEGRATION 61

A CURRENT VIEW TO THE TEACHING - HEALTH CARE AGREEMENT
Dr. Guido Zambrana Avila 65

PUBLICATION RULES **68**

PRESENTACION

La celebración de un aniversario más del Hospital de Clínicas, ha brindado la oportunidad de plasmar gráfica y documentalmente en la Revista Cuadernos parte de su historia a fin de difundirla entre los colegas, con la seguridad de que se encontrarán con muchos datos que no les eran conocidos, con otros que creían conocerlos y que no eran ciertos, pero sobre todo con innumerables recuerdos gratos y seguramente tristes.

Un documento de esa naturaleza nos hará encontrar con los recuerdos de estudiante, de practicante de Interno, de Residente. Con la imagen de amigos queridos, de profesores admirados, de los que nos marcaron huella en algún lugar de nuestro espíritu. De los que están y de los que ya no están.

Dentro de unos años o décadas este número de nuestra revista será un documento histórico de referencia, por la naturaleza de los artículos, por la certidumbre de sus datos, por el sentimiento que se ha puesto en su edición para que muchos tengamos un fácil acceso al conocimiento de lo que fue y es nuestro Hospital.

Se incluyen el actual Convenio de Integración Docente Asistencial Investigativo (CNIDAD) que liga en la asistencia y la docencia a la UMSA y las instituciones públicas que prestan salud.

Por todo lo expresado, para la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica es particularmente grato presentar este número especial de la Revista Cuadernos.

Dr. Guido Zambrana Avila
DECANO

La Paz, Julio de 1999

EDITORIAL

El hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, es una benemérita Institución donde se acrisolan la asistencia y la docencia desde hace ochenta años. Constituye - sin lugar a dudas - el centro hospitalario con mayor tradición en la formación de recursos humanos para el sector salud, no solo del Departamento de La Paz, sino de Bolivia en su conjunto.

Por sus antiguos y venerables pabellones han pasado numerosas generaciones de médicos, residentes, internos o simplemente alumnos, beneficiados todos gracias al aporte generoso que ofrece a la enseñanza, a través de la enfermedad y sufrimiento de los humildes pacientes que acoge.

Ante tales méritos, es justo reconocer la deuda permanente que con él tenemos y que debe comprometernos en actitudes más leales y decididas para enfrentar y resolver sus deficiencias crónicas o eventuales en lugar de la indiferencia permisiva cuando vemos su infraestructura altamente deteriorada y abandonada.

En la formación de recursos humanos y respetando los alcances y compromisos de la Integración Docente Asistencial, la Universidad debe jugar un rol protagónico preponderante, contribuyendo a mejorar en todo sentido su principal centro de prácticas e investigación, tanto de Pregrado, como de Postgrado y Educación Médica continua.

De ahí el reto, que se tiene hoy y siempre para recuperar el sitial y su prestigio ganado; con la premisa que, EL UNICO DUEÑO DEL HOSPITAL DE CLINICAS ES EL PACIENTE, ATENDAMOSLO BIEN.

La Paz, 12 de julio de 1999

Dr. Eduardo Chavez Lazo
Director del Hospital de Clinicas

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA PAZ

*Dr. Javier Luna Orosco Eduardo**

RESUMEN

Se desarrolla un breve relato histórico de los hospitales de la ciudad de La Paz, existentes en los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX, así como de los antecedentes para la construcción del Hospital General de Miraflores, hoy Hospital de Clínicas. Entre los protagonistas se destaca a los principales filántropos de los hospitales, religiosas de la Comunidad de Santa Ana y médicos principales del pasado que, trabajaron en sus salas en diversos períodos de tiempo. Finalmente, se establece una cronología de los acontecimientos principales relacionados con el Hospital de Clínicas, desde 1986 hasta el presente.

PALABRAS CLAVE

Historia. Hospital General de Miraflores. Hospital de Clínicas. Hospitales de La Paz.

SUMMARY

A short history of the XVI, XVII, XVIII and XIX century hospitals of La Paz City is developed, as well as some facts of the construction de the General Hospital of Miraflores, know currently as Hospital de Clínicas. Between the protagonist are highlighted the main hospital's phi lan trophes and nuns of the Santa Ana community. The main past phycisians working in the wards in different times are mentioned. Finally a cronology of the main events related to the Hospital are mentioned since 1986 onwards.

KEY WORDS

History, General Hospital of Miraflores; Hospital de Clínicas, La Paz City Hospitals.

INTRODUCCION

El Hospital General de Miraflores u Hospital de Clínicas, tiene sus ancestros en los antiguos hospitales de La Paz hoy desaparecidos; cuya referencia se hace imprescindible cuando se trata de pergeñar una historia que nos permita destacar con reverente aprecio las instituciones y valores tradicionales del pasado. Además, antecedentes acumulados en cuatrocientos cincuenta años que ocupan tal historia, deben ser recordados cada cierto tiempo, no solo remozando los escasos documentos o escritos como los que han sido consultados para elaborar este trabajo, sino aportando datos adicionales que puedan abreviar el esfuerzo de futuros investigadores, y contribuyan a una mejor comprensión de las realidades pasadas, presentes y futuras. Con todas esas consideraciones, los acontecimientos y sus protagonistas que aquí se relatan, han sido cronológicamente ordenados en tres épocas que corresponden a la Colonial, Republicana y Contemporánea.

EPOCA COLONIAL. Siglos XVI - XVII - XVIII [1,2,3]

De acuerdo con las Cédulas Reales dictadas por el **Emperador Carlos V** y su hijo **Felipe II**, se fundaron asilos y hospitales en las villas más pobladas de los territorios conquistados que, para el caso del **Alto Perú**, estuvieron en **La Paz**, **Potosí** y **Chuquisaca**. Es así que el **28 de octubre de 1550**, Don **Juan Antonio de Ulloa**, luego de posesionarse como **Corregidor de La Paz**, da inicio a la construcción de un hospital denominado **"San Juan Evangelista"**, en una meseta quebrada separada del **Convento de San Francisco** por un sendero de tránsito a los viajeros de **Potosí** (**Garita de Potosí**), y que

* Presidente de la Sociedad Boliviana de Historia de la Medicina
Av. Busch Nº 1335, Telf. 226879 - 229476 - 01565633, Casilla Nº 101, La Paz-Bolivia

correspondió más tarde a la actual **calle Sagárnaga**. Sus salas fueron atendidas por el cirujano **Juan Viscaino** y el barbero **Alonso de Carvajal**, bajo la dedicada protección de los **monjes franciscanos** como dispuso el **Cabildo**, hasta el año 1629 cuando fueron reemplazados por la **Hermandad de San Juan de Dios**. Establecido el hospital, a poco faltó lo indispensable para la atención de los pacientes, obligándoles a salir a las calles envueltos en sus ropas reclamando caridad, razón por la cual la zona o barrio de este primer hospital, se llamó **"Cchokata"** que significa envuelto.

Más tarde, el **25 de mayo de 1555**, se dispuso la construcción de otro hospital exclusivamente para los españoles, denominado **"San Lázaro Bienaventurado"**, que recién pudo hacerse realidad a partir de **Diciembre de 1664**, cuando los **curas Juandedianos** compraron un sitio solar en una lugar del barrio de la **"Riverilla"** (actual **calle Loayza**) y se dió inicio a las obras con el dinero fruto de la venta del hospital de **"Cchokata"** al cura de **Quiabaya Cristóbal de la Peña**, quien, lo vendió a su vez, a unos comerciantes que lo convirtieron en el llamado **"Tambo de Harinas"** o de los **"Cochabambinos"**, aún recordado por los antiguos paceños. Este segundo hospital estuvo ubicado en la cuadra de la actual **Avenida Camacho**, comprendida entre las **calles Loayza** y **Bueno**, al lado de la **Iglesia de San Juan de Dios**, construída recién en el siglo XVIII por los filántropos **Juan de Landaeta** y su hijo **Martín** (Figs. 1,2,3). Por tal razón el hospital fue conocido más tarde como **"Landaeta"** - nombre alternativo al de **San Juan de Dios** que prevaleció hasta su demolición el año 1920-, habiéndose situado en su parte posterior el llamado **"Lazareto"** para enfermos incurables y contagiosos, como recuerdo del primitivo nombre de **"San Lázaro Bienaventurado"**. Como un hecho interesante, cabe mencionar que el cementerio primitivo aledaño al primer hospital de **"Cchokata"**, también fue trasladado al lado del nuevo hospital de 1664, razón por la cual se encontró una gran cantidad de restos humanos durante la demolición del Hospital **"Landaeta"**.

Dado el importante crecimiento urbano y la necesidad de tener un hospital destinado exclusivamente a mujeres, el **2 de Enero de 1807** se entregó al servicio público el Hospital **"Loayza"** -llamado en un comienzo **San José**-, construído con fondos otorgados por su filántropo el **General José Ramón de Loayza** (Fig. 4), ubicándose en el sitio antes ocupado por el **Beaterío de Nazarenas**, que corresponde en la actualidad a la tercera cuadra de la **calle "Loayza"** y parte de la **calle "Juan De la Riva"**, donde se encuentra la construcción de la **Facultad de Derecho** de la **UMSA**.

Por lo expuesto, se comprende que ambos hospitales estuvieron muy cercanos el uno al otro, siendo de presumir una relación funcional entre ambos, con desplazamiento del escaso personal médico y paramédico para su atención.

EPOCA REPUBLICANA. Siglos XIX y XX [4,5,6,7]

El **primer reglamento general de hospitales** fue

Fig. 1 Retrato de D. Juan de Landaeta, pintado por Diego del Carpio

Fig. 2 Retrato de D. Martín de Landaeta, pintado por Diego del Carpio

dictado por el **Mariscal Sucre**, en fecha **9 de febrero de 1826**, constituyendo para su época un interesante documento de vanguardia, en el que se declaraba que *el arreglo de hospitales y curación de los enfermos es uno de los objetos más sagrados en una nación.* Prohibía la aceptación de los *ociosos, crónicos y viejos*, estableciendo las diferencias entre hospital y hospicio y obligaba el pago de atención a los *que tengan proporciones y sean de casa acomodada.* Asimismo constituyó **Juntas de Sanidad**, para el control y fiscalización ciudadana de los hospitales, estimulando en la ciudadanía el *celo por la humanidad doliente.* Estas Juntas que, convertidas más tarde en **Comités de Hospitales**, funcionaron adecuadamente hasta inicios del año 1952, tiempo en el cual desaparecieron pese a los cambios sociales instaurados por la **"revolución nacional"**.

Otros acontecimientos importantes relacionados con los hospitales, fueron: la creación de la **Tenencia del Protomedicato** en 1857, encargada de vigilar los servicios sanitarios y el ejercicio profesional, y la promulgación de una **ley en Julio de 1861** disponiendo asignaciones económicas para los hospitales, aparte de los ingresos por concepto

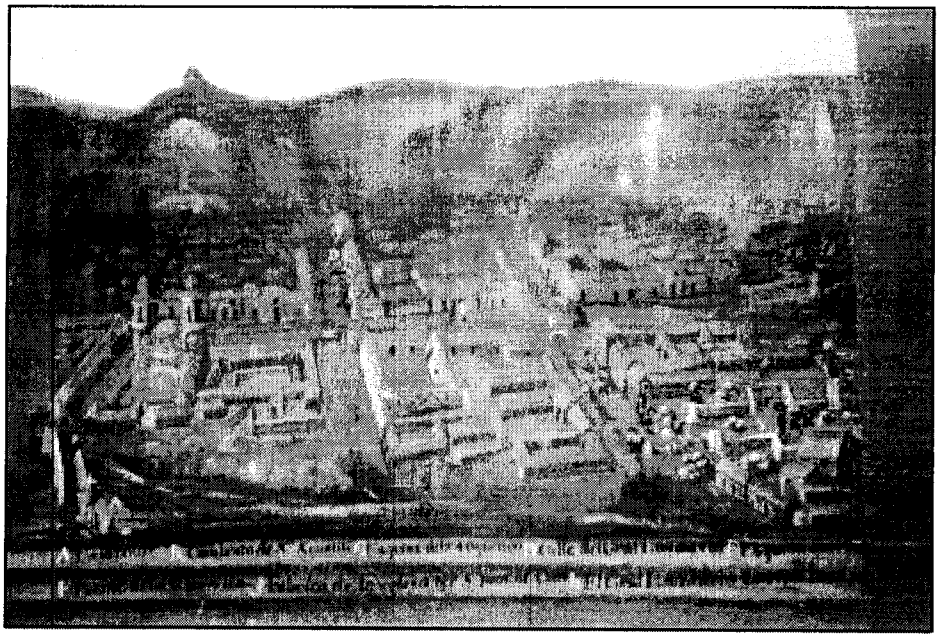


Fig. 3 Particular en el retrato de D. Juan de Landaeta, que muestra con la letra E, la esquina del hospital ubicado en el barrio de la "Riverilla"

Fig. 4 Retrato del General José Ramón de Loayza
Pintor anónimo

de rentas que les proporcionaba la propiedad **Maca-maca**, donada por el **General Ramón Loayza**.

En el **sexenio** comprendido entre 1865 y 1870, el **Gobierno del General Mariano Melgarejo** también se preocupó por el buen funcionamiento de los hospitales, con algunas medidas favorables que sorprenden, dado el desprestigio histórico del mencionado mandatario. Fue así que, convencido de que *uno de los principales deberes del gobierno era el de atender a las necesidades de los establecimientos de caridad* y encontrando que los fondos de los hospitales resultaban *insuficientes para procurarse en ellos la asistencia que el deber religioso impone y la humanidad doliente reclama*; Melgarejo quiso *dar testimonio de su preferente protección y de sus piadosos sentimientos en favor de los establecimientos mencionados*, dictando el **decreto del 5 de Marzo de 1865** que asignaba al hospital **"Landaeta"** mil quinientos pesos mensuales "sobre el producto de los derechos de la coca", en lugar del noveno mayor y noveno y medio menor que le correspondía en el ramo de diezmos, así como elevar a doce mil pesos anuales la asignación del hospital **"Loayza"** de mujeres. Los fondos asignados a los hospitales

Fig. 5 Vista del Hospital "Landaeta" junto a la Iglesia de "San Juan de Dios"

Fig. 6 Grupo de las primeras 16 hermanas de Santa Ana que llegaron a Bolivia el año 1879

fueron fiscalizados por **juntas humanitarias**, cuyo trabajo fue fomentado mostrando uno de los primeros antecedentes de participación ciudadana, rescatada últimamente por la llamada **Ley de Participación Popular** que quisiéramos verla más efectiva y menos demagógica en el manejo y mejoramiento de nuestros centros de salud.

Con la caída de **Melgarejo** se constató que los hospitales resultaron insuficientes para recibir tantos heridos en la refriega del **15 de Enero de**

Fig. 7 Una sala del Hospital "Landaeta"

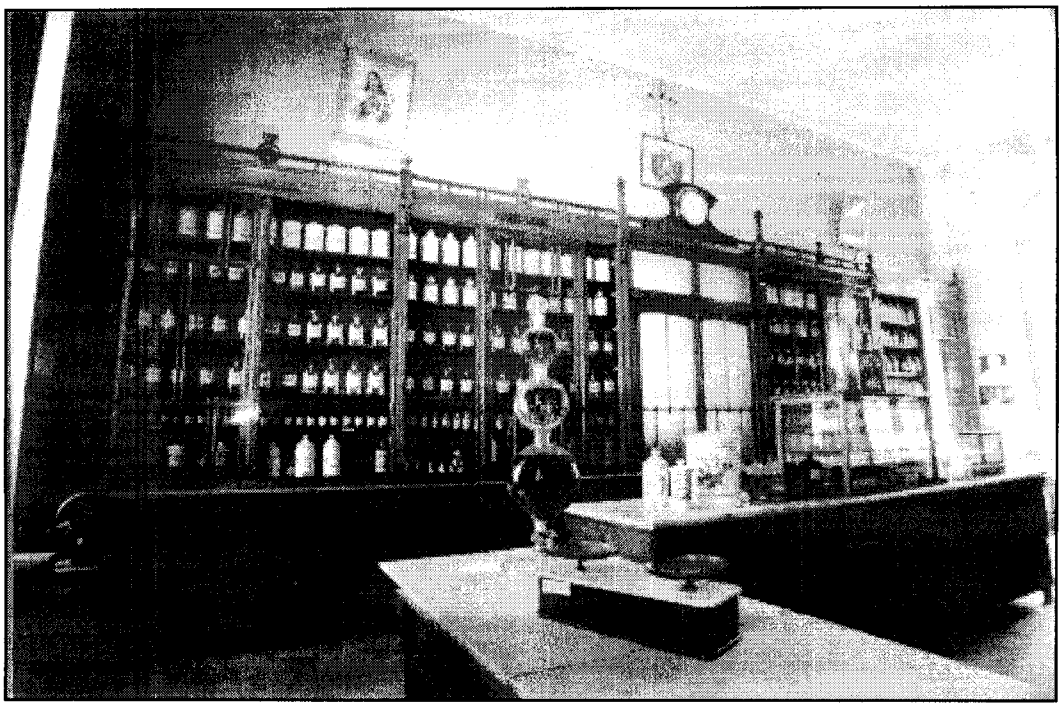


Fig. 8 Farmacia del Hospital General de Miraflores

1871, razón por la cual el nuevo mandatario **Agustín Morales** quiso edificar dos nuevos salones, concluidos recién en 1883 (Fig. 5).

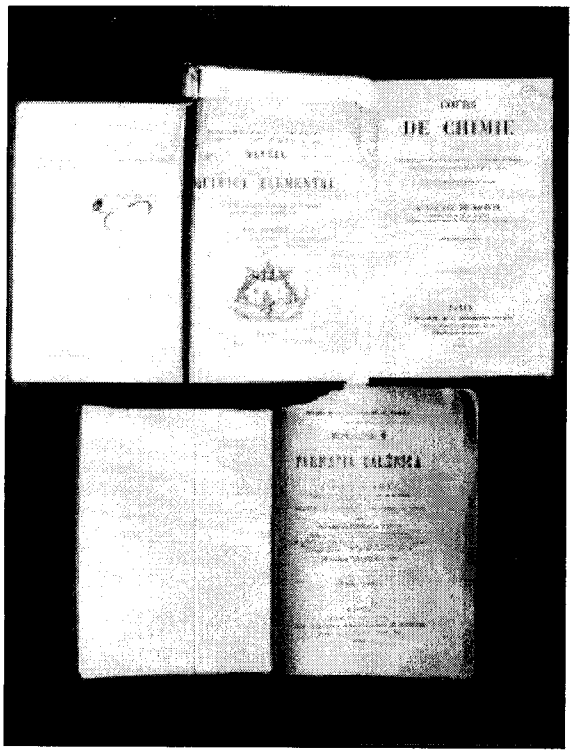


Fig. 9 Textos de consulta de las religiosas encargadas de la botica

Presencia de las religiosas de "Santa Ana" [2,8,9]

Un hito fundamental en la historia de los **hospitales de La Paz**, y por tanto del **Hospital General de Miraflores**, fue la llegada a **Bolivia** de las religiosas de la **Comunidad de "Santa Ana"**, por decisión del **Concejo Municipal de 1878**, cuyos miembros veían con preocupación la falta de higiene y personal adiestrado convenientemente para la atención de los enfermos. **La Paz** era una ciudad en crecimiento con cincuenta mil habitantes, y los dos hospitales existentes estaban tan pobremente atendidos que, las infecciones, epidemias y contagios, provocaban un alarmante porcentaje de defunciones. Ante esta situación, se consideró con esperanza la posibilidad de conseguir el traslado desde **Europa** de alguna comunidad de religiosas con experiencia en atención de hospitales, quedando pendientes conseguir el dinero para este propósito y la persona capaz de llevarlo a feliz término. Afortunadamente, ambas dificultades fueron superadas por la generosidad de D. **Benigno Clavijo**, noble y rico vecino hermano de un obispo que puso a disposición cuatrocientos mil bolivianos, y la decidida predisposición del abnegado sacerdote italiano **Padre Vicente Rocchi** de **"La Recoleta"**, quien

Fig. 10 Imagen en piedra de San Juan de Dios, que inicialmente estuvo situada en el Hospital "Landaeta"

partió para **Europa** en **Julio de 1878**, provisto del encargo oficial de la **Municipalidad de La Paz** sin saber a ciencia cierta dónde dirigirse. En **Francia** y **España** sus peticiones no fueron atendidas, hasta que llegado a **Roma** y colaborado por el representante de **Bolivia** ante la **Santa Sede**, se pudo entrevistar con varias superioras de órdenes religiosas que, sin embargo, encontraron todas ellas serias dificultades para enviar personal a un país tan alejado y poco conocido. **Rocchi** no se desanimó, continuando su peregrinar hasta **Milán**, donde recibió referencias del **Instituto de las Hijas de Santa Ana** fundado en la ciudad de **Placencia** por la genovesa **Rosa Gattorno** en 1866. Allí se dirigió, encontrando receptividad en la Madre Fundadora para la firma de un primer acuerdo, poniendo a disposición dieciséis hermanas que constituirían el primero de los numerosos grupos misioneros desplazados a distintos lugares de **América Latina, en los años sucesivos**.

Es de anécdota señalar la exigencia del **Padre Rocchi** en el acuerdo que, a la letra, pedía: *hermanas virtuosas, robustas, de edad conveniente, llenas de espíritu de sacrificio y vacías de amor propio, dispuestas a servir por amor a Dios* y haciendo específica referencia a la parte económica, en el Art. 4 señalaba: *La*

Fig. 11 Al centro (de negro) el Dr. Claudio Sanjinés Tellería, y marcado con el N° 16, el Ingeniero-Arquitecto D. Emilio Villanueva

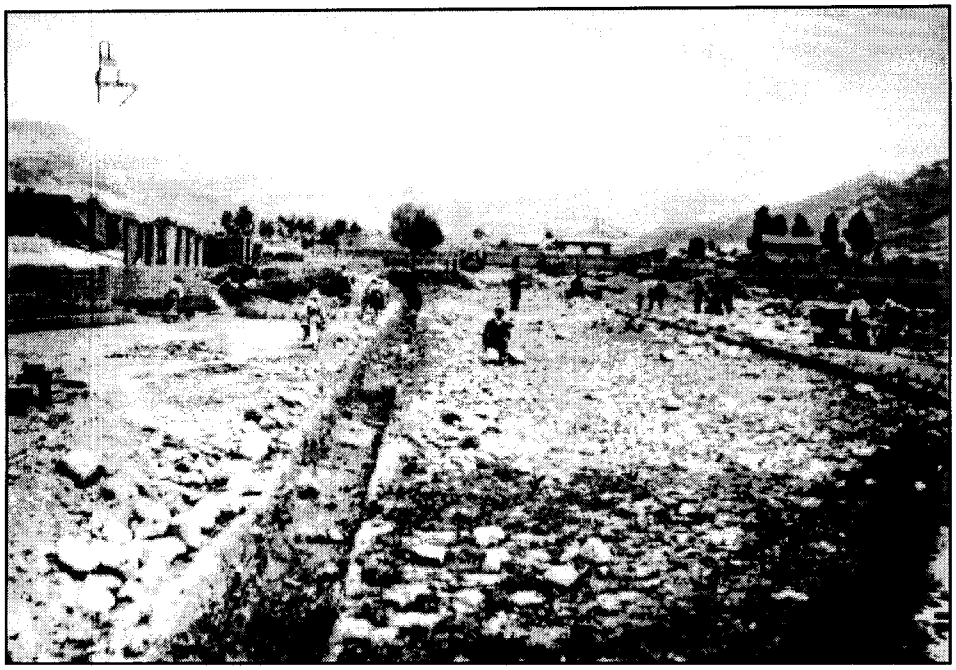


Fig. 12 Excavación para cimientos del Hospital General de Miraflores

Municipalidad de La Paz, según el presupuesto de los gastos de este año, pone en balance (para la marcha de los hospitales) la suma de 28.237 bolivianos, gastos que, probablemente, disminuirán a causa del servicio que prestarán las ***Hijas de Santa Ana****, las cuales están acostumbradas a trabajar solas, sin cargar a las administraciones con una multitud de servidumbre. Por ejemplo en el* ***Hospital "San Juan de Dios" ("Landaeta")*** *habrá un solo médico, un capellán, uno o dos sirvientes, un portero, un lavandero, una cocinera y un cochero.* El Art. 5 disponía a su vez que *Las Hijas de Santa Ana con su actividad procuraran economizar con respecto al presupuesto de 1878; estos ahorros irán a su favor (¡!) para su alimento y vestuario* y,

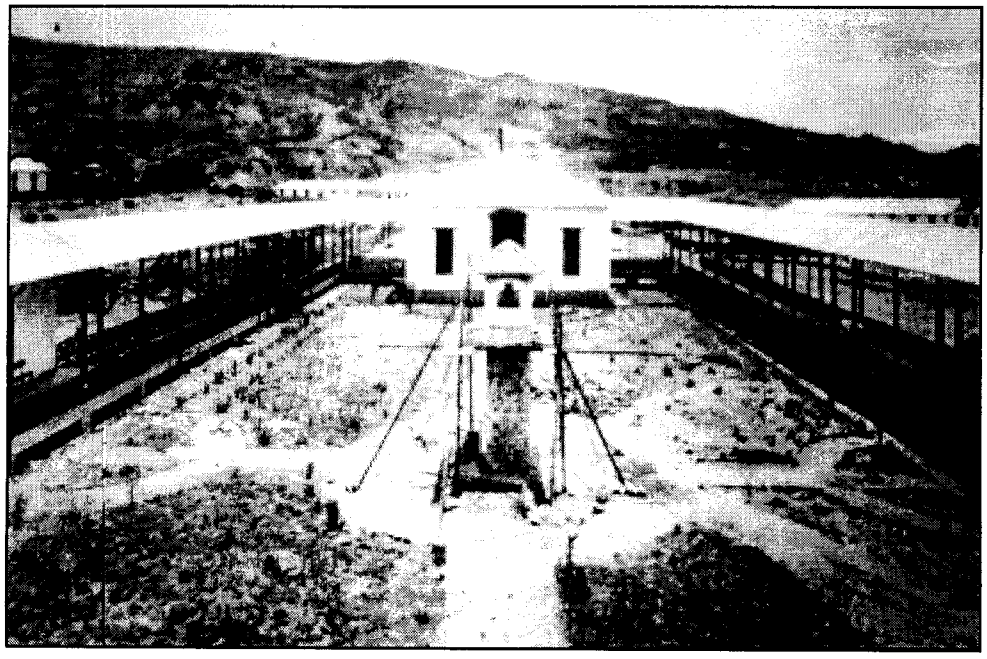


Fig. 13 Jardín central y corredores laterales del Hospital General de Miraflores, en plena construcción

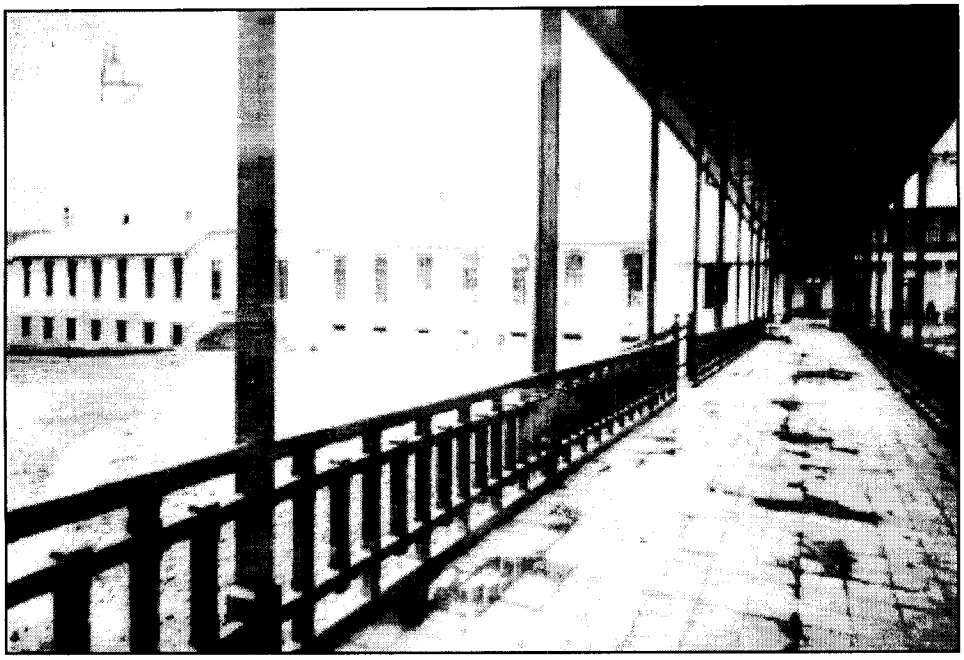


Fig. 14 Corredor sur del Hospital, antes que se construya el Quirófano Central el año 1948

finalmente, el Art. 7 preveía: *Para que no resulte inútil el gasto del viaje a América, las Hijas de Santa Ana se obligan a quedar en La Paz, al servicio de los hospitales de la ciudad, por un tiempo no inferior a diez años, que serán contados a partir del día de su llegada.*

Madre Rosa aceptó las pesadas condiciones planteadas por el **Padre Rocchi**, y segura de la plena disponibilidad de sus hijas se dispuso a redactar la lista con los nombres de aquellas primeras dieciséis misioneras que merecen perenne gratitud y reconocimiento de todos los bolivianos, sores: **Cunegunda Conti**, **Felicidad Conti**, **Livia Tallarini**, **Modesta Molesti**, **Zoila Levi**, **Amedea Gregori**, **Perpetua Torrieli**,

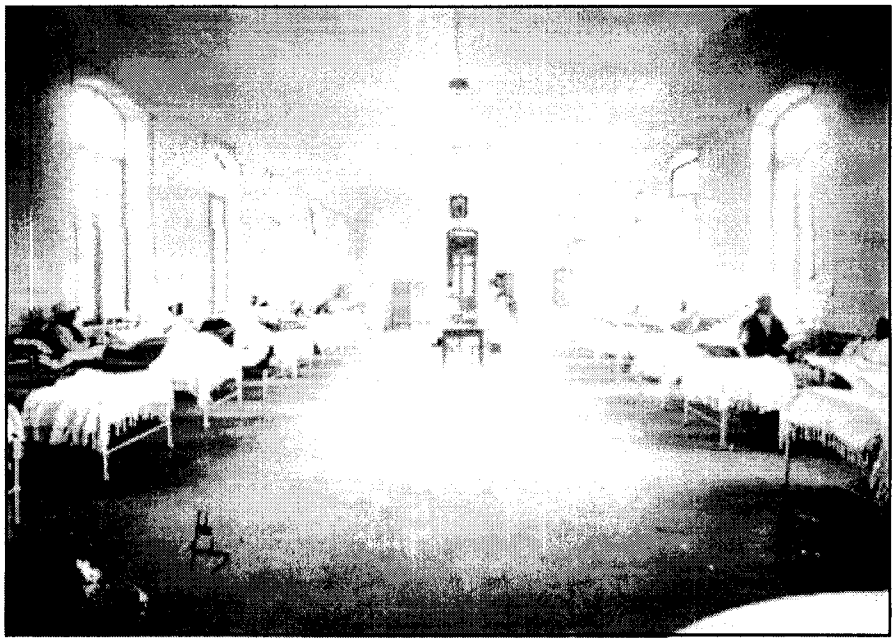


Fig. 15 Una sala del nuevo Hospital General Miraflores

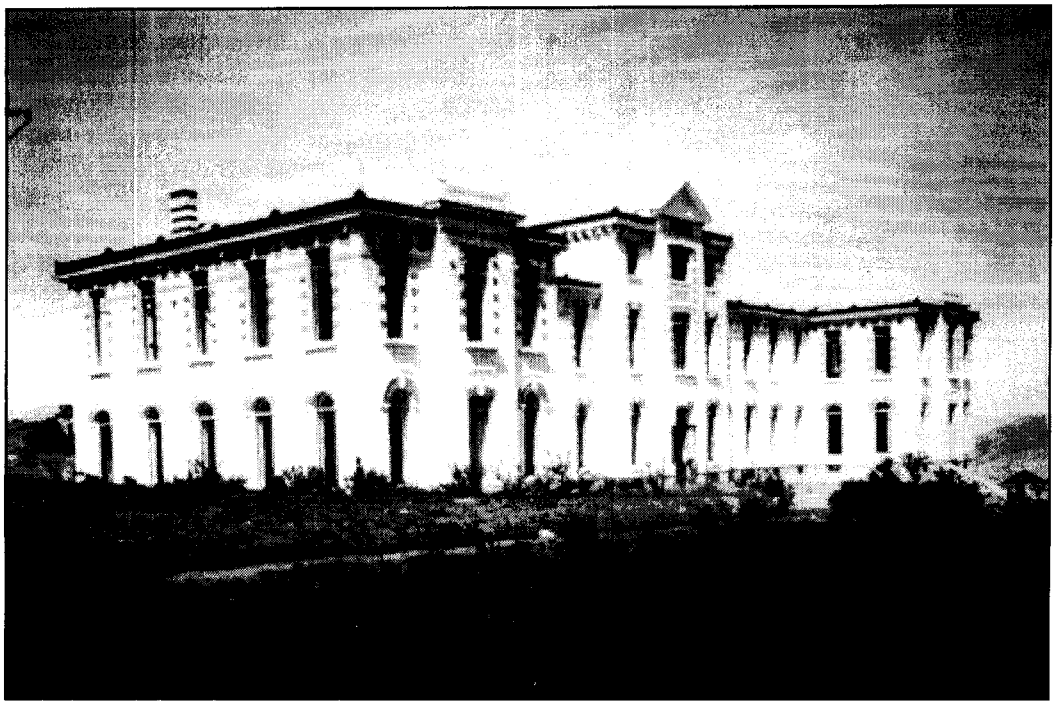


Fig. 16 Vista del Pabellón Administrativo del Hospital General de Miraflores año 1918

Anunciata Chiodelli, Lucía Taraballi, Clelia Semeria, Damiana Giovenetti, Gaudiosa Scandolari, Domilita Solenghi, Escolástica Barreliani y **Buenaventura Torrieli**; siendo nombrada Superiora **Sor Ana Josefa Troni,** una de las primeras cinco compañeras de la Fundadora (Fig. 6,7). Este contingente de religiosas que llegó a **La Paz** en **Enero de 1879,** inició su actividad en **Febrero**, con el infortunio de perder a dos de sus integrantes -**Sor Escolástica Barelliani** y **Sor Modesta Molesti**-, fallecidas por contagio de enfermedades hospitalarias, antes de transcurridos cuarenta días de su llegada. Por otra parte, estallada la **Guerra del Pacífico**, nueve religiosas integraron las **ambulancias bolivianas** ostentando el brazalete de la **Cruz Roja Internacional**, recibiendo su "bautizo de fuego" en la sangrienta

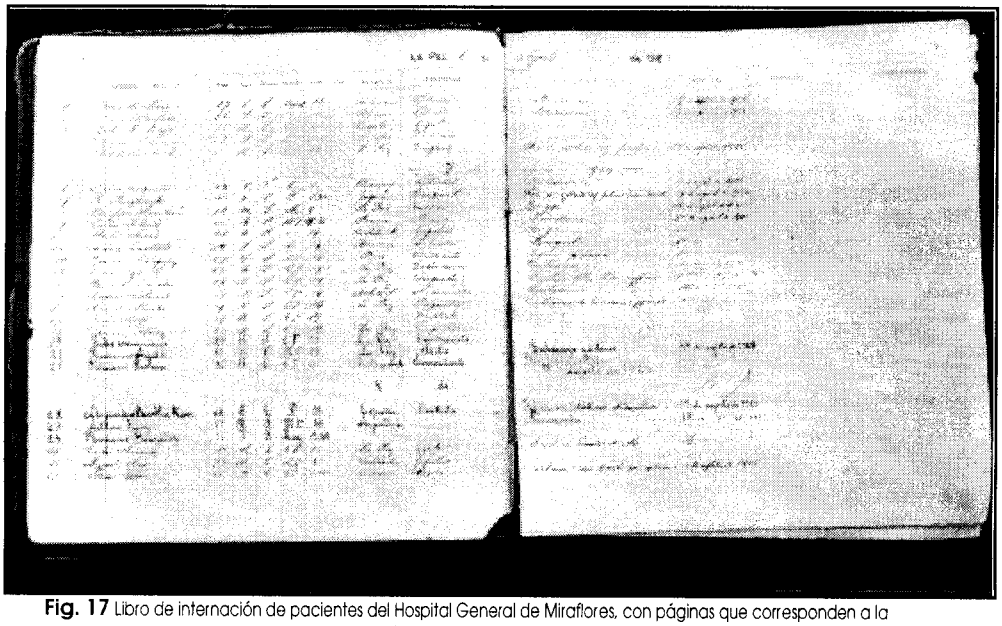


Fig. 17 Libro de internación de pacientes del Hospital General de Miraflores, con páginas que corresponden a la atención del 6 de agosto de 1925

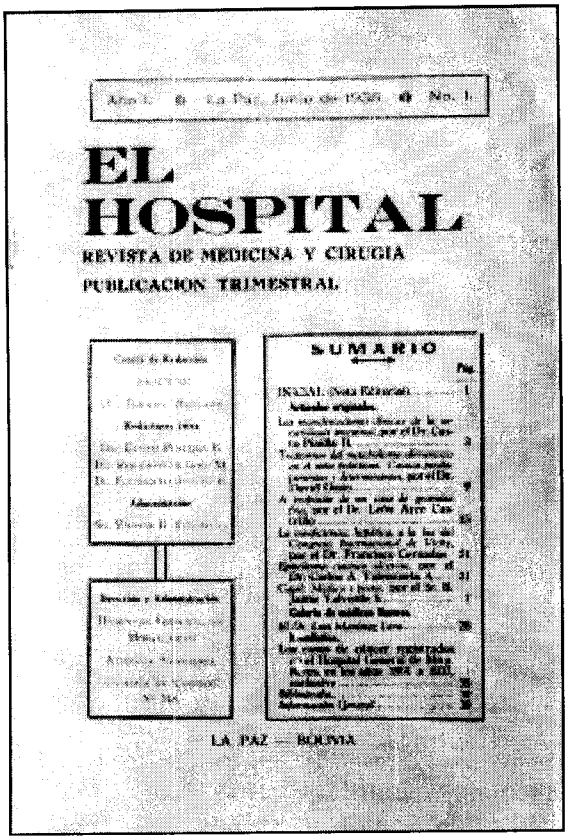

EL
HOSPITAL
REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA
PUBLICACION TRIMESTRAL
SUMARIO
LA PAZ — BOLIVIA

Fig. 18 Caratula del primer número de la Revista "El Hospital", año 1938

batalla del Campo de la Alianza, el **26 de Mayo de 1880**. Antes de salir al frente, dichas religiosas -sin descuidar la atención de los hospitales de **La Paz**-, confeccionaron junto a sus otras compañeras, las hilas, vendas, fajas y otros útiles necesarios para los heridos en los campos de batalla, a más de algunos miles de escapularios y detentes para colgar en los pechos de los soldados y oficiales combatientes.

Otro antecedente digno de ser remarcado, fue la organización, cuidado y atención de la botica de los hospitales, confiada principalmente a **Sor Ana Anunciata Chiodelli**, luego de rendido un examen de suficiencia a satisfacción del médico **Vicente López** y del químico farmacéutico **Domingo Lorini**. Más tarde llegarían otras monjas boticarias que le dieron un carácter sumamente profesional a la **Farmacia del Hospital General de Miraflores**, orgullo patrimonial, no solo del hospital actual, sino de la propia ciudad de **La Paz** (Figs. 8,9).

La obra invalorable de las **monjas de Santa Ana** -extendida progresivamente a todo el territorio nacional-, permanece por ciento veinte años, al presente orientada más en el rubro educativo que sanitario; siendo una verdadera lástima que por

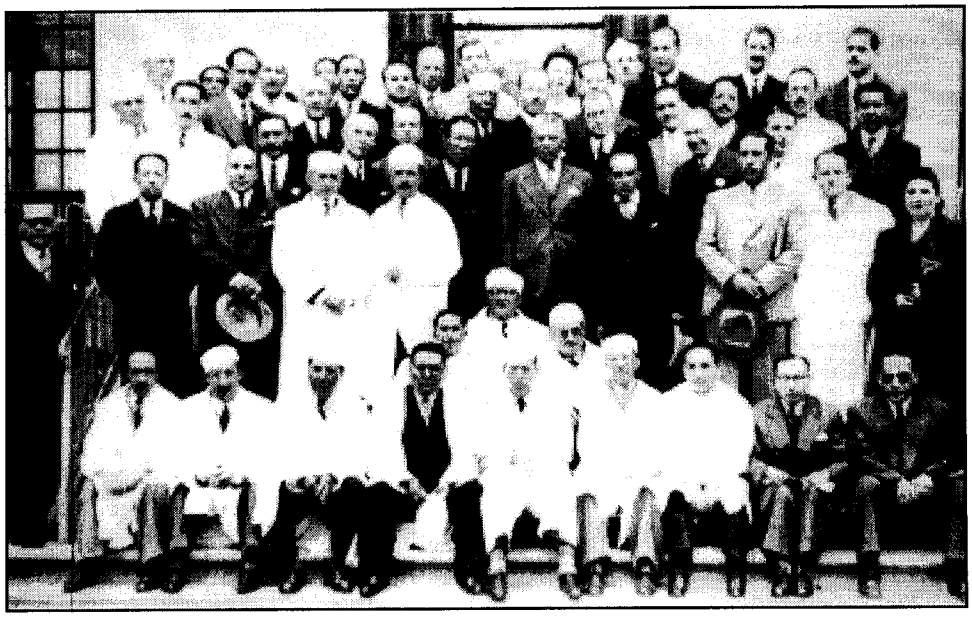


Fig.19 Grupo de médicos asistentes al V Congreso Interamericano de Cirugía en Octubre de 1948. Se reconoce a los doctores: Félix Veintemillas, Daniel Bilbao Rioja, Jenaro Mariaca, Casto Pinilla, Hernán Quiroga, Fernando Alvarez, Guillermo Pérez Salmón, Edmundo Ariñez Zapata, Filiberto Oviedo Rodas, Manuel García Capriles; entre otros muchos colegas destacados del interior y exterior de la República. Fotografía tomada en la escalinata que da acceso al jardín central del Hospital

Fig. 20 Grupo de antiguos médicos vinculados con el Hospital General de Miraflores. Se reconoce entre otros a Claudio Sanjinés Tellería, Andrés S. Muñoz, Manuel B. Mariaca, Elías Sagárnaga, Natalio Aramayo, Luis Villegas, Nestor Morales Villazón, Eugenio Luna Orosco, José Dimitilo Tapia, Gustavo Carvajal.

crasos errores de las autoridades de salud en diferentes y efímeras gestiones gubernamentales, se hubiera permitido el abandono de las monjas en el servicio y administración de casi todos los hospitales del país, incluido el **Hospital de Clínicas de La Paz**, donde permanecieron hasta principios de 1993.

Casi al finalizar el siglo XIX, el día miércoles **20 de Julio de 1892**, se suscitó en el hospital **"Landaeta"**, un incendio de proporciones que duró cuatro horas dejando en escombros parte del edificio. En estas penosas circunstancias, se volvió a probar el estoico sacrificio de las religiosas, que no escatimaron riesgos ni esfuerzos en la evacuación de los enfermos,

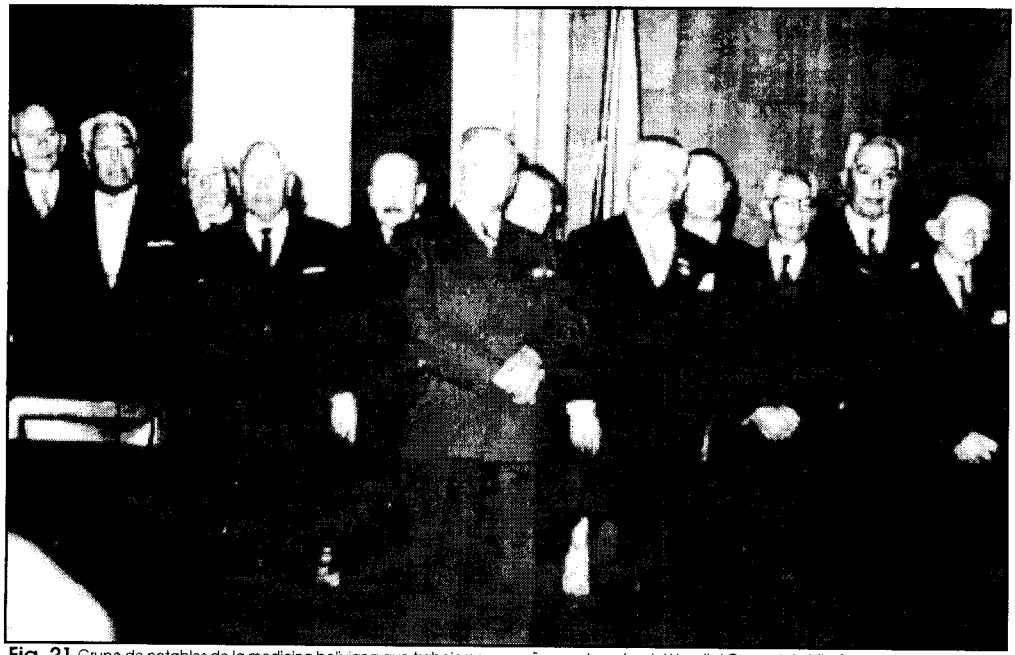


Fig. 21 Grupo de notables de la medicina boliviana que trabajaron y enseñaron a las salas del Hospital General de Miraflores De izq. a der. doctores: Enrique Berrios, Domingo Flores, Francisco Cernadas, Luis Villegas, Daniel Bilbao Rioja, Nemesio Torres Muñoz, Abelardo Benavente y Enrique Saint Loup

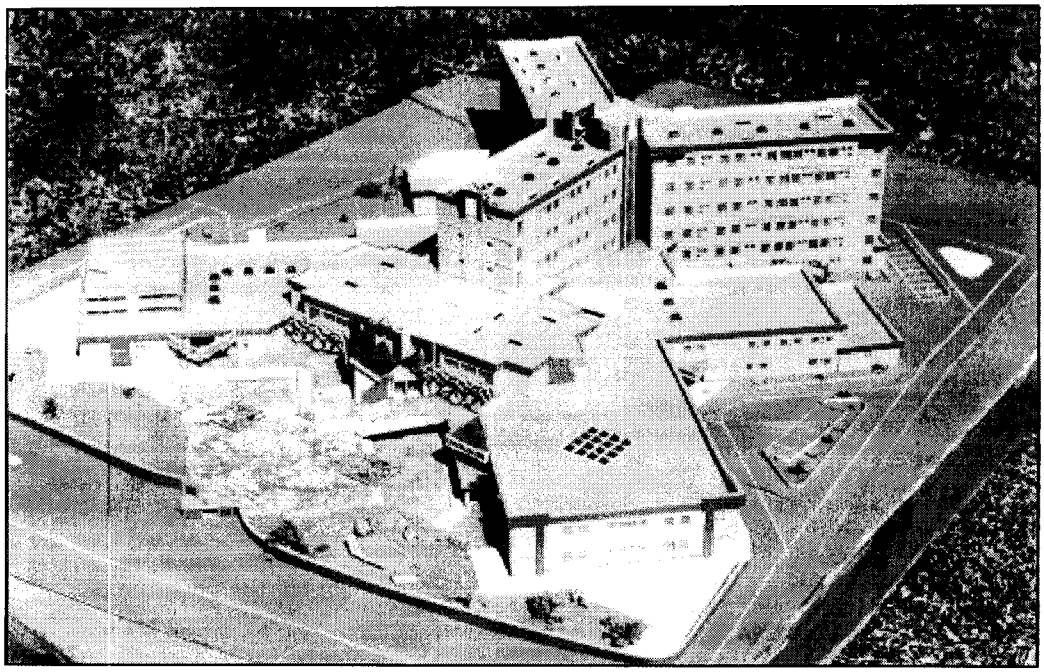


Fig. 22 Maqueta del Nuevo Hospital de Clínicas que se desea para La Paz

multiplicándose para poderlos atender en condiciones verdaderamente críticas.

Breve semblanza de los benefactores[2,10,11,12,13]

Antes de pasar a describir la época contemporánea, es justo destacar a los benefactores que tuvieron los hospitales de **La Paz**, siendo los principales **Juan de Landaeta**, su hijo **Martín**, el **General José Ramón de Loayza**, **Martín Cardón** y **Modesta Sanjinés Uriarte**.

El primero, **D. Juan de Landaeta**, nacido en **Arica**, fue un hombre acaudalado que ocupó el cargo de **Corregidor y Justicia Mayor de la Provincia Omasuyos**, para después asentarse en la ciudad de **La Paz** y ejercer el cargo de **Alcalde Ordinario** en dos oportunidades. Para ese tiempo promovió con su propio dinero la construcción del templo de **"San Juan de Dios"** al lado del hospital de la **"Riverilla"**, a cuyo mantenimiento contribuyó permanentemente, solidarizándose con los enfermos y el abnegado trabajo de los **sacerdotes Juandedianos** que -como ya se dijo- lo atendían desde el siglo XVII. Continuador de su benéfica obra fue su hijo sacerdote **D. Martín de Landaeta**, **Arcediano de la Catedral de Nuestra Señora de La Paz**, que mandó concluír el retablo del altar mayor del Templo del llamado **Santo de los Hospitales** como fue reconocido **San Juan de Dios** en todo el mundo (Fig. 10).

Por su parte, el **General José Ramón Loayza** -de notorio recuerdo histórico por haber sido uno de los promotores de la **revolución de Julio de 1809** y responsable del **Poder Ejecutivo** en un momento de crisis, como **Vicepresidente** del **General Pedro Blanco** asesinado en la **"Recoleta"** de **Sucre**-, construyó no solo el hospital **"Loayza"** de mujeres en la ciudad de **La Paz**, sino los de **Oruro** y **Cochabamba**, actualmente inexistentes.

En lo que se refiere a **Martín Cardón** -firmante del **Acta de la Independencia** como diputado a la **Primera Asamblea Constituyente** de 1825-, dejó testamento disponiendo que todas sus propiedades dentro y fuera de la ciudad *pasasen a poder de los hospitales, sin que jamás pudiesen ser vendidas, debiendo sus rendimientos servir de por vida para su sostenimiento.* Esas propiedades fueron una casa en la **calle "Comercio"**, las haciendas **Calachapi** en la **Prov. Loayza**, y **Pajchani-Molino**, **Santa Rosa** y **Mohomó** en la Prov. Omasuyos.

Fig. 23 La nueva construcción de la Unidad de Oncología y Radioterapia

Finalmente, doña **Modesta Sanjinés Uriarte** costeó la construcción de una sala adicional para el hospital de mujeres.

EPOCA CONTEMPORANEA. Siglo XX
1,14,15,16,17,18,19,20,21

Iniciado el siglo XX, los viejos hospitales de **La Paz**, resultaron insuficientes y poco adecuados para los requerimientos de una importante población citadina y los avances médicos y científicos que comenzaban a desarrollarse con gran fuerza en el mundo entero. Es así que surge la iniciativa de construir un nuevo hospital para **La Paz**, aprobándose la **Ley del 11 de Enero de 1905** que facultaba a la **Municipalidad** la tramitación de un empréstito de Bs. 500.000, destinados a tres obras de importancia: Hospital, alcantarillado y mercado. Consolidado el empréstito se perdió mucho tiempo discutiendo si el nuevo hospital debía asentarse en el barrio de **Sopocachi** o de **Miraflores**, argumentando razones higiénicas, climáticas y topográficas. Se decidió entonces constituir una comisión de estudio integrada por los médicos **Claudio Sanjinés Tellería, Elías Sagárnaga** y **Natalio Aramayo**, apoyada por los "metereologistas" Rvdo. Padre jesuíta **Juan Moral** y **Eduardo Idiaquez**, a más de los asesores, ingenieros **Adán Sánchez** y **Antonio Camponovo**. Dicha comisión optó por el extremo sur de **Miraflores** para la construcción, eligiéndose en concurso el proyecto presentado por el Ingeniero-arquitecto **Emilio Villanueva**, con una capacidad de seiscientas camas para una población de ciento veinte mil habitantes. Adquiridos los terrenos de diversos ciudadanos en una superficie que superaba los 70.000 metros cuadrados, se adjudicó la construcción a la empresa del señor **Pascual Luppo**, bajo el control directo de la **Junta Impulsora**, conformada en **Junio de 1918** por los doctores **Andrés S. Muñoz** y **Claudio Sanjinés Tellería**, conjuntamente con los señores **Jorge Saenz, Juan Perou, Gerardo Velasco** y **Juan Muñoz Reyes**, estos dos últimos como representantes del **Banco de la Nación Boliviana**, otorgante de un importante crédito a ser cubierto en parte por la venta de los antiguos hospitales (Fig. 11).

Concluida la construcción de los primeros pabellones y servicios, el **Concejo Municipal** dispuso la extensión de los rieles del tranvía hasta el nuevo hospital y resolvió la traslación de los enfermos del hospital **"Landaeta"**, efectuada el **24 de Octubre de 1919**. Para ese tiempo, se consiguió también la primitiva estufa de esterilización, y un auto-ambulancia **"Cadillac"** de sesenta caballos, puesto en

Fig. 24 Una vitrina del Museo del Hospital

servicio para los traslados entre los hospitales, Asistencia Pública y consultorios. Cabe hacer notar que las enfermas del hospital **"Loayza"**, recién pudieron ser trasladadas a **Miraflores**, el año 1921 (Figs. 12,13,14,15,16,17). El año 1923 fue de notorios avances para el nuevo hospital, con el funcionamiento del **Laboratorio Central**, la construcción de lo que habría de ser la **Maternidad**, y la puesta en vigencia del **Reglamento General de los Hospitales de La Paz** y el **Reglamento de Enfermeras**. En el primero se consignaban veinticinco capítulos referidos a las funciones del personal (incluido el capellán), a los enfermos, a las secciones de desinfección, autopsia y otras, al laboratorio y botica, y muy particularmente a las funciones del Munícipe Inspector, Cirujano Director del Hospital, Médico Interno -que venía a ser el Jefe Médico y la segunda autoridad después del Director-, de los médicos y cirujanos y de los practicantes. Por su parte el **Reglamento de Enfermeras** consignaba la necesidad de crear una Escuela que funcionaría directamente bajo la tutela de la **Dirección de Hospitales**, con especificaciones sobre duración de los estudios, condiciones de admisión y sueldo. Ese mismo año se propuso por primera vez la publicación de una **revista científica del hospital**, substanciada recién con el nombre de **"El Hospital"**, por el director Dr. **Jenaro Mariaca** en 1938 y con duración ininterrumpida por casi diez años hasta 1947 (Fig. 18), tiempo después del cual saldría la ya clásica revista **"Cuadernos"**, dirigida por el Dr. **Jorge Ergueta Collao**.

Para el año 1924, se concluyeron la **Maternidad**, la **Sección de Pagantes** y la de **Cirugía Mujeres y Ginecología** que, inicialmente, funcionaron juntas. Ese mismo año se dió curso a la adquisición del aparato de rayos X (llegado en 1925), aparato de diatermia y endoscopio universal, elementos que constituían una premiosa necesidad, porque hasta entonces existía dependencia del **Hospital Militar**. Por otro lado, pese a la conclusión de la **Maternidad**, se hizo entrega de una posta central con el mismo objeto, dadas las dificultades de transporte de las parturientas. Estuvo situada en lo que hoy es la **Asistencia Pública**, bajo la dirección del **Dr. Natalio Aramayo**.

Con el antecedente previo del estreno y bendición de la **capilla**, que había sido concluida a mediados de 1926 gracias a un aporte de la viuda del presidente **Severo Fernández Alonso** y de delicada ornamentación interior, luciendo incluso la milagrosa imagen de la Virgen de Remedios

Patrona del Hospital[1] ; hasta el año 1929, se complementarían otros servicios con tecnología de punta para la época, como la lavandería a vapor, el horno eléctrico aledaño a la cocina y un pequeño camal que permitía faenar ganado para cubrir los requerimientos alimenticios del hospital. Sin embargo, ya en 1925 -cuando aún no se había terminado ni la mitad del proyecto original inspirado en el **Hospital Lariboisiere de París**-, el propio arquitecto proyectista D. **Emilio Villanueva**, sostuvo que las ideas sobre la construcción de los hospitales había desechado totalmente el sistema de pabellones aislados, buscando más bien edificaciones que concentraran todas las reparticiones hospitalarias. Propuso no seguir con el plan original y levantar un monoblock de 10 pisos con capacidad para 600 camas, financiado con la venta de la gran extensión de terrenos no construidos que el hospital poseía. Ni en 1925, ni a la fecha; quienes manejaron o manejan la suerte del hospital, se dieron cuenta de esto y prosiguieron con adaptaciones, acoplados o "parches" arquitectónicos, dependiendo de las necesidades de crecimiento. Los más útiles de tales acoplados o adaptaciones, fueron, sin lugar a dudas, la construcción del **Pensionado** en 1945, y del **Quirófano Central** con motivo de la celebración del **IV Centenario de la Fundación de la ciudad de La Paz**, y la realización del **V Congreso Interamericano de Cirugía**, con intervenciones quirúrgicas practicadas en esa nueva dependencia (Octubre de 1948). Para esas mismas fechas, se entregó el auditorio del hospital y se fundó el servicio de la **Cátedra de Urología** (Fig. 19).

Como un hecho particularmente anecdótico, señalamos para el registro histórico la **huelga de practicantes** suscitada el **9 de Noviembre de 1929**, alegando falta de pago de sueldos.

Médicos principales

Aún con el riesgo de incurrir en involuntarias omisiones, no podemos dejar de recordar a los más connotados médicos que tuvo el **Hospital General de Miraflores**. Es así que quien figura como **primer director** bajo el título de **Cirujano Jefe de los Hospitales**, fue el Dr. **Claudio Sanjinés Tellería**, de inolvidable memoria por los muchos beneficios que aportó, no solo por la construcción y organización de nuestro querido hospital, sino por haber sido el verdadero **pionero de la cirugía en Bolivia**[22]. En ese mismo año ocupa el cargo de **Médico Interno** el Dr. **Juan Manuel Balcazar**[15], siendo sucedido en 1920 por el Dr. **Abelardo Ibañez Benavente**[15] que, a partir de 1923, ocuparía la Dirección dejada por **Sanjinés**, colaborado por el **Médico Interno** Dr. **Ernesto Navarre**[16]. Durante esta dirección se instaló el **Laboratorio Clínico** bajo la jefatura del Dr. **Pedro Valdivia** -asistido por el practicante **Nicanor Oblitas**[17]-, y el consultorio gratuito de **Otorrinolaringología**, a cargo de **Félix Veintemillas Butrón**[17]. El **"Lazareto"**, que constituye actualmente el pabellón ocupado por las unidades de **Dermatología e Infectología**, estuvo dirigido a su vez por el Dr. **Arturo Fuentes Alcoreza** en reemplazo del Dr. **Carlos Nieto Navarro**, nombrado **Munícipe Inspector de Hospitales** [17]

Pasado el año 1925 se hizo más estable la distribución de las secciones o servicios en los distintos pabellones hospitalarios, cada una de las cuales tenía un jefe encargado como bien recuerda el Dr. **Edmundo Ariñez Zapata** en su libro **"Algo tengo para contar"**. Es así que, por la invalorable importancia de su testimonio, trascribimos fielmente una de sus descripciones como practicante del año 1932: *El de Miraflores* (refiriéndose al hospital) *constaba de un cuerpo central sobre la Avenida Saavedra y paralelo a ella en el que estaban instaladas la Dirección, Administración, Farmacia, Biblioteca y otras dependencias en la parte baja, dejando la parte alta para residencia y capilla privada de la Congregación de las monjitas de Santa Ana. Detrás había un gran jardín central, cuadrilongo con dos corredores simétricos a los lados sobre los que estaban construidos los pabellones de enfermos, dos a la derecha que se destinaron a las salas de Medicina Varones, el más próximo dirigido por el Dr. Francisco Cernadas que años después llegó al Decanato de la Facultad de Medicina y el del fondo por el Dr. Pedro Valdivia, que era la sala de la Facultad de Medicina. En la planta baja de estas dos salas estaba la tercera, a cargo del Dr. David Capriles que recibía casos*

1 Cuenta la tradición que la Virgen de "Remedios" -cuya imagen se encontraba en una pared del tambo "de las harinas"-, se apareció una noche en el Hospital, solicitando curación de unas heridas en el rostro y la mano que, por proteger a su pequeño niño en brazos, le habían sido inferidas por un ebrio malhechor de apellido Cañizares, al no concederle la gracia de ganar en el juego. En la actualidad la imagen esta ubicada en el altar mayor de la Iglesia de San Juan de Dios y muestra las cicatrices de las heridas a las que se hace referencia.

de neurología, psiquiatría y otros casos de menor importancia clínica a juicio de los practicantes que recibían a los pacientes en la sala de recepción.

Siguiendo el corredor había otro pabellón de tres salas destinado a Cirugía de Varones: la primera del Dr. Félix Veintemillas, la segunda del Dr. Valentín Gómez y la tercera, planta baja, destinada a enfermos de piel y otras cosas menores que requerían curaciones u otras manipulaciones.

"Sobre el corredor izquierdo, solo había un pabellón de dos salas de Medicina Mujeres, la primera a cargo del Dr. José D. Tapia, profesor de Terapéutica y la segunda, del Dr. Luis Martínez Lara, profesor de Medicina Legal y Decano de la Facultad de Medicina.

Ambos corredores terminaban en un espacio libre del predio en cuyo fondo a la derecha, estaba otro pabellón de tres salas llamado "Lazareto", porque a él se destinaban las enfermedades infecciosas, la primera a cargo del Dr. Arturo Fuentes Alcoreza, la segunda del Dr. Stohman y la tercera del Dr. Carlos Nieto Navarro.

Sobre la Avenida Saavedra, antes de llegar al cuerpo central del edificio, estaba la Maternidad con Don Natalio Aramayo y la Cirugía de Mujeres con el Dr. Ernesto Navarre que tuvo gran papel en la marcha de la Universidad Autónoma.

"Hago esta rememoración de la arquitectura del Hospital porque, años después, cuando transcurrían varios que yo lo había dejado, lo ví convertido en un conjunto de construcciones nuevas hechas sin orden ni concierto, que lo habían convertido en un verdadero campamento.[21]

Asumiendo esta importante descripción, es necesario recordar otros nombres de grandes maestros de nuestra Medicina, que dejaron huella enseñando en las salas del **Hospital General de Miraflores** (Fig. 20,21). En **Cirugía y sus especialidades** -a más de **Sanjinés**, **Ibañez Benavente**, **Veintemillas**, **Gómez**[23] y **Navarre** ya mencionados-, contó con la presencia de **Luis Villegas**, **Daniel Bilbao Rioja** [24], **Enrique Saint Loup**[25] y **Teodoro von Borries**, maestros a su vez de **Edmundo Ariñéz Zapata**, **Filiberto Oviedo Rodas**, **Juan Gamarra Antezana** [26], **Manuel García Capriles**[27] y **Mario Michel Zamora**[28], este último creador del **Servicio de Neurocirugía**, como lo serían casi en los inicios del hospital, **Veintemillas en Otorrinolaringología** -seguido más tarde por **Hugo del Castillo**, **Jorge Estenssoro** y **Luis Pozo Trigo-**, y **Gregorio Mendoza Catacora** en **Urología** colaborado por **Rodolfo Rada** y **Donato Gamarra**. En **Coloproctología Carlos Alfredo Rivera**[29] y en **Ginecología**, el propio **Sanjinés Tellería**, **Saint Loup**, y muy especialmente **Enrique Berríos**[30], seguido por **Roberto Suárez Morales**[30] y **René Flores Rodriguez**. **Obstetricia** a su vez -a más de la figura patricia de **Natalio Aramayo**[1]-, tuvo a **Jenaro Mariaca**, **Julio Manuel Aramayo**, **José Valle Antelo** y **Luis López Ballesteros**, formadores de una lista de prestigiosos colegas obstetras vivos y desaparecidos que, por lo extensa, no es posible mencionar. La **Traumatología y Ortopedia**, con los doctores **José Antezana Estrada** y **Fernando Alvarez García**, especificamente ligados a la especialidad, fueron atendidas por los cirujanos generales, hasta la creación de un servicio independiente jefaturizado durante muchos años por el Dr. **Walter Arteaga Cabrera**. Un servicio que se consolidó con la cátedra fue el de **Dermatosifilografía**[31], atendido por **Luis A. Nava**, **Jorge Suárez** y **Fernando Cárdenas Uzquiano** en diferentes épocas. Algo parecido sucedió con **Anatomía Patológica**, establecida regularmente por **José Santos Arévalo**[32] seguido por **Nicanor Machicado** y colaboradores.

Para el caso de las medicinas, a más de los doctores citados en el testimonio del Dr. **Ariñez**, cabe recordar de manera cronológica, a los doctores **Miguel Granados García** y **Armando Morales Guzmán** -ambos en **Cardiología**-, **Casto Pinilla**, **Ismael Morales Pareja**, **Guillermo Pérez Salmón**, **Guillermo Jáuregui Guachalla**, **Rodriguez Chamorro** (**Infectología**), **Enrique Aparicio Chopitea**, **Luis Felipe Hartmann**, **Oscar Eguía**, **Felipe Dips**, **Jaime Torrico**, **Cidar Humérez**, **Federico Aliaga**, **Edgar Santalla** y **William Michel**, todos ellos, en las distintas ramas de la Medicina Interna, verdaderos cultores de la **clínica** y de la **semiología**. Con referencia a la **Pediatría** y

Cirugía Pediátrica, valga destacar a los doctores **Nestor Morales Villazón** -que a más de **precursor de la Pediatría**[1] fundó **el Instituto Nacional de Bacteriología**, aledaño al Hospital-, **Nestor Salinas Aramayo, Antonio Pizarro Gómez, Rafael Sardón, Armando López Sánchez** y **Eduardo Vela**, cuando se atendían niños en el **Hospital General de Miraflores**, antes de la habilitación del **Hospital del Niño**. En lo que hace a la **Oftalmología**, los precursores en los consultorios de los viejos hospitales y en la primera época del General, fueron **Gustavo Carvajal, Leocadio Trigo** y **Luis Martínez Lara**[33], hasta la fundación del **Hospital de Ojos "Said"** con fuerte impulso imprimido por **Luis Landa Lyon**, seguido años más tarde por **Remberto Monasterio Claure, Fidel Flores** y **Javier Pescador Sarget**, por citar los principales. Los servicios de apoyo, como el **Laboratorio Central y Banco de Sangre**, contaron con el trabajo tesonero de **Jorge Ergueta Collao** y **Oscar Eguía**; en tanto que **Radiología** se desarrollo en base al aporte de **Carlos Valenzuela** seguido posteriormente por **Ulpiano Ayo, Hernán Quiroga, Enrique Toro** y los hermanos **Aguirre Zegarra**. Finalmente, el servicio de **Anestesiología** fue fundado indiscutiblemente por **Carlos Castaños Arellano**[34], con el antecedente valioso para la historia que, a más de las monjas, oficiaron como primitivos anestesiólogos en las primeras operaciones de **Sanjinés Tellería**, los venerables doctores **Andrés S. Muñoz** y **Manuel B. Mariaca**[1].

Los directores

En la historia del **Hospital General de Miraflores** hubieron más directores de lo deseable, por haber primado el nombramiento de favor político antes que las normas, siendo la mayor parte de ellos interinos con breves períodos de gestión. Obviamente tales interinatos no pudieron ofrecer grandes posibilidades de desarrollo, con males agravados por la permanente falencia presupuestaria, el desgaste y obsolescencia de la infraestructura física, la desorganización interna y la fuerte competencia de la que fue víctima el hospital, tanto interna -por la creación de otros centros asistenciales dentro de su propio predio, dependientes casi todos del mismo sistema público de salud que curiosamente compite consigo mismo manteniendo tal dispersión en lugar de centralizar servicios y optimizar recursos-, como externa, por la profusión de hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, gabinetes de imágenes y farmacias; muchos de ellos aledaños al hospital, para captar o exaccionar sus pacientes.

En suma, de los aproximadamente cuarenta directores que tuvo el **Hospital General de Miraflores**, ni la mitad ocuparon el cargo de acuerdo con las normas, siendo necesario sin embargo, hacer un esfuerzo por recordar los nombres de muchos, dada la falta de documentación y archivos. En orden más o menos cronológico, los directores fueron: **Claudio Sanjinés Tellería, Abelardo Ibañez Benavente, Félix Veintemillas, Enrique Berríos, Jenaro Mariaca, Valentín Gómez Carretero, Armando Morales Guzmán, Gregorio Mendoza Catacora, Enrique Saint Loup, Edmundo Ariñez Zapata, Filiberto Oviedo Rodas, Jorge Ergueta Collao, Juan Asbún, Juan Aliaga Moller, Alberto Gumiel, José Sánchez, Humberto Prudencio, Jorge Auza, Luis Mendieta, Roberto Pérez Cueto, Luis Felipe Hartmann, Carlos Castaños, Oscar Eguía, Hugo Palazzi, María del Carmen García, Renán Chávez, Jaime Torrico, Ruth Calderón, Gustavo Rocha, Armando Rondón y Eduardo Chávez**.

En este apartado, ya que nos acordamos de los directores, acordémonos también que el **Hospital General de Miraflores** no solo fue la casa grande para formar generaciones y generaciones de médicos en todo el país, sino que de sus salas salieron numerosos **Directores de Sanidad, Ministros de Salud** y **Subsecretarios**; sin que ninguno de ellos pueda ser recordado para la historia, por haber contribuido de manera verdaderamente significativa en la superación de sus difíciles condiciones, y menos para mejorar su infraestructura o construir una nueva, como desde hace rato clama La Paz.

Los últimos años

Para terminar, se señalan algunos antecedentes importantes de los últimos años, enfatizando que algunos de ellos destacan merecidamente logros irreversibles conseguidos en el hospital, y la

mayor parte su relación con problemas actuales pendientes de solución.

A instancias de la **Brigada Parlamentaria de La Paz**, el **Legislativo** promulga la **ley Nº 171 de 31 de enero de 1986** que establece y declara de máxima prioridad la **construcción del nuevo Hospital de Clínicas**[35].
En octubre de 1987 se realiza en la **Prefectura del Departamento de La Paz**, un foro-debate sobre la **"Problemática del Hospital de Clínicas"**, con la presencia y participación de todas las instituciones paceñas, entre las cuales están la propia **Prefectura, Alcaldía, Corporación de Desarrollo de La Paz, Universidad Mayor de San Andrés, instituciones cívicas, Unidad Sanitaria La Paz, Hospital de Clínicas** y muchas otras; concluyéndose con un documento de **20 resoluciones** entre las cuales se pide el cumplimiento de la **ley de enero de 1986** y se conforma un **Comité Impulsor Pro-construcción** del nuevo Hospital[36].

El **año 1990** se "remodela" aisladamente el **Pabellón Central de Operaciones** construido en 1948, gracias a una importante contribución económica del industrial de la **Cervecería Boliviana Nacional**, Sr. **Max Fernandez Rojas**, quien no acepta unir capitales con los $us 700.000 ofertados por **CORDEPAZ** en el **foro-debate de octubre de 1987**, para construir una obra nueva.

En **noviembre de 1992, CORDEPAZ** elabora un diagnostico de situación y presenta públicamente un **"video diagnóstico del Hospital de Clínicas"**. En dicha oportunidad, representantes del **Comité de Defensa y Fortalecimiento del Hospital de Clínicas**, hacen entrega de los **Términos de Referencia** para la construcción del nuevo hospital.

En **enero de 1993, CORDEPAZ** contrata los servicios de **"Arquitrabe"** (Empresa de Arquitectura), la cual elabora el diseño final arquitectónico de acuerdo a la realidad y necesidades actuales del **Hospital de Clínicas**, para 360 camas optimizadas al 100% de su ocupación con futuras proyecciones de crecimiento vertical. Dicho diseño que incorpora un juego de 26 planos y la maqueta correspondiente (Fig. 22), son **entregados en acto público el 10 de junio de 1993**[37].

En fecha **14 de septiembre de 1993**, la **Asamblea de la Paceñidad** que integra a todas las instituciones regionales, cívicas y **Brigada Parlamentaria de La Paz**; emite la **Resolución 003/93** suscrita entre otros muchos por el Prefecto, Alcalde, Presidente de **CORDEPAZ**, representantes de la **Brigada Parlamentaria Paceña** y Presidente del **Comité Cívico**, estableciendo sendas resoluciones que se hicieron públicas en varios periódicos de circulación nacional, reclamando la necesidad de construcción del nuevo hospital.

El **15 de Septiembre de 1993**, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, entrega computadoras al hospital y se crea la **Unidad de Informática**, dentro de los alcances y necesidades del **Sistema de Información Gerencial (SIG)**.

Entre **1994 y 1995** se adquieren otras unidades computacionales para **Contabilidad, Archivo Clínico, Laboratorio Central** y **Dirección**, comenzando la transformación y modernización del flujo administrativo asistencial.

El 15 de enero de 1995 se firma un **convenio de cofinanciamiento** entre el **Hospital de Clínicas** (fondos propios) y **CORDEPAZ** (fondos aportados), para la **construcción de la Unidad de Radioterapia**, como contraparte del país ante un **proyecto de cooperación internacional de la Organización Internacional de Energía Atómica**, que ofrece la **donación** de una bomba de cobalto, simulador y equipo de braquiterapia. Dicha construcción -la única absolutamente nueva desde las construcciones de 1948, y que como ninguna otra en el país cumple con todas las prescripciones internacionales exigidas para su específico cometido-, es entregada en acto público el **16 de Abril de 1996**[38], como parte del nuevo Hospital a ser edificado (Fig. 23).

El **20 de Julio de 1995**, el **Ministerio de Desarrollo Humano** y la **Secretaria Nacional de Salud**, confieren al **Hospital General de Miraflores** la **Orden de la Salud Publica**.

El **28 de Agosto de 1995**, el **Gobierno Munici-**

pal de La Paz, confiere al **Hospital de Clínicas** el **Escudo de Armas de la Ciudad de Nuestra Señora de La Paz** en el **grado de Servicios Especiales**.

El **16 de junio de 1996** se presenta ante la **Dirección Municipal de Salud**, el **Proyecto para la Construcción de una Nueva Infraestructura del Hospital de Clínicas**, y se aprueban los estudios de ingenierías con el fin de completar el proyecto, no realizados hasta el presente.

El **16 de Julio de 1996** se presenta a la **Dirección de Salud Municipal**, el pliego de especificaciones para la compra de un **Equipo de Cirugía Laparoscópica, microscopio quirúrgico** y **ecógrafo**; adquiriéndose los dos primeros -previa licitación pública-, con fondos propios del hospital, entre **1997 y 1998**.

En fecha **11 de Julio de 1996**, el **Foro Paceño** emite una declaración, exigiendo el cumplimiento de la **Ley 171** (para la construcción del nuevo hospital) y de la **Resolución 003/93** de la **Asamblea de la Paceñidad**.

En **1997** llega el **equipo de Telecobaltoterapia** donado por la **Comisión Argentina de Cobaltoterapia** y los equipos de simulación y braquiterapia donados por la **OIEA**, puestos en funcionamiento regular a partir de **Abril de 1999**. Con esto se marca un hito fundamental en la **Historia del Hospital**, porque lo sitúa en posición de ventaja para la oferta de servicios, frente a otros centros públicos y privados que no cuentan en La Paz con este recurso, excepto el Hospital Obrero Nº 1[39].

En **Octubre de 1997** se **inaugura el Museo Médico 40,** en un esfuerzo conjunto entre el **Hospital de Clínicas**, el **Colegio Médico Departamental** y la **Sociedad Boliviana de Historia de la Medicina**; en concordancia con la política de preservación de Pabellón Administrativo, declarado **Patrimonio Cultural de la Ciudad de La Paz** (Fig. 24.)

En **Noviembre de 1998**, se amplía el **Museo** con una **Sala Biblioteca** que rescata valiosos libros pertenecientes a figuras médicas del pasado, equipos antiguos de **Oftalmología** y láminas de una colección ilustrada de **Historia de la Medicina.**

El **20 de Julio de 1998**, las **autoridades edilicias** colocan la "piedra fundamental" de iniciación de obras del nuevo hospital, sin conocerse hasta el presente cuáles serían las fuentes de financiamiento.

Desde 1993 se vienen consiguiendo algunos equipos de donación, gracias a la solidaridad de personas y/o instituciones locales o internacionales.

La presente gestión ha retomado la reorganización administrativa y de gestión hospitalaria, con impulso a programas vitales como la **Contabilidad Integrada** y **Centros de Costos.** Actualmente se encuentra trabajando en la técnificación de sistemas informáticos para el control de las cajas recaudadoras y la Unidad de registros médicos.

Comentario Final

Con todos estos últimos antecedentes, y la larga historia de servicio al país que tuvo y tiene el Hospital General de Miraflores, hoy de Clínicas; cabe señalar una orientación de **continua lucha** que nos lleve a reivindicar sus legítimos derechos, pospuestos no solo por la barrera de indiferencia de autoridades políticas circunstanciales, sino por la reprochable pasividad y rutina de quienes se sirven de él para conseguir cualquiera de los nobles fines que otorga, sin saberlo defender cuando lo acechan males como su desgajamiento en una pluralidad de centros -cada uno con sus propias orientaciones-, o lo que es peor, su desorganización interna -que persiste-, las restricciones existentes para permitirle disponer libremente de los recursos económicos que genera, o la ruina de su infraestructura física ya obsoleta.

Referencias

1. Balcazar, Juan Manuel "Historia de la Medicina en Bolivia". Ediciones "Juventud". La Paz-Bolivia, 1956 (PP. 197-202, 292, 416-

418, 504, 507, 511)
2. Crespo, Luis S. Esbozo histórico "Los Hospitales de La Paz", Capítulo Segundo del libro "Las Bodas de Oro de las Hijas de Santa Ana en Bolivia"
3. Piérola Machicado, Luis Felipe "El Primer Hospital" (Resumen Histórico sobre la Profesión Médica en La Paz). Guía de La Paz en el IV Centenario y Breve Historia de la Ciudad. Imprentas Asociadas Sociedad Limitada, La Paz-Bolivia, 1948 (PP. 419)
4. Mendizabal Lozano, Gregorio "Antecedentes de la Creación de Hospitales y Administración Hospitalaria en Bolivia". Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, Vol 1 Nº 1, Mayo 1995
5. Díaz Ugarte, Oscar "El Protomedicato en la Historia de la Medicina". Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, Vol 3 Nº 1, Enero-Junio 1997
6. Mendizabal Lozano, Gregorio "De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud". Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, Vol 3 Nº 2, Julio-Diciembre 1997
7. Luna Orosco E.J., Luna Orosco García M.C.: Reseña histórica del Hospital de Clínicas. Gaceta Médica de La Paz. Vol 1 Nº7 (julio) Nº 8 (agosto)1995.
8. Luna Orosco Eduardo, Javier "Mariano Melgarejo: Benefactor de la Medicina en Bolivia". Trabajo inédito presentado en el IV Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Noviembre de 1996
9. Falchi, Giuseppe "Siete Años en Bolivia" Memorias de Sor Ana Camila Valentini (ex Superiora General de las Hijas de Santa Ana) Segunda Edición s/p de Imp. La Paz-Bolivia 1991
10. Luna Orosco Eduardo, Javier "La Sanidad Militar en la Guerra del Pacífico". Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, Vol 2 Nº 2, Julio-Diciembre 1997
11. Guillén Pinto, Alfredo "Breves Semblanzas de Paceños Ilustres" Monografía Histórica (II Vol.) de La Paz en su IV Centenario. Edición del Comité Pro IV Centenario de la Fundación de La Paz, año 1948
12. Inscripción del retrato de D. Juan de Landaeta, pintado por Diego del Carpio. Museo de Arte Sacro de la Catedral de La Paz
13. Inscripción del retrato de D. Martín Landaeta, pintado por Diego del Carpio. Museo de Arte Sacro de la Catedral de La Paz
14. Calvo Vera, Alfredo "La Iglesia en Apoyo de la Medicina" Revista del Instituto Médico "Sucre", Nº 110, Enero-Junio 1997
15. Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1918. Pres. de Moisés Ormachea. Imprenta y Litografía Boliviana
16. Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1919. Pres. de Rafael Taborga. Imprenta y Litografía Boliviana
17. Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1920. Pres. de Adolfo González. Imprenta y Litografía Boliviana 1921
18. Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1923. Pres. de Adolfo González. Imprenta Artística 1924
19. Informe del Inspector de Hospitales y Casas de Beneficencia, Dr. Carlos Nieto Navarro, en Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1923. Imprenta Artística 1924
20. Informe del Cirujano Jefe de Hospitales, Dr. Abelardo Ibañez Benavente, en Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1924. Imprenta Artística 1925
21. Memoria del Concejo Municipal de La Paz, año 1929. Pres. de Vicente Mendoza López. Imprenta Artística 1930
22. Ariñez Zapata, Edmundo "Algo tengo para contar". Offset Prisa Publicidad, La Paz-Bolivia 1993
23. Costa Arduz, Rolando "Claudio Sanjinés Tellería". Crónica Aguda Año I Nº 6, Marzo 1988 (PP. 5,9,10,11,12)
24. Zubieta Castillo, Gustavo "Semblanza de Valentín Gómez Carretero". Boletín de Cirugía, Vol 3 Nº 4, Octubre-Noviembre-Diciembre 1994
25. Luna Orosco Eduardo, Javier "Semblanza de Daniel Bilbao Rioja". Boletín de Cirugía, Vol 2 Nº 3, Julio-Agosto-Septiembre 1993
26. Luna Orosco Eduardo, Javier "Semblanza de Enrique Saint Loup". Boletín de Cirugía, Vol 2 Nº 4, Octubre-Noviembre-Diciembre 1993
27. Martínez Inchauste, José Antonio "Semblanza de Juan Gamarra Antezana". Boletín de Cirugía, Vol 5 Nº 2, Abril-Mayo-Junio 1996
28. "Gaceta Médica de La Paz". Vol I Nº 10, Diciembre 1995
29. Costa Arduz, Rolando "Figura Médica - Mario

Michel Zamora: El Cirujano que introdujo la Neurocirugía en Bolivia". Crónica Aguda, Año II Nº 54 de Febrero 1989

30. Cornejo Bascopé, Gastón "Homenaje al Dr. Carlos Alfredo Rivera". Crónica Aguda, Año I Nº 41 de Noviembre 1988
31. Luna Orosco Eduardo, Javier "Historia de la Cirugía en La Paz. Primera Mitad del Siglo XX". Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, Vol I Enero-Junio 1995
32. Navarre, Ernesto "Monografía Histórica de la Facultad de Ciencias Biológicas". Universidad Mayor de San Andrés. Edit. U.M.S.A. La Paz-Bolivia 1950 (PP. 214)
33. Ríos Dalenz, Jaime "Semblanza de José Santos Arévalo". Revista Archivos Bolivianos de Medicina, Vol 4 Nº 1, Enero-Junio 1998
34. Luna Orosco Eduardo, Javier "Apuntes para una Historia de la Oftalmología en Bolivia". Gaceta Médica de La Paz, Vol 1 Nº 9, Septiembre 1995
35. Carrasco, Victor Hugo "Semblanza de Carlos Castaños Arellano". Boletín de Cirugía, Vol 3 Nº 3, Julio-Agosto-Septiembre 1994
36. Ley Nº 171 de 31 de Enero de 1986. Gaceta Oficial de Bolivia
37. " El Diario". Lunes 9 de Noviembre de 1987
38. "El Diario". 30 de Julio 1993
39. "El Diario". 20 de Enero 1995
40. "Presencia". 11 de Abril 1996
41. "La Razón". 16 y 19 de Octubre 1997

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL -INVESTIGATIVA (IDAI)

*Prof. Dr. José J. Arteaga Herrera**
*Prof. Dr. Eduardo Chavez Lazo ***

RESUMEN

Se realiza un análisis completo del proceso de enseñanza-aprendizaje - investigación de acuerdo a los conocimientos modernos.

SUMMARY

A cohomprensive analysis of the process of teaching-learning-reseatch is done according modern knowledge.

PALABRAS CLAVE: Proceso enseñanza - aprendizaje

En la Educación Médica Superior, lo fundamental es preparar al hombre-educando para realizar su actividad laboral, en cierto contexto social, es decir "prepararlo para la vida" por ello la actividad laboral en los servicios de salud sirve de vehículo fundamentalmente para formar por profesionales de la salud; caracterizándose los mismos por ser cada día más complejos, interdisciplinarios, interdependientes, profundos, por introducir rápidamente los logros del desarrollo científico-técnico de la época y por utilizar la ciencia como instrumento de eficiencia y fuente de permanente perfeccionamiento. De ahí que el proceso docente educativo, tenga que ser laboral y científico, si quiere reflejar los intereses y necesidades de la sociedad.

De lo antes expuesto podemos concluir "que en el desarrollo del proceso docente-educativo, el estudiante debe efectuar tres tipos de actividades: académica, laboral e investigativa, con vista a garantizar su formación.

La Actividad Académica: Tiene como objetivo, que el estudiante adquiera los conocimientos y las habilidades que le son básicas para apropiarse del modo de actuación como profesional.

La Actividad Laboral: tiene como objetivo que el estudiante adquiera los conocimientos y habilidades propias de la actividad profesional que manifiesta su lógica del pensar y del actuar.

La Actividad Investigativa: Tiene como objetivo que el estudiante se apropie de las técnicas y/o métodos propios de la actividad científico e investigativa, que es uno de los modos fundamentales de la actuación profesional y que como tal pertenece a la actividad laboral, pero que por su importancia tiene personalidad propia.

Generalizar lo antes expuesto es expresar que ***"en todo tipo de enseñanza se tiene que integrar, es decir conjugar dialécticamente la actividad académica y laboral. Pues si sólo existe lo académico, la enseñanza tiende a lo escolástico; y si sólo existe lo laboral, tiende a lo pragmático".*** La solución a esta disyuntiva es dialéctica: El estudio-trabajo. **Lo investigativo esta presente tanto en las actividades académicas y laboral cuando estas se desarrollan sobre base científica a través de la solución de problemas.**

En Medicina el proceso docente se organiza y desarrolla a través de la integración docente- atencional-investigativa , definida por la OPS "**como un proceso de inteacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tiene por objeto principal el de efectuar la enseñanza-aprendizaje en condiciones reales y productivas**"

Para otros autores la IDAI " **es una organización estructural funcional sistemática que permite la interrelación intersectorial, interestructural e interdisciplinaria a fin de explicar y resolver problemas de salud ambientales, familiares, colectivos e individuales**".

En la actividad atencional donde se alcanza los objetivos de la formación, por ser este el medio idóneo para establecer la relación teórico-práctica, expresión máxima para el aprendizaje y consolidación de conocimientos y habilidades, así como para desarrollar las capacidades para la creación y toma de decisiones de acuerdo con las características de los problemas que se le presentan al profesional de la medicina. Durante el desarrollo de la actividad asistencial y utilizando el método científico como base para los procederes médicos, el médico organiza su trabajo de acuerdo con los procesos lógicos del pensamiento, como son: la comparación y clasificación de situaciones, hechos, problemas,

* Prof. Maestria psicopedagogía Facultad de Medicina UMSA
**Director Hospital de Clínicas de La Paz

el análisis, la síntesis, la abstracción y la generalización; aplicando formas de pensar inductivas o deductivas y donde la observación y la entrevista se convierte en el recurso que lo sitúa en contacto con la realidad, el objeto de trabajo; esta se caracteriza por el desarrollo de la capacidad perceptiva especializada, lo que en definitiva caracteriza el pensamiento médico, por lo que es en la actividad asistencial donde es factible establecer la esencia del proceso docente, en el cual se integra como unidad la asistencia, la docencia y la investigación, y se pone de manifiesto la aplicación del método científico general.

El propósito del proceso de enseñanza es que nuestros estudiantes incorporen los métodos de apropiación de la realidad para poder transformarla; y para ello dentro de las categorías del proceso, el método de enseñanza auxilia al profesor experto en su ciencia para que sus educandos lo puedan incorporar adecuadamente. En similar relación se produce la investigación científica, cuyo propósito esencialmente cognoscitivo puede variar entre conocer más o más profundamente, o solucionar problemas reales y contribuir así a la eficiencia del trabajo médico y desde el punto de vista docente al desarrollo de capacidad en el educando a la vez que sirve para evaluar en él sus características individuales según delimite y trate los problemas científicos y haga uso de la investigación para penetrar en la esencia del conocimiento.

Proceso docente-educativo

El proceso docente en sí mismo tal y como vimos en párrafos anteriores: es la actividad o conjunto de acciones sistematizadas e interrelacionadas del docente y los estudiantes, que se desarrollan, con el fin de lograr los objetivos propuestos, durante la apropiación de los contenidos planificados.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje los estudiantes se apropian de los fundamentos de la ciencia y desarrollan habilidades y hábitos para expresar con corrección su pensamiento y para estudiar independientemente, además de desarrollar en ellos cualidades morales y formar convicciones.

Este proceso tiene un carácter bilateral dado por la participación protagónica del profesor que **enseña** y del estudiante que **aprende** en continua interrelación, pero que en el ciclo clínico de las carreras médicas, participa otro componente subjetivo protagónico el **paciente sano o enfermo** que es a la vez objeto y sujeto del proceso salud-enfermedad, que le proporciona características propias y específicas al proceso docente-educativo en el área clínica.

En dicho proceso el estudiante se instruye bajo la guía del docente, requiriéndose de una adecuada planificación y organización del mismo, para poder alcanzar los objetivos previstos. En el mismo la actividad del profesor tiene suma importancia, ya que tiene la función de conductor-guía del proceso en sí, además de planificar y dirigir la actividad del estudiante, de controlar sistemáticamente y evaluar los resultados. Y el estudiante tiene el deber social de: aprender, de apropiarse de los fundamentos de la ciencia, de la técnica, del arte y de la cultura; a desarrollar sus propias capacidades y habilidades, a adoptar firmes posiciones, en fin a prepararse para una actividad útil en la sociedad.

El proceso de **enseñanza-aprendizaje** es ante todo un proceso de **actividad y comunicación**, donde profesores y estudiantes desarrollan actividades y se comunican de formas distintas en aras de alcanzar el objetivo.

El estudiante: aprende desarrollando **tareas**; docentes "**como actividad que realiza bajo determinadas condiciones pedagógicas, con el fin de alcanzar un objetivo de carácter elemental".** Objetivo que para lograrlo, el utiliza los sentidos necesarios con la ayuda de los métodos, procedimientos y medios más adecuados. Dichas tareas se operacionalizan en el contexto de una forma organizativa dada.

En el desarrollo de la tarea docente , el profesor y los estudiantes se relacionan como sujetos activos, donde ambos son fuentes de criterios de opiniones de información; y sólo mediante este intercambio recíproco "**comunicación**", se puede influir en la compleja personalidad del colectivo estudiantil y se puede alcanzar valiosas formas de conducta. En ello influye fuertemente el estilo de trabajo, la conducta y los métodos que utiliza

el profesor.

El profesor: Durante el proceso docente el **profesor** se comunica y actúa en aras de los mismos objetivos; como **actividad** enseña, y como **comunicación**, es fuente y guía del conocimiento. El profesor opera con el contenido como objeto de su enseñanza y sirve de fuente de información a través de las relaciones que en el método establezca con el estudiante. Sin embargo para lograr el objetivo el que más debe actuar y comunicarse es el estudiante. Por eso el estudiante es sujeto principal de su aprendizaje.

El estudiante recibe la información del profesor, del texto u otras fuentes tal como "el paciente sano o enfermo ", en el área clínica es fuente principal de información del problema de salud que salud que se trate, convirtiéndose dicha información en el contenido a asimilar, en el objetivo de su aprendisaje.

En proceso integrador de lo **docente-educativo en el ciclo clínico** se debe tener en cuenta algunos elementos a modo de preceptos, que a nuestro entender, debemos complementar:

- Contribuir a la formación de una personalidad integral, multifacéticamente desarrollada, con sólidos conocimientos científicos, que le permitan incorporar los avances de la ciencia y la técnica, capaz de utilizar los modernos medios de la información científico-técnica contemporáneos, con amplio desarrollo de las capacidades intelectuales y físicas poseedores de una adecuada educación cultural, estética, moral, ética, laboral, política, capaces de comunicarse en otro idioma y que sean activos constructores de su sociedad.
- Promover la concepción integral, no biomédica de la medicina: paradigma bio-psico-social.
- Tener presente los más elevados principios ético-morales-humanistas en la práctica de la profesión.
- Desarrollar el aprendizaje basado en problemas a partir de la propia realidad y el trabajo práctico.
- Extrapolar las formas organizativas de la atención médica y las formas organizativas de la enseñanza.
- Propiciar el dominio teórico-práctico de la medicina como ciencia.
- Desarrollo de un pensamiento reflexivo creador, científico.
- Habituar a los estudiantes a la actividad productiva, creadora de los conocimientos y no a la asimilación pasiva de los mismos.
- Preparar a los educandos para el trabajo en grupo, creador e interdisciplinario.
- Formar la convicción del aprendizaje sistemático y permanente durante toda la vida.
- Promover el autoaprendizaje y el trabajo independiente: enseñar , aprender a aprender .
- Estimular el enfoque integral de cada persona, sana o enferma, valorando los aspectos de promoción, prevención, curativo y de rehabilitación.
- Enseñar a pensar y aplicar la metodología científica.
- Interiorizar como la forma de educar y enseñar a los médicos y profesionales de la salud en el ciclo clínico: "la departir de la realidad (problema de salud individual, colectivo, social, ambiental)al texto y de este de nuevo a la realidad".

A modo de resumen podemos expresar que el proceso docente-educativo en el Ciclo Clínico, en su esencia, es un proceso planificado con un fin preestablecido" los objetivos" condicionando socialmente, organizado pedagógicamente y dirigido al dominio del contenido clínico de la profesión por parte de los estudiantes, así como su desarrollo y educación, y que tiene como elemento básico o célula a la tarea docente que el proceso docente en el ciclo clínico como **sistema de acciones** de la educación médica superior tiene como objeto la personalidad del educando como objetivo su transformación en un profesional de la salud, **sus técnicas**, la tecnología educacional tradicional y modernas y como **métodos**, el método de solución de problemas de aprendizaje además de otros métodos tradicionales.

Proceso atencional o atención médica

El desarrollo alcanzado por la sociedad en su conjunto, en el presente siglo, ha conllevado no

sólo a un redimensionamiento conceptual en las categorías principales de salud "servicios de salud", sino, a una mayor exigencia de la calidad de los servicios que se prestan "atención en salud", por parte tanto de los usuarios, como de la sociedad en general. Y así podemos ver que por **atención médica**, no sólo debemos entender al conjunto de acciones o cuidados que prestan el médico y otros técnicos por él jerarquizados y que tienden a fomentar, recuperar o rehabilitar la salud del individuo, la familia y la comunidad, sino que debemos incluir términos como: promoción, salud positiva, participación de comunidad y el individuo en su propia salud, las implicaciones de otros sectores y ramas de la economía en el proceso salud-enfermedad, la salud como bienestar pleno del hombre etc. Por otro lado a los **niveles clásicos de la atención médica**: *atención médica primaria, atención médica secundaria y atención médica terciaria* se incorpora un novedosos nivel de atención o forma cualitativamente superior de atención médica primaria, *la atención primaria de la salud.*

El **nivel de atención primaria**, constituye el primer contacto del paciente sano o enfermo con el sistema de salud. El mismo puede brindarse, a cualquier instancia del sistema de salud, aunque generalmente se realiza en la Policlínica, en el Consultorio Médico. En los países que adoptan el sistema del Médico de Familia y la concepción de la **atención primaria de salud** aparecen otros escenarios donde se desarrolla este nivel de atención.

Este nivel de atención lo identificamos como aquel en que se brindan procederes diagnósticos y terapéuticos que no requieren técnicas complejas, que aplicadas con calidad pueden resolver la mayor parte de las dolencias que afectan las poblaciones, al menos en sus comienzos son capaces de sospechar enfermedades graves, que deben ser derivadas a niveles de atención superiores, realizan seguimiento a las personas con padecimientos crónicos y pueden otorgar bienestar a pacientes con patologías incurables. En general tienen carácter ambulatorio, consultorial, y comprenden tanto a sanos como a enfermos.

La atención primaria de salud es un nivel cualitativamente superior de atención primaria, cuya esencia radica en la participación activa de la comunidad; donde las poblaciones, de objetos pasivos en espera de que se le ofrezcan soluciones pasen a ser sujetos protagónicos activos ante sus propios problemas de salud. Decir participación comunitaria, es decir liderazgo, comunicación, cambio de hábitos, estilos de vida, autoresponsabilidad y acción creadora.

La atención médica secundaria, es la que proporciona en un segundo escalón, al cual el usuario tiene -por lo general- acceso a través de una remisión del médico de la atención primaria.

Puede tener carácter ambulatorio (policlínicas, servicios externos hospitalarios) o de hospitalización. En el mismo se ofrecen servicios técnico-terapéuticos de elevada complejidad, que dan respuesta a los problemas moderados y graves de salud.

La atención médica terciaria, es aquella que por su condición muy especializada, sólo se brinda en determinados centros, ejemplo : servicios de neurocirugía, cirugía cardiovascular, transplante renal, quemados, etc. Incluye además los centros o institutos de investigaciones.

Independientemente de los diferentes niveles de atención médica antes señalados, los cuales poseen características distintivas, que le dan individualidad propia, el proceso de atención médica, que profesan los médicos clínicos, como tal presentan su propia **metódica**: El método clínico, el cual discurre por diferentes fases o etapas al decir del prof. Ilizastegui:

- *La etapa de identificación y precisión del problema: trastorno o pérdida de la salud que motiva la atención del paciente. Se desarrolla a través de la entrevista médico-paciente, modelo singular de comunicación humana.*
- *La etapa de búsqueda de la información completa (evidencia): interrogatorio y examen físico, es decir, la Historia Clínica.*
- *La etapa de formulación de hipótesis de trabajo: diagnóstico presuntivo.*
- *La etapa de contrastación de la hipótesis: evolución y exámenes complementarios.*
- *La etapa de confirmación o no del diagnóstico*

presuntivo, lo más completo posible, para hacer el pronóstico e indicar la conducta terapéutica adecuada.

Este método, doctrina del trabajo del clínico por mucho tiempo, esta siendo transformado en la práctica clínica como consecuencia de los cambios científicos, técnicos, tecnológicos y socieconómicos del mundo de hoy. Al respecto el Prof. Ilizasteguí ha expresado: *"Ello significaría en principio, que en todas sus fases o etapas, tuvieran acceso a las mismas, los síntomas y signos que denoten expresiones de la subjetividad humana en la anámnesis, diagnóstico, exámenes paraclínicos, terapéutica y pronostico. El entendimiento humano debe ser la base de todo el desarrollo de la atención del enfermo. Se trata de acomodar el método en forma de doctrina, y no ser inflexible cuando sea oportuno para que mejore la atención y conducción de una persona enferma".* Prosigue diciendo *"En la etapa presente del desarrollo científico técnico el diagnóstico observacional, y por inferencias de él, está perdiendo el valor que se le concedía en el pasado. Herramientas poderosos permiten profundizar rápidamente en el diagnóstico lesional, anatómico, bioquímico y genético de la enfermedad. Pero diagnóstico lesional no es el diagnóstico del hombre enfermo. El diagnóstico de la enfermedad y no sólo de la lesión, es propiedad exclusiva del médico, el cual debe estar preparado para el encuentro médico-paciente, su examen, enjuiciamiento clínico, la forma de decisión de los análisis a prescribir y sus posibles resultados, su valor en las enfermedades, sus índices de sensibilidad y especificidad. La conducta del hombre viviente (sonrisa, ceño fruncido) y las tipificaciones e ideales de expresiones clínicas, según enfermedades, no deben ser olvidadas".*

El método clínico, centrado en el paciente puede ser la respuesta para este acercamiento al paradigma integral. El método clínico según Festein, debe ser nuevamente conceptualizado, para el futuro de la clínica como ciencia y práctica.

El profesional clínico y la atención médica

En las diferentes especialidades clínicas, el profesional para efectuar un trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad, requiere, hoy día, de un pensamiento científico, un conocimiento actualizado y científicamente estructurado y del ejercicio de una práctica clínica sobre bases científicas. Solamente así podemos concebir una práctica médica de calidad, que de solución al problema de salud de los pacientes-personas sanas ó enfermas- que soliciten sus servicios. Y para ello los médicos que profesan como especialistas clínicos realizan en su trabajo diario, múltiples y variadas actividades, cuyas características más esenciales, lugar y tipos de actuación, relaciones de trabajo etc. varían acorde a la especialidad que se trate, manteniendo como **elementos comunes**:

- El médico y su práctica médica individualizada.
- El paciente sano o enfermo y sus familiares y amigos.
- La acción comunicativa ente los protagonistas de este proceso o relación médico-paciente.
- El documento que oficializa dicha relación o expediente clínico o Historia Clínica.
- Los propósitos fundamentales del trabajo del clínico son: el identificar objetivamente la fenomenología y la esencia del proceso o procesos morboso que presentan el paciente, para poder cumplir positivamente su estado de salud con el objetivo de resolver el problema de salud del mismo.

Durante la actividad de atención médica, el profesional clínico, realiza acciones comunicativas con su paciente, a través de la entrevista médico-paciente, la cual constituye en modelo singular de comunicación humana, que sirve de marco a la interacción afectiva entre el intelectual-profesional y su paciente **la relación médico-paciente.** En la misma se observan aspectos de tipo formal, educativos y de respeto que propician una optima comunicación, y aspectos de contenido, en relación con el o los problemas de salud, que presenta. En todo momento el médico debe propiciar un clima de seguridad y discreción, no supeditando ésta relación humana a la puramente técnica. Esta relación médico-paciente posee su propia estructura, la cual esta formada por:

- Una fundamentación.
- Un momento cognoscitivo o diagnóstico.

- Un momento operativo o tratamiento.
- Un momento efectivo o trasferencia.
- Y un momento ético-moral.

La relación médico-paciente, debe fluir en ambas direcciones:

- Del paciente al facultativo, relatando todo lo concerniente a su problema de salud.
- Del médico al paciente, explicando la naturaleza de sus problemas de salud, la necesidad o no de exámenes complementarios y los requerimientos o no de interconsulta con otros profesionales de la salud.
- Los fundamentos de las medidas de prevención, curación y rehabilitación que procede realizar.

Resumiendo podemos expresar que **la atención médica,** tiene como **objeto** la salud y la enfermedad en personas, familias, colectividades y ambiente; **sus objetivos,** promover, precaver, curar, rehabilitar, sus **técnicas** sensoperceptuales o de semiotécnia de diagnóstico, de tratamiento y/o conductas terapéuticas en general y otras; sus **métodos** el método clínico, epidemiológico y científico general.

Proceso de investigación.

La investigación científica y la aplicación de sus resultados son de vital importancia si se tiene en cuenta el gran papel que juega la ciencia en la sociedad. La organización de la actividad científica surge como una necesidad intrínseca del desarrollo de la economía de un país y de su vida social y cultural.

Es necesario dirigir el proceso científico-técnico de manera organizada planificada, previendo sus posibilidades en cada etapa.

La posición y el papel de los Centros de Educación Superior en nuestra sociedad está determinado por el desarrollo de la revolución científico-técnica, pues las universidades deben participar de manera muy activa y significativamente relevante en la conversión de la ciencia en una fuerza **proceso educativo** que garantice la formación de especialistas con un alto nivel científico-técnico y profesional. Cada día la investigación científica en los Centros de Educación Médica Superior se dirige más hacia la solución de los problemas que surgen de las necesidades del desarrollo social.

La investigación científica es una actividad consustancial a la Enseñanza Superior por dos razones:

- Es importante para el desarrollo de la economía y los servicios del país. La realización de trabajos científicos en los centros docentes permite vincular a la investigación, a los cuadros más preparados, representados por sus profesores, los cuales poseen los conocimientos teóricos mas profundos para realizar los trabajos científicos del más alto nivel, desarrollar con más posibilidades la investigación fundamental y dar un mayor impulso a la investigación aplicada.
- Las investigaciones científicas son necesarias para el mismo centro docente, ya que estas favorecen el desarrollo científico de los profesores, amplía su horizonte intelectual y les permite mantenerse a un nivel científico actualizado.

La investigación científica es un factor decisivo en la superación del profesorado, en el perfeccionamiento del proceso docente y en la formación de los estudiantes

El profesor, para cumplir su tarea de formador de los estudiantes, debe superarse, integralmente. Por medio del trabajo científico-investigativo, el va descubriendo lo constante. Lo reiterado, lo esencial en los fenómenos; va en busca de las tendencias y regularidades con el propósito de encontrar nuevos conocimientos o nuevos procedimientos para su introducción a la práctica social, enriquecer el conocimiento humano, y así, mediante su actividad pedagógica, incorporar a los estudiantes los conocimientos acumulados y los surgidos de la propia experiencia con la debida actualización.

La expresión más correcta de la vinculación de la ciencia con el proceso de enseñanza-aprendizaje, es la preparación de los estudiantes para el trabajo científico. El acelerado proceso

de la revolución científico-técnica exige que sea incorporada la mayor cantidad posible de estudiantes al trabajo científico en los Centros de Educación Médica Superior, teniendo en cuenta el principio del desarrollo diferenciado de sus capacidades creadoras en el transcurso de los estudios.

A través de esta actividad formativa, el estudiante adquiere una serie de capacidades, habilidades, cualidades y hábitos que son fundamentales para la realización eficaz de su futuro trabajo como profesional: **el trabajo científico desarrolla en el educando las capacidades de análisis, de enfrentar situaciones complejas eficientemente y con enfoque creador, de búsqueda de información, de análisis crítico y autocrítico; desarrolla cualidades positivas como el hábito de trabajo colectivo, la modestia, la sencillez y el rigor, a la vez que aprende el método científico.**

"Es decir, que en el desarrollo del proceso docente-educativo los educandos no solo deben ser preparados para aplicar los conocimientos adquiridos una vez graduados , sino que debemos además lograr durante su formación interesarlos en las actividades científico-investigativas como vía para lograr respuestas ante los fenómenos naturales con los cuales tendrán que enfrentarse en el desrrollo de la práctica médica, de manera tal que sean profesionales con alto espíritu de creatividad y amplio dominio de la metodología científica.

La actividad científica- estudiantil es un factor determinante en la formación científico-técnica del alumnado, y constituye un elemento inexcusable en la formación integral del mismo, razón por la cual muchos autores la consideran un subsistema dentro de los planes de estudio, y que cumple con el siguiente objetivo: "el contribuir a formar habilidades y hábitos propios del trabajo científico investigativo, por medio de la búsqueda de respuestas a problemas científico-investigativo, por medio de la búsqueda de respuestas a problemas científico técnico de complejidad creciente, utilizando para ello, métodos científicos. Contribuir además a desarrollar la iniciativa, la independencia y la creatividad en los estudiantes".

Desde este punto de vista, el profesor, como elemento activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje tiene el deber, en su función de educador, no sólo demostrar lo complejo, útil y acabado de la asignatura que imparte, sino también mostrar aquello que está incompleto o imperfecto, o bien lo que es planteado de diferentes formas por los diversos autores, lo cual sólo puede ser desentrañado mediante el desarrollo de investigaciones adecuadas en las cuales el propio estudiante puede y debe colaborar con el fin de que el hombre pueda dominar cada día más la ciencia.

El trabajo científico tiene un indudable carácter transformador, tanto de los estudiantes como de los profesores. En la base del trabajo estudiantil está la nueva concepción que adquieren los docentes de su propio trabajo. Para ello el educador deberá actualizarse continuamente, para incorporar al proceso pedagógico los nuevos conocimientos y procedimientos adquiridos producto tanto del estudio como de su experiencia diaria asistencial, docente e investigativa. Una forma muy efectiva de lograr la necesaria interacción alumno-profesor es vincular de forma real y afectiva la actividad científica-estudiantil, con la investigación que el docente realiza como parte del plan temático institucional.

La integración de la docencia, la asistencia y la investigación es precisamente la tendencia más elocuente de la revolución científico -técnica en el sector de la Salud.

La investigación en el ciclo clínico tiene como **objeto**, proporciones del cuerpo, tejidos, moléculas, personas sanas o enfermas, colectividades, agentes biológicos, procesos morbosos, etc. Sus **objetivos**, identificar causas, relaciones patofisiológicas, valoración de un medicamento y otras, sus **técnicas**, propias de la actividad científica como la observación científica, la estadística etc. su **método** el método científico y como **objetivo más general** producir conocimiento

Hasta aquí hemos analizado suscintamente tres procesos que se desarrollan en el área clínica de forma integral y que tienen en general un propósito común **elevar la calidad de la salud**

de la población, ya sea formando profesionales pertinentes a las necesidades del sistema de salud a través del **proceso docente educativo**, o desarrollando una práctica médica de calidad sobre bases de un **proceso de atención médica eficiente** o utilizando **la investigación como método científico** en los procesos de formación de los recursos humanos en salud y en la actividad práctica de los profesionales de la salud.

Referencias

1. Ruiz Echeverria, H., Febregat Prado P.: El proceso docente educativo. Curso internacional de Maestría en Educación Superior,UMSA 1994
2. Rivera M., Cs. Natacha.: Psicopedagogía y Educación Superior 2do. Curso de Maestría. UMSA PPGESS. La Paz Bolivia, 1997.
3. Iizasteguí Dupuy, Cs. Fidel Rodriguez Rivera L.: El método Clínico. Rev.Finlasy 1994(4):3-23.
4. Ilizasteguí Dupuy, Dr. Cs. Fidel: La Ciencia Clínica como objeto de estudio, Bol. Ateneo "Juán Cesar García 4:.(1-2) enero - junio 1996.Habana-Cuba.
5. Lage Dávila A., Cruz Rodriguez T.:Investigación en Centro de Educación Médica Superior para la elevación de la calidad de la docencia y servicio.Rev. Educ. Méd.Sup 7(1): 3-8, enero-junio 1993.
6. Lage Dávila A. y otros: La investigación en salud como elemento integrador entre la Universidad y los servicios de Salud. Rev. Educ. Med Sup. 9(1-2): 24-49 enero-diciembre 1995.
7. Amador, M. La investigación en los Centros de Educación Médica Superior de Cuba.Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Cuba 1986 (monografía).

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

EL PROCESO DE GESTION ESTRATEGICA EN EL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ

Dra. María del Carmen García de Luna Orosco *

RESUMEN

La aplicación del proceso de gestión hospitalaria como medio de una planificación estratégica, ha permitido a los gestores del Hospital de Clínicas el conocer los fundamentos históricos y legales que sustentan la vida institucional y la realidad imperante emergente de un análisis retrospectivo y de los datos emergentes de los sistemas de información clínica y gerencial. Sobre esta base se ha elaborado un plan estratégico definiendo objetivos factibles alcanzar, orientados a mejorar la calidad del servicio, responder a las nuevas demandas asistenciales, optimizar los recursos controlando los costos hospitalarios y sobre todo, satisfacer las necesidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Proceso gerencial. Gestión hospitalaria estratégica. Plan.

SUMMARY

The application of the management process as a pathway for strategic planification, has allowed to the managers of the Hospital de Clinicas the knowledge of the clinical and management information system. Upon this base a strategic plan has been developed, defining the real objectives towards to improve the quality of the health care, to answer the new health care pressure, to optimize the resources by means of controling the hospital costs and, overall, to satisfy the need of the patients.

Introducción

Desde la creación de la República en 1825 se han emitido numerosas leyes, decretos, resoluciones y otras normas[1] tratando de buscar la clave "mágica" que permita otorgar salud para todos los bolivianos como un derecho autentico. Con la progresiva transformación y modernización del estado, el principio basado en la beneficiencia paternalista fue dejándose de lado, para dar lugar lugar al "principio de selección" privativo del propio paciente convertido en consumidor. Esto obligó a los prestadores de los servicios de salud, a tener presentes las exigencias y reinvindicaciones de ese nuevo "cliente".

Los hospitales públicos de alta complejidad, como máximos exponentes de la prestación de servicios de salud, tuvieron que cambiar la filosofía histórica con la que desarrollaban sus actividades y afrontar no sólo las exigencias de calidad, sino los cambios económico estructurales exigidas por la promulgación de nuevas leyes marco y un mercado cada día más competitivo. Es en ese contexto que nace el concepto del hospital-empresa, donde las acciones no solo deben responder a una eficacia profesional dentro de un marco de equidad asistencial, sino demostrar eficiencia y calidad total en cada uno de los procesos. Ello conllevó a crear un modelo de profesional médico "gerente o gestor", quien requiere encuadrar su accionar bajo un esquema planificado estratégicamente, optimizando los recursos humanos, físicos y financieros que se le asignan para el desempeño de sus actividades, debido a que se convierte en un servidor de la sociedad, sujeto a responsabilidades administrativas, civiles, penales, disciplinarias y deontológicas.

En este contexto, a mediados de 1993, el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz (HCLP), se plantea la necesidad de afrontar un cambio radical que le permita resistir, no sólo las nuevas corrientes sino las nuevas tendencias de

* Jefe de la Unidad de Planificación - Hospital de Clínicas de La Paz
Av. Busch 1335 (Miraflores). • Teléfonos: 226979 – 229476 –01565633.
Casilla Postal Nº 101 La Paz – Bolivia

globalización del mercado y liberación de servicios. Para el logro de este objetivo el modelo tradicional de gestión hospitalaria exclusivamente de servicio, busca transformarse en productivo, en un contexto de mercado planificado, sin perder de vista que la equidad es el principio fundamental. La Dirección, cambia del sentido clásico de conducción al de aplicación del proceso de gestión estratégica para la toma de decisiones. Con ello basa su accionar en el conocimiento de la realidad, análisis de datos emergentes de los sistemas de información clínica y gerencial e interacción del entorno con la participación activa de todos los integrantes, planteándose objetivos factibles de alcanzarse, orientados a: mejorar la calidad del servicio, responder a las nuevas demandas asistenciales, optimizar los recursos controlando los costos hospitalarios y sobre todo, satisfacer las necesidades de los pacientes.

Etapas del proceso de gestión estratégica hospitalaria

Las diferentes etapas básicas del **proceso de gestión estratégica hospitalaria**, permiten conocer la realidad, ordenar las ideas, aprovechar las oportunidades, definir objetivos y planificar el presente vislumbrando el futuro. Su aplicación llevó a definir las políticas de cambio que permitieran la transformación y modernización del HCLP. Coincidentemente estas etapas del proceso respondían a los lineamientos emergentes de la Norma Básica del el Sistema de Organización Administrativa (SOA)[2], componente fundamental de la Ley del Sistema de Administración y Control Gubernamental. [3]

El HCLP, como entidad del sector público elabora el Reglamento Específico del SOA que le exige la norma legal y le otorga carácter de vigencia con la emisión de una Resolución Administrativa[4], demostrando la importancia del análisis retrospectivo y la utilización de herramientas gerenciales para que todos los gestores cuenten con un diagnóstico situacional como paso previo a una planificación prospectiva y la determinación de los objetivos institucionales y de gestión.

Conocimiento de la realidad

Conocer la realidad del HCLP no fue fácil, de modo que para obtener el mejor resultado el trabajo realizado tuvo que ser sistematizado en la búsqueda de respuestas a elementos claves que influyen en toda organización, considerando:

- Aspectos institucionales
  - Misión
  - Finalidad
  - Objetivos permanentes

- Análisis externo
  - Factores legales
  - Factores políticos o grupos de poder
  - Factores sociales
  - Factores económicos
  - Estudio del Mercado
  - Competencia
  - Clientes

- Análisis interno
  - Factores estructurales
    - Supraestructura
    - Infraestructura
    - Tipo de servicios
    - Recursos Humanos
    - Finanzas
  - Cultura institucional
  - Características de la Gestión hospitalaria
  - Alcances de la Proyección extramural

- Matriz de posicionamiento o impacto

Aspectos institucionales

El HCLP es un hospital regional de carácter público de III Nivel de atención y alta complejidad. Es considerado universitario por la formación de recursos humanos de pre y post grado. Atiende desde 1919 a pacientes adultos de ambos sexos especialmente de bajos recursos en forma ininterrumpida sin haber tenido un apoyo relevante de ninguna entidad estatal. En lo normativo depende del Ministerio de Salud y Previsión Social, funcionalmente de la Prefectura del Departamento de La Paz a través del Servicio Departamental de Salud y administrativamente de la Honorable Alcaldía Municipal de La Paz a través de la Oficialía Mayor de Desarrollo Humano y la Dirección Municipal de Salud, a pesar que el D.S. 25233 del 27 de noviembre de

1998 art. 5 inc) d, le otorga autonomía de gestión.

Tiene como misión: "brindar servicios médico quirúrgicos de alta especialidad a la sociedad en general, dentro los marcos de la eficiencia, equidad, calidad y efectividad; asimismo formar y capacitar personal del área de salud en el marco de la integración docente asistencial y coadyuvar a las investigaciones médicas y/o de carácter administrativo".[5] Y como finalidad : "planificar, administrar, evaluar y ejecutar las políticas de salud, en al ámbito de su jurisdicción y competencia enmarcados dentro de los lineamientos de la normatividad legal"[5] .

Sus objetivos permanentes son:

- "Prestar servicios de salud suficientes, oportunos, eficaces, eficientes, equitativos, con calidad y humanos de acuerdo a su nivel de competencia (III Nivel) y capacidad de resolución (alta complejidad) con acciones coordinadas multisectoriales de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación con la participación social organizada de la comunidad.
- Desarrollar actividades académico científicas y de investigación en el marco de las especialidades médico quirúrgicas.
- Contribuir al desarrollo de recursos humanos que requiere el sector para elevar el nivel de salud de la población sin discriminación
- Realizar actividades de proyección extramural" [5,6]

Los aspectos legales marco que rigen su creación y funcionamiento están dados por:

- Constitución Política del Estado
- Ley del creación del 11 de enero de 1905 como Hospital General de Miraflores
- Ley 1551 de Participación Popular del 20 de Abril de 1994 y D.S.23813 del 1 de Julio de 1994
- Ley 25322 de Descentralización del 27 de noviembre de 1998
- Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental del 20 de julio de 1990 y Resoluciones Supremas complementarias de los ocho sistemas que la componen.
- Ley 1687 de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre del 24 de Marzo de 1996. D.S. 24548 del 26 de Marzo de 1997
- Ley de Transplante de órganos
- Ley 1737 del Medicamento del 17 de diciembre de 1996. D.S 24672 del 21 de julio de 1997
- D.S. del 047789 del 4 de diciembre de 1957 que declara al Hospital General de Miraflores como Hospital de Clínicas.
- D.S. 16181 del 12 de Febrero de 1979 y D.S. 17203 del 1 de febrero de 1980 que regulan la integración docente asistencial.
- D.S. 25665 Seguro Básico de Salud de Abril de 1999
- Otras de carácter social, administrativo y económico.

Los grupos de poder que condicionan el funcionamiento hospitalario se los puede clasificar en: los *propietarios* (comunidad paceña), los g*estores* (Director, Jefes de áreas y unidades organizacionales), los *suministradores de salud* (médicos, enfermeras, trabajadores en salud) y los *clientes* (pacientes, usuarios).

Su accionar se rige a los planes y programas de desarrollo gubernamental, prefectural, municipal, sectorial (Plan Estratégico de Salud) y al suyo propio.

La sustentación económica proviene de aportes del Tesoro General de la Nación vía Prefectura para el pago de salarios, o municipal por la Coparticipación Tributaria. **Pero son los ingresos propios por venta de servicios y las donaciones, los que cubren todas las necesidades internas para un adecuado funcionamiento hospitalario y sus respectivas prestaciones.** Los servicios que oferta el hospital son de alta especialidad, dirigidos a la población adulta urbano-rural, de estrato socioeconómico deprimido, lo que conlleva a que la atención sea dirigida a patología propia de las llamadas "enfermedades de la pobreza", infectocontagiosas, crónico degenerativas, o aquellas emergentes de los procesos de cambio ambiental.

El HCLP compite con otros centros de asistencia hospitalaria públicos y privados así como con los servicios dependientes de la seguridad social y seguros privados.

Análisis interno

De menor objetividad que el externo derivado de los aspectos institucionales, ha requerido de una autocrítica fría muchas veces conflictiva. Se consideró la supra e infraestructura, el tipo de servicio que se ofrece y no el que desearía ofrecer; la tecnología; el equipo humano; la estructura organizacional (**Cuadro Nº 1**), la administrativa económico financiera; la cultura y clima órganizacional; la proyección externa de los servicios ofertados, los sistemas de información de gestión clínica, como de los costos por procesos; la eficiencia, eficacia, equidad y calidad de los servicios.

Matriz FODA

Para poder diseñar un planteamiento lógico que permita definir políticas, estrategias y metas, y realizar un diagnóstico imparcial y crítico de todos los factores internos y externos que de uno u otro modo impidieron un adecuado diseño, desarrollo y desempeño institucional, se utilizó como herramienta gerencial: la matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), de cuyo estudio y análisis permitió tener una visión global de la problemática y afrontar la necesidad del cambio con claridad, serenidad y lógica gerencial. **(Cuadro Nº2)**.

Diseño, desarrollo y desempeño organizacional

A fin de no definir objetivos institucionales y de gestión enmarcados en un accionar exclusivamente inmediatista de corrección de los factores externos o internos que afectan el pleno desarrollo de la entidad por el solo hecho de "hacer algo" sin pensar que "se debe hacer lo correcto" y con el fin de lograr cumplir con la razón de ser de la entidad, descartando el protagonismo circunstancial, el trabajo profundizó el análisis de la estructura y el desarrollo organizacional. **(Cuadros Nº 3 y Nº 4).** Los resultados emergentes del análisis del diseño global y del desarrollo institucional permitieron medir a través de indicadores el desempeño organizacional.

Matriz de Posesionamiento o de Impacto.

En base al análisis de los diagnósticos externo e interno se ubicó al HCLP con una competitividad y atractividad medio-baja por la predominacia de las debilidades sobre las fortalezas y las amenazas sobre las oportunidades, lo que sugirió la necesidad de elaborar un **Plan de acción agresivo persiguiendo el lograr como objetivos: mantener las fortalezas, explotar las oportunidades, afrontar las amenazas y corregir las debilidades, de modo de lograr éxitos en las futuras gestiones.**

Comentarios al diagnóstico externo

La crisis económica que en los últimos años afecta al contexto nacional y cuyo impacto se ha traducido en el mercado laboral con un incremento de la tasa de la pobreza y su lógica consecuencia en la salud de la población y por ende en la mayor demanda de los servicios de salud públicos, a afectado en forma directa al HCLP por el crónico desequilibrio institucional emergente de la falta de recursos y la obligación de tener que subvencionar económicamente la atención de un contingente de pacientes cada vez mayor carente de recursos económicos para solventar los gastos que implica un tratamiento de alta especialidad.

La falta crónica de reales programas de servicios médicos y administrativos impiden en forma sistemática y continua el mejorar la organización en todos sus niveles adecuándolos a los cambios tecnológicos y científicos, de modo que se le permita al HCLP el ofertar servicios de alta complejidad a sectores pudientes en una franca competitividad con los servicios privados y cuya lógica repercusión se traduciría en una captación de recursos suficientes para un funcionamiento adecuado.

La incapacidad resolutiva de los primeros y segundos niveles que distorsiona los criterios de referencia y contrareferencia, sumada a la burocracia en los trámites administrativos financieros, la insuficiente dotación de recursos, el centralismo y el desconocimiento de las regulaciones legales son entre otros,

los factores que inciden a desmejorar la imagen del hospital que se traduce en una insatisfacción del usuario/cliente.

Comentarios al diagnóstico interno

El análisis realizado sobre todos los factores internos permite colegir que la reorganización institucional es factible, dependiendo exclusivamente de la buena voluntad de todos quienes tienen que velar por su óptimo funcionamiento.

Resalta que la ineficiencia e ineficacia institucional, es producto del débil accionar del recurso humano, quien debe desprenderse de su mal entendido "ego" y asumir un compromiso real hacia la institución. Todos los usuarios internos deben formar parte activa del cambio que requiere la entidad guiando todos sus actos hacia el servicio exclusivo de la comunidad donde la comprensión y el calor humano deben ser una norma.

Al ser el prestatario de salud el eje integrador del todo el sistema, debe merecer atención especial de las autoridades, dotándole de estabilidad y condiciones laborales adecuadas; implantando motivaciones psicosociales y monetarias diferenciadas sobre la base de una evaluación del desempeño individualizado; institucionalizando los cargos y seleccionando al personal que requiere la institución y otorgándole todas las oportunidad de capacitación continua.

No podemos dejar de mencionar que uno de los factores que reviste gran importancia y que se la puede considerar como factor externo motivo de la Ley 1551 y su Decreto Reglamentario[6] es la **infraestructura hospitalaria**, con grandes implicancias en el diagnóstico interno, al representar la imagen objetiva institucional y que en la actualidad no brinda las condiciones adecuadas para ofertar servicios a todos los niveles sociales, que bien podría en un marco de solidaridad, coadyuvar a disminuir los costos institucionales y permitir la sustentabilidad de todo el sistema hospitalario.

Si bien el panorama requiere una intervención urgente, donde las Autoridades tienen la última palabra, en contraposición se tienen todas las oportunidades externas y fortalezas internas que optimizadas pueden mejorar la prestación de servicios con la calidad exigida y por ende la productividad.

Análisis prospectivo

Para afrontar la situación con la agudeza y visión clara de la realidad que merezca una propuesta coherente a ejecutarse para revertir la problemática, se analizó las posibilidades de un autofinanciamiento, de la acreditación total y las posibilidades del mercadeo de los servicios.

El hospital ha demostrado a lo largo del último quinquenio que tiene grandes proyecciones para poder autofinanciarse y lograr su acreditación total siempre y cuando exista la voluntad política al interno y externo de mejorar la infraestructura en estricta aplicación de las normas legales en vigencia. **Para ello como política hospitalaria se debía aplicar estilos de gestión descentralizados con autonomía de gestión logrando la participación y control social.**

Sólo en ese contexto el HCLP como empresa sin fines de lucro podrá cumplir con los lineamientos emergentes de la nueva política sanitaria y ser el eje integrador de la red de servicios del Departamento de La Paz.

CONCLUSIONES

Del macro - análisis comparativo de lo óptimo con lo existente y de los resultados emergentes de la aplicación de herramientas básicas para la mejora continua de la calidad, elaboradas sobre la base de la ponderación matricial de los factores externos e internos que inciden en la problemática del HCLP; se ha demostrado que los esfuerzos desplegados al interno queriendo revertir el letargo crónico en el que se halla sumido, no ha sido posible por la falta de decisión política y desconocimiento de las autoridades sanitarias, de la problemática derivada de la fuerte injerencia sindical, burocracia estatal y municipal, obsolescencia de la infraestructura, inexistencia de políticas en la dotación, formación y capacitación continua de los recursos humanos, insuficiente y/o tardía dotación de

materiales e insumos, deficiente mantenimiento preventivo de las aparatos y equipos de por si obsoletos que sumados a los intereses particulares y económicos de quienes tuvieron y tienen el poder para coadyuvar a un cambio organizacional, este no fue posible.

Se debe dotar - como una necesidad imperiosa – de profesionales altamente calificados que sean capaces de crear círculos de calidad para rediseñar cada uno de los procesos organizacionales y operacionales e implantar en forma continua aquellas determinaciones legales de administración y control.

PLAN ESTRATEGICO

El HCLP, enmarcando su accionar dentro de las políticas gubernamentales y las emergentes de las necesidades internas, se ha propuesto el cumplir con los siguientes objetivos institucionales a ser logrados en tres años a partir de la gestión 1999

1. "Gestionar la descentralización administrativa financiera con autonomía de gestión.
2. Prestar servicios de salud a la población en general como centro de salud de tercer nivel de atención.
3. Desarrollar actividades académico - científicas.
4. Contribuir a la formación y desarrollo de los recursos humanos que se requieren en el sector salud.
5. Realizar actividades de proyección extramural.
6. Alcanzar la institucionalización completa del plantel hospitalario.
7. Fortalezar los mecanismos de referencia y contrareferencia con el segundo y primer nivel de atención "[7]

Para ello se ha trazado un plan estratégico donde se desarrollen destrezas o habilidades gerenciales de todos los actores internos para adecuar las actividades del HCLP a los cambios imperantes motivo de la transformación y modernización del Estado. En ese contexto el Plan Operativo Anual para la gestión de 1999 esta dirigido en gran medida a la formación y capacitación del recurso humano, para que sean estos al identificarse con la problemática hospitalaria sean los ejecutores de la reingeniera hospitalaria, **aportando con ideas innovadoras y orientando el hospital al paciente y a las exigencias del mercado actual.**

El rediseño de los procesos en el HCLP requiere de un grupo de verdaderos líderes estrategas del cambio, capacitados en todas las áreas de modo que logren la participación activa de todos los actores internos de la institución. Para ello es necesario de que las autoridades deleguen el poder a quienes conducen el hospital, ya que es donde se identificarán las áreas críticas y cuya intervención en forma selectiva evitara poner en riesgo el proceso de cambio. El resultado efectivo se traducirá en una mayor eficiencia, eficacia y calidad y por ende en una mayor productividad sin descuidar la equidad con el lógico resultado de la satisfacción del usuario.

El Plan Estratégico que el HCLP se ha planteado como proceso para implementar un rediseño de la mejora organizacional, será aplicado en forma sistemática y continua de modo que permita evaluar el producto emergente de los servicios, así como al personal que brinde las mejoras prácticas en los procesos de trabajo de la entidad.

El proceso de evaluación dirigido a crear círculos de calidad o **benchmarking** y que se implantará como norma en toda la organización hospitalaria permitirá una competitividad interna entre áreas y unidades organizacionales, otorgando la posibilidad de ofrecer servicios de alta complejidad a bajo costo y alto beneficio.

Para llevar adelante este plan, la Dirección del Hospital ha conformado un equipo calificado de profesionales, cuyos integrantes dependen del nivel y área de evaluación y aplicación. Los resultados emergentes de esta práctica serán recopilados, analizados y comparados en forma permanente, de modo de identificar los "espacios vacíos" que requieren intervención de acuerdo a la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, aplicando criterios de priorización.
Como la implementación de este plan requiere de la capacitación continua de todo el personal involucrado, motivándolos al cambio e identificándolos con la Misión del Hospital y con

las Políticas Nacionales referidas a eliminar todos aquellos factores que influyen en la correcta aplicación de los lineamientos normativos definidos para la institución, este rubro se ha constituido en una prioridad.

Sistemas de Información Gerencial y Mercadotecnia

Con la premisa que el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, ofrece **"SALUD"** como **PRODUCTO FINAL**, este se considera y constituye un elemento u objeto de consumo intangible y difícilmente mensurable en toda su magnitud, lo que lleva imprescindiblemente a buscar la **CALIDAD TOTAL** en prestación del servicio.

Sin embargo los medios de diagnóstico y tratamiento utilizados como parte indisoluble al producto "SALUD", son tangibles y susceptibles a ser medidos en cada una de sus etapas, representando un COSTO REAL, donde se han invertido recursos materiales, humanos y financieros que requieren ser calculados para fines de recuperación de costos y reinversión en un proceso continuo de funcionalidad o inversiones de crecimiento institucional.

Sobre la base de este perfil del macro y microambiente institucional, se ha planteado la necesidad de desarrollar los sistemas de información gerencial con enfoque de **MERCADOTECNIA,** el cual nos da la alternativa de operar, - basándose en estrategias planificadas -, a una transformación al interno de la organización, fortaleciendo la capacidad gerencial de sus integrantes, mejorando el liderazgo y el desempeño institucional por delegación de funciones.

Como consecuencia, se espera recuperar el estado de conciencia compartido y consensuado de todos los integrantes de la entidad, orientando su potencialidad a acciones selectivas midiendo el impacto social y económico que puede representar de su accionar.

BIBLIOGRAFIA

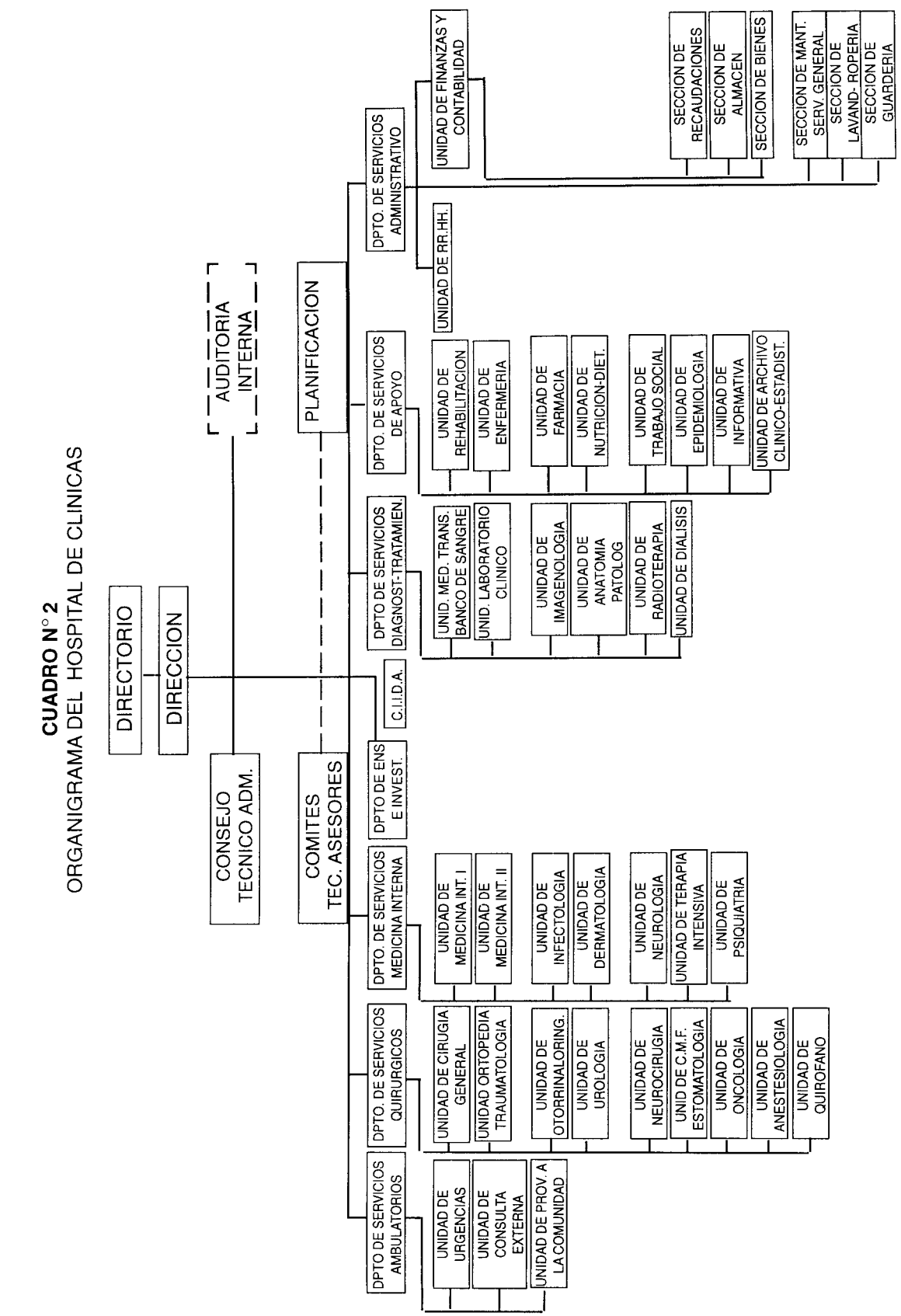
1. Asenjo Sebastian M.A.: La gestión hospitalaria. Eurosyztem S.A. España 1987
2. Asenjo Sebastian M.A.: Aspectos fundamentales de la planificación hospitalaria. PUNTEX, Barcelona 1995.
3. Asenjo Sebastian M.A. y otros: Gestión diaria del hospital. Masson 1998.
4. Barragan V. J.: El sistema de calidad total. Iniciativa/Ildis 1995
5. Barquin M.:Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica. 6ta ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1992
6. Casas M.:Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Experiencias y perspectivas de utilización. Masson S.A. España 1991
7. Creese A.,Parker D.:Cost Analysis in PHC.WHO.Ginebra 1994
8. Chiavenato H.: Introducción a la teoría general de la administración. McGrawHill. México 1989
9. Council for continous improvement. Manual de herramientas básicas para la mejora continua. Panorama. México 1996
10. De Luna Orosco G.MC, Callpa V.N..: Validación, análisis e interpretación del SIG año 1998 del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz. HCLP La Paz, Marzo 1999
11. De Luna Orosco G. MC y otros: Desarrollo de acciones estratégicas gerenciales en la organización de un hospital de III Nivel. CIESS/OPS. México 1996
12. (De Luna Orosco G.MC, Callpa V.N.: Pérdidas económicas por el inadecuado proceso de pagos y exoneraciones en el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz. Carta Médica de AIS –Bolivia "en prensa")
13. De Vries y col.: Educación en administración de salud en América Latina y el Caribe. Jor. Health Admin.Educ. 1998 6:4
14. Di Petri Brown L. y otros: Garantía de calidad en la atención de salud en los países de desarrollo. USA. 1992
15. Andersen Consulting: El Directivo del futuro. ESADE, España 1994
16. Fred D.:La gerencia estratégica. Legis editores S.A. Colombia 1992
17. (Godinez C. y col.:Gerencia de Servicios de Salud. México 1996)
18. Koontz H.y otros: Administración. McGraw-Hill 1992
19. La Administración estratégica. OPS/OMS,USA 1994

20. Macroeconomic enviroment and health. WHO.Ginebra 1993
21. Manual de acreditación de hospitales. R.M. 0785/98, MSPS/OPS/OMS. 2da. ed.1996
22. Manual de organización y procedimientos hospitalarios. PROHASA OPS/OMS 1992
23. Marín J.M.: Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial. OPS PCICG-T.1. 1ra ed. Guatemala 1995
24. Moraes Novaers H. Motta P.R.:Módulos educacionales de administración hospitalria OPS/OMS,1994
25. Paganini J.M.: Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado.OPS/ OPS,1993 Serie HSS/Silos-30.
26. Paravicini Asociados.: Sistema de Información Legal. (SILEG) La Razón, 1998
27. Reglamento General de Hospitales. MSPS/ OPS/OMS R.M 028/97, 1997
28. Reynolsa J. Gaspari K.C.: Análisis costo efectividad. PRICOR. USA 1986
29. Romero Ceceña A.:La contabilidad gerencial y los nuevos métodos de costeo. Inst. Mex. de Contadores públicos. México, 1995
30. RovereM.R.: Planificación estratégica de los recursos humanos en salud. OPS/OMS. Washington D.C. 1993 Serie DRH 96
31. Ruezga Barba A.: Enfoque sistémico de la administración de la seguridad social latinoamericana. México CISS, 1993
32. Sistema de Información Gerencial. SIG/ OPS/OMS Versión 2.2
33. Sistema de Información Gerencial SIG/ OPS/OMS/PNUD Versión 3.0
34. Steiner G.: Planeación estratégica, CECSA, México 1994
35. Spurr W.A: Toma de decisiones en la Administración. Ciencia y Técnica, S.A. 1995 1:1
36. Themes J.L. y col.: Manual de gestión hospitalaria. Interamericana McGraw-Hill. España 1992
37. Varo J.: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión sanitaria. De Díaz Santos. Madrid

1994 CUADRO N°1
DETERMINACION DE FACTORES EXTERNOS E INTERNOS (Matriz FODA)

OPORTUNIDADES	Legislaciones vigentes* Imagen institucional* Accesibilidad a los servicios* Cambio de estructuras* Reformas institucionales* Población cautiva*	**AMENAZAS**	Crisis económica (inflación, desempleo, pobreza)* Centralismo Falta de decisión política Asignación presupuestal insuficiente* Burocracia* Equipamiento y suministros insuficientes e inoportunos* Incumplimiento de la normatividad legal vigente* Falta de coordinación entre los niveles normativos y operativos del sistema de salud. Falta de coherencia en los programas de salud especialmente en los llamados estratégicos. Inexistencia de capacidad gerencial Insostenibilidad del sistema Inexistencia de sistemas de referencia y contrareferencia* Poca capacidad resolutiva del segundo y primer nivel Pobre participación comunitaria Falta de delimitación de acciones, procesos y resoluciones de los niveles de atención. Aumento de la demanda* Población con servicios básicos inadecuados Asignación de Recursos Humanos no calificados* Ausencia de institucionalización (designaciones políticas y no técnicas de los recursos humanos). Incumplimiento de los Compromisos salariales, lo que se traduce en suspensiones laborales continuas afectando la productividad institucional.
FORTALEZAS	Recursos humanos profesionales calificados* Normas institucionales existentes Alta capacidad resolutiva* Organización estructural adecuada de los servicios médico quirúrgicos Tecnología de punta en algunos servicios* Accesibilidad Predominio del sistema de salud asistencial Formador y capacitados de personal médico y paramédico Investigación clínica	**DEBILIDADES**	Infraestructura física obsoleta e inadecuada Servicios básicos obsoletos e insuficientes Capacidad gerencial ausente en todos los niveles Escaso compromiso y participación de los niveles jerárquicos intermedios y medios Sistema de información inoportuno Dispersión y duplicidad de recursos y servicios Suministros insuficientes e inoportunos Incumplimiento de la normatividad institucional Organización funcional inadecuada de los servicios médico quirúrgicos y administrativos Duplicidad de cargos de jerarquía intermedia y media Fuerte injerencia sindical Ausentismo no programado de personal Inadecuada administración de Recursos Humanos Mantenimiento inadecuado del equipamiento Resistencia al cambio Indice de productividad bajo Obsolescencia de los procesos administrativos Manual de Procedimientos no actualizados Poca o ausente participación del personal Falta de compromiso institucional Perdida de valores. Ausencia de la conformación y funcionamiento de los Comités Asesores.

CUADRO N° 2
ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL DE CLINICAS



CUADRO N° 3
ANALISIS SOBRE VARIABLES DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

COMPONENTE	VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	HALLAZGO
ESTRUCTURA ORGANIZA-CIONAL	SUPRA -ESTRUCTURA	ORGANIGRAMA	Esquematización de jerarquía y funcionalidad	Vigencia	Vigente no adecuado debido a un desequilibrio clínico administrativo.
		FUNCIONOGRAMA	Responsabilidad y actividades	Integración grupal	Existe sobre la base de funciones. Requiere de mayor coordinación.
		DEPARTAMENTALIZA-CION	Agrupación de actividades	Integración de grupos afines	Los departamentos se agrupan en unidades y secciones los cuales no interactuan entre sí.
	INFRA ESTRUCTURA	DESCENTRALIZACION	Delegación de autoridad y responsabilidad	Desarrollo da planes y programas por departamento Aplicación de normas y procedimientos	Existe limitada delegación de autoridad y posibilidades de autogestión
		NORMATIVIDAD	Estandarización y formalización de actividades		Existen manuales de normas y procedimientos que no se cumplen y requieren actualizarse.
		JERARQUIZACION	Liderazgo y poder en la estructura	Habilidades humanas, técnicas y conceptuales	Liderazgo parcial por ausencia de institucionalización
		DIVISION DEL TRABAJO	Grado de especialización Secuencia de actividades	Productividad por especialidad	Falta de identificación del rol de los niveles jerárquicos medios e intermedios.
		COORDINACION	Equipos de trabajo	Relación y coherencia en el trabajo Indicadores de producción, compromiso y satisfacción del cliente Transmisión de la información	Existe alto grado de especialización pero una baja productividad
		INTEGRACION	Clara y oportuna		Incoherencia en la secuencia del trabajo y en las funciones
		COMUNICACIÓN	Fuentes de información veraces, oportunas y confiables		Falta de uniformidad en el compromiso
		SISTEMAS DE INFORMACION		Veraces, oportunas y confiables	Flujo insuficiente de información entre los cargos jerárquicos superiores, medios e intermedios hacia los operacionales.
					Existen sistemas de información clínico y gerencial no integrado al sistema administrativo contable. Ausencia de equipamiento y programas.

ELABORACION PROPIA, 1999

CUADRO N° 4
ANALISIS SOBRE VARIABLES DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

COMPONENTE	VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	HALLAZGO
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	LIDERAZGO	Influencia	Comportamiento del individuo	Cambio de actitudes	Elemento humano poco fortalecido Heterogeneidad en el cuerpo de gobierno
		Conducción	Capacidad de influencia	Logro de objetivos	
	MOTIVACION	Logro	Satisfacción	Evaluación del personal	Falta de motivación y reconocimiento
		Afiliación	Compromiso	Entrega	
		Poder	Cambio de actitud	Realización	Pobre entre del personal con el cumplimiento laboral Incertidumbre laboral
	TRABAJO EN EQUIPO	Normas	Integración	Resultados del proceso	Pobre integración grupal
		Estatus	Jerarquización	Estructura	Existe pero no es la adecuada
		Roles	Compromiso	Identificación	Irregular. Requiere el reemplazo de algunos grupos de trabajo.

ELABORACION PROPIA, 1999

CUADRO N° 5
PLAN ESTRATEGICO

ESTRATEGIA	TACTICAS
IMPLEMENTAR UN CAMBIO ORGANIZACIONAL autonomía de gestión	Adaptación a las nuevas políticas
	Descentralización administrativa con
	Rediseño de los procesos Abastecimiento de materiales y suministros
PROCESO DE CAPACITACION	Diagnóstico de necesidades
	Elaboración e implementación del plan
	Evaluación del plan
IMPLANTACION DE SISTEMAS DE INFORMACION	Rediseño y computarización del Sistema de Información Hospitalrio
	Resideño el Sistema de Información Gerencial
	Creación centros de producción o costos
	Implantación de un Sistema de Contabilidad Integrada
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	Exigir el cumplimiento de la Ley 171 del 30 de Marzo de 1986 para la construcción de una infraestructura arquitectónica sobre la base del proyecto existente.
	Conformación un Comité Insterinstitucional Multidisciplinario.
	Incorporación de tecnología de punta
VENTA DE SERVICIOS	Realización de un estudio sobre el tipo y calidad de los servicios.
	Realización de un estudio de las subvenciones económicas
	Creación de una estructura tarifaria que permita la recuperación del gasto
	Recuperación del gasto por atención de pacientes a otras entidades u organizaciones
	Mercadotecnia sanitaria

ELABORACION PROPIA, 1999

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

ADMINISTRACION DEL COLEGIO DE MEDICINA*

*Dr. Rolando Costa Ruiz**

RESUMEN

El manejo económico del Colegio de Medicina ha permanecido desconocido, sin embargo hemos logrado encontrar algunos documentos que permiten efectuar algunos alcances que muestran el celo administrativo de Passamán, además de ofrecer una información sobre particularidades de la época en cuanto a costumbres alimenticias y otras especificaciones que se deslizan a propósito de la presentación de un presupuesto y las dificultades que surgen por la acción de funcionarios del sector financiero y que actuaban como jenízaros de la economía institucional.

Palabras Claves. Colegio de Medicina historia

SUMMARY

The economic management of the College of Medicine has been largely unknown. However, we have been able to find some documents that allow us to figure out the administrative qualities of Passamán, offering information about some particularities of that time concerning feeding matters. Another specifications that pop out in the presentation of a budget shows the difficulties caused by civil servants acting as dog watchers of the institutional economy.

Key Words.- Medicine College, history

A dos meses de iniciadas las actividades académicas el Colegio General de Medicina en fecha primero de octubre, presentó su presupuesto que comprendía gastos de mantenimiento y sueldos del personal. Como quiera que a partir de dicha programación surgen algunas dificultades que se detallan más adelante, juzgamos necesario transcribir en detalle dicho presupuesto que fue elevado en los siguientes términos:

PRESUPUESTO DE MANTENIMIENTO:

"Por el mantenimiento de veinte y dos jóvenes, diez y nueve agraciados y tres pensionistas, a razón de tres reales cada uno; incluso chocolate, combustible, repuestos de cocina y refertorio, escobas, lavados de manteles, etc. son
al mes 255.8
Por dos pesos reales diarios de pan,
son al mes 69.6
Por el alumbrado de habitaciones,
claustros superiores e inferiores y clase
nocturna 16
suma 341.4

Son: trescientos cuarenta y un pesos cuatro reales"

Presupuesto de sueldos correspondientes al mes de septiembre de 1834.
Al Director a razón de 1.200
pesos por año
corresponde al mes 100
Al catedrático de medicina a razón de 1.200
por año corresponde al mes 100
Al catedrático de cirugía a razón de 1.200
por año corresponde al mes 100
Al catedrático de química a razón de 1.000
por año corresponde al mes 83.2 1/2
Al ecónomico secretario a razón de 600
por año corresponde al mes 50
Al mayordomo ocho pesos mensuales 8
Al portero seis pesos mensuales 6
Al cocinero siete pesos mensuales 7
A dos pongos a razón de cuatro pesos cada uno
al mes son 8
A tres sirvientes a razón de tres pesos cada uno
al mes son 9
Suma 412 1/2

Son: Cuatrocientos setenta y un pesos dos y medio.

Este presupuesto elevado por Miguel Coello que

* Colegio de Medicina fué nombre original de la Facultad de Medicina.

* Médico legista. Historiador
Vocal de la Corte Nacional Electoral

era el Ecónomo-secretario con el V°B° de Passamán, recibió el proveído del Prefecto Felipe Braun, quien inicialmente se circunscribió a anotar: "páguese por el Administrador del Tesoro Público previa revisión".

En la misma fecha y con una prontitud ejemplar el señor Andrés Romero, Administrador Accidental del Tesoro Público representó ante el Prefecto dicho presupuesto con varias observaciones y que fundamentalmente expresaban: que se ignora el destino, trabajo o comisión que tiene el mayordomo. que durante el último mes se ha añadido un sirviente a los dos que figuraban en septiembre y finalmente que no había ingresado en la administración ninguna cantidad de la recaudación propia que debía efectuar el Colegio. Argüía al inicio de sus observaciones que a objeto de no obstaculizar las recientemente iniciadas labores del Colegio, no se había efectuado este señalamiento desde el inicio de las actividades en el mes de agosto. Concluye la nota dejando a consideración de la autoridad las reflexiones que se plantean o determinar lo que sea de justicia. El Prefecto sujeto a las observaciones planteadas pidió en el mismo día un informe del Director del Colegio General de Medicina.

Passamán, en términos preparatorios de su respuesta envía una nota al Prefecto solicitándole que el Administrador de la Beneficencia, en función de haber manejado el extinguido Colegio de Ciencias, informe si en los presupuestos anteriores se abonaban además de los tres reales en un tiempo y dos y medio en otro, el gasto separado de pan y velas, así como también el sueldo de los sirvientes, teniendo en cuenta que la ley concedía sólo cien pesos fijos a cada alumno, si acaso se abonaban esos gastos de más y si figuraban en los presupuestos.

Con el proveído del Prefecto don Pedro del Solar, el Administrador Departamental, informaba al día siguiente que efectivamente a más de dos y medio y tres reales diarios se asignaba a cada joven, y que se otorgaba para el pan, las velas, los sirvientes, no obstante el rechazo inicial de esa administración, pero que por orden del supremo Gobierno se hicieron efectivos hasta la dictación de la Ley de 5 de noviembre de 1833. Al respecto el Administrador salía del paso ya que dicha ley relativa al presupuesto general de gastos del Estado para el año 1834 decía en su artículo segundo que: "Ninguna autoridad, ni funcionario público podrá bajo pretexto alguno asignar ni pagar a los empleados más sueldo, que el que dá prefijado a los respectivos destinos" [1]

Passamán dió una repuesta informe cuyo texto traduce la energía de carácter, su visión administrativa y la convicción personal de que sus funciones no eran producto de una concesión graciosa sino parte de un convenio en el cual él había puesto también condiciones. No de otro modo puede interpretarse su misiva de la que extraemos algunas frases y conceptos que traducen nuestra impresión.

Comienza por calificar la nota del Administrador como de observaciones puramente oficiosas y que dichos reparos debió haberlos ejecutado en presupuestos anteriores. De modo categórico dice: "Cuando se me propuso la dirección de este colegio, hice presente a S.E. el Presidente y a S.E. el Ministro General, que no aceptaba este encargo, si no se me satisfacían los presupuestos por tesorería, porque conocía los apuros en que se veían los demás establecimientos públicos que corren a cargo del Administrador Departamental de Beneficencia. Se accedió a mi solicitud y en consecuencia se mandó se pagasen los presupuestos por tesorería con cargo de reintegro de fondos de beneficencia".

Con referencia a las observaciones sobre el personal recuerda las facultades que le otorga el artículo 8° del reglamento que establece que bajo la inspección del Director el Ecónomo Secretario tendrá a sus ordenes los subalternos necesarios que permita la manutención de los alumnos internos y la policía del establecimiento. Por tanto expone que el Mayordomo de un Colegio tiene muchas ocupaciones y *"es el primer criado necesario y de confianza sin el cuál no puede haber orden en el servicio del establecimiento"*. Respecto al aumento de un sirviente establece que bajo el amparo del mismo artículo del reglamento se estimó indispensable *"para el buen servicio de un Colegio, no de artesanos, sino de jóvenes decentes, instruídos y formados, sostenidos por la manificencia del Gobierno"* y "añade: "Se ha aumentado la friolera de tres pesos por otro sirviente. Esta tacha hace a nuestro

elogio en lugar de merecer vituperio porque, hace ver la economía con que procedemos". Finaliza su nota de contestación a los reparos del Administrador del Tesoro, informando que ha creido conveniente condecender con un trimestre con los padres de los pensionistas con el objeto de fomentar la instrucción médica de la república" correspondiendo de este modo con las miras benéficas de nuestro ilustrado y paternal gobierno".

Los términos de una astuta redacción y la posición terminante que guardó Passamán modelaron el informe del Administrador Departamental quien tuvo que informar luego por instrucción de la primera autoridad política del Departamento. Dice éste en su informe que las observaciones efectuadas por el Administrador del Tesoro al presupuesto de sueldos, tienen el objeto de atender a la economía de gastos del establecimiento y que la relativa a la recaudación por efecto de pensiones urge por mandato del artículo 12 del reglamento. Como se tiene visto dicho artículo dice que: *"Las cuotas designadas a sus clases, se recuadrán por el Ecónomo y se atesorarán en fondos de beneficencia"*. Añade que, en aplicación de las leyes debe cumplirse las del Presupuesto General de Gastos en la que nos advierte ninguna clase de sirvientes ni mayordomos y que si se necesitan deben ser costeados de los ahorros que pueda conseguirse de sus gastos. Sin embargo añade frente a los argumentos de Passamán, que en consideración a lo que previene al artículo 8° del reglamento se podrá ordenar el abono para que no se interrumpan las actividades, bajo la necesidad de consultar al Supremo Gobierno y que se emita una resolución que sirva de regla para el presente año debiendo consignarse además en el presupuesto del próximo año.

Respecto al presupuesto de manutención observa que no está arreglado a su señalamiento estipulado en el artículo 11 del reglamento que establece que la asignación es de 150 pesos anuales para cada joven en tanto los externos debe satisfacer setenta y cinco pesos anuales y por tanto corresponde abonar sólo doce pesos mensuales lo que importa docientos setenta y cinco pesos y no los trecientos cuarenta y un pesos cuatro reales que se detallan y por tanto no se debe abonar el exceso de pan y velas y más aun, dada la infracción de la ley debería solictarse el reintegro por el gasto de los meses anteriores. Finaliza el informe ratificando la necesidad del pago del entero por parte de los pensionistas que deberían efectuar el monto total al ingreso al Colegio en concepto de pago anticipado.

La influencia personal de Passamán era obvia, de ahí que Felipe Braun, Prefecto del Departamento establece al final de este expediente su proveído final que dice: "Siendo urgente la necesidad que ocurre en el Colegio General de Medicina, como lo expone el señor Director que lo preside: al administrador del Tesoro para el abono de ambos presupuestos con sujeción al informe del Administrador de Beneficencia y sentada que sea la partida de vuélvase todo original para elevarlo al conocimiento del Supremo Gobierno" [2].

Passamán no satisfecho con la determinación del Prefecto, prepara en la misma fecha de 4 de octubre un memorial al Ministro de Estado en el despacho del Interior que acompaña de una razón circunstanciada del modo como se forman los presupuestos de mantención y su forma de inversión.

En su nota al Ministro le dice que se toma la libertad de exponer aspectos del presupuesto en atención a que acaba de experimentar dificultades y reparos por parte de los administradores del tesoro y el departamental de Beneficiencia. Legitimando sus puntos de vista y afrontando los problemas anota: *"Cuando hice los presupuestos tuve que valerme de un modelo; ninguno me pareció más aceptable que aquel que por tantos años había servido de norma"*. Se refiere al del Colegio de Ciencias y luego de especificar los gastos menores dice que lo que más sorprende es que no sólo piden que se haga las rebajas sino que con los doce pesos y cuatro reales se vista también a los alumnos. En tono irónico expresa: *"Por más que se alambique el arte industrioso de la economía, no alcanza lo sublime del cálculo a tantas habilidades. Si hacen tantas reducciones a los 12 pesos, qué comerán estos pobres jovenes"*. Expone las diferencias que se dan con un Colegio de Ciencias y de modo obsequioso halaga la disposición del gobierno respecto al Colegio de Medicina "cuyos

resultados van a ser tan útiles a la nación y á la humanidad, establecimiento levantado por la munificencia del genio que preside a los destinos de Bolivia, del restaurador de la patria, de su filantrópico Andrés de Santa Cruz, su obra querida y la más útil, hace merecer menos consideración que una escuela?. Finaliza su memorial apelando para que se ponga pronto remedio "sometiendo las observaciones presentes a la sabia penetración de S.E. Presidente de la República" [3].

Respecto a la razón circunstanciada que acompaña el memorial resulta de interés comentar algunas anotaciones de detalle ya que la parte expositiva de gastos no es otra que la reiteración de lo ya expuesto con el añadido de que dice Passamán en sentido que los gastos no necesariamente gravitan sobre la nación ya que los aportes que satisfacen los externos cubre en parte los excesos.

De la calidad humana de los estudiantes y de su origen es expresivo lo que dice Passamán cuando señala la diferencia que se da entre los jóvenes tiernos, dóciles a todo, hasta para sufrir penurias y que componían los Colegios de Ciencias respecto a los jóvenes del Colegio de Medicina:*" unos de ellos instruidos, formados y dignos de consideración, otros hombres que se han manejado por sí, uno que ha sido minero y otro comerciante; los más delicados y engreidos; algunos cuantos de reloj cadena, botones de brillantes, de fraque largo a la dernier; y algunos otros tan petulantes y groseros como puede testificar tristemente el pobre Ecónomo, quien no obstante de tratarlos con toda delicadeza, que se verá adelante, ha tenido que sufrir reconvenciones posibles por su connato de economizar".* Añade luego que dichos estudiantes quieren que los 150 de su asignación se estire hasta para sus vestidos y que los mismos *"fuesen tan largos y lujosos que correspondiesen a su fino, apurado y delicado gusto" sin saber que si quieren"* que el cuerpo ande lúcido y bonito, es necesario que el estomágo esté algun enjuto". Con picardía refiere las inclinaciones pomposas de sus gustos gastronómicos y otras exigencias: *"Comer perdices, sorber chocolate bueno en leche con viscocho francés para lo demás del almuerzo... trinchar pollos y piernas mechadas, saborearse con arroces de leche y leches cremas, mandar criados, enfermar en Colegio, tener médico y botica costeada gran tono y mucho garbo..."*

En cuanto a los gastos ordinarios de cocina relata del *"insumo de chocolate del mejor de Guayaquil, del pan francés y del biscocho, bistecs, revueltos con huevos, locros de almuerzo con arroz, y no con chuño bueno para paceños dicen los chuquisaqueños, sopas de fideos o de pan con chorizos, perdices, mechados, arroz con leche, en lugar de tojori y chanca de maíz, leches cremas que saben muy bien a los cruceños y mejor a los potosinos..." al margen de que se antojan "corderito en horno con bastante especería".*

Entre los gastos extraordinarios incluye el del alumbrado y el gasto en cloruro de cal para disecar cadáveres y quitar malos olores, de modo tal que reduce los gastos diarios del siguiente modo:

Chocolate al día	Un peso
"Diario de plaza (comida)	Cuatro pesos seis reales
"pan diario	dos pesos
Extraordinario casa	Un peso
Alumbrado poco más de tres reales	

Es decir un total de 9 pesos y tres reales.

Habla asimismo de algunos ahorros del mes de agosto que habrían sido utilizados en dos docenas de asientos de cuero acharolados y sillas para el refectorio. De los ahorros de septiembre se habrián realizado pagos de botica.

Finaliza el informe circunstanciado en tono burlón al decir... *"En octubre presente los Administradores del Tesoro y Beneficencia han querido sitiar por hambre a los colegiales y lo peor para ellos será que se queda entablado así que después venga, el que se costeen de los doce pesos y cuatro reales mensuales de cada uno los sueldos de los criados, también vestidos, lavanderas, calzados, sombreros, ropa blanca, pan, alumbrado y todo; pero dirán ellos para todo dan los 150, entonces nosotros diremos chanca y chairo como en el Seminario sólo dos panes; a enfermar al hospital, modestia y templanza*". De este modo concluye los problemas sucitados en el presupuesto al inicio de las actividades del

Colegio de Medicina.
La situación económica de los años subsiguientes no tuvo mayores modificaciones ya que las limitaciones se matuvieron en todo tiempo y de dicha realidad habla un otro documento que he encontrado en el archivo Histórico La Paz (UMSA) y que correponde a los últimos días del colegio. La nota fechada en Chuquisaca el 27 de agosto de 1837, firmada por Francisco Castro esta dirigida al Administrador del Tesoro Público de La Paz, y en la que hace referencia ha correspondencia anterior. En la parte media de la nota dice *"A su merito hacerle presente hablándole con la franqueza que acostumbro de que en el día están tan exaustos estos fondos con sus frecuentes erogaciones que no alcanzan ni para dar la ración diaria a los reos encarcelados"*, razón por la que le instruye respecto a los alimentos de los alumnos que deben sostenerse en el Colegio Gral. de Medicina, que *"puede descontar del producto del papel sellado y en seguida fijar libranza contra esta administración y a favor del Tesoro de esta capital para su respectivo concuase, en inteligencia de que esta adeuda en la actualidad al margen de mi cargo más de tres mil pesos que se han suplido en dinero efectivo"* [4]

ANFITEATRO PROVISORIO DE ANATOMIA

Lamentablemente los archivos nacionales no cuentan con la información completa respecto a diversos aspectos de esta investigación, de lo que resulta que parte de la informacion que se ofrece en ocasiones es parcial. Tal es el caso relativo a la construcción del primer anfiteatro para disecciones anatómicas.

Se ha tomado evidencia que a fines del mes enero de 1835 el Director del Colegio pasó a la Prefectura un presupuesto relativo a los útiles necesarios para la formación de un anfiteatro provisorio en el mismo Colegio. Diversas razones que atendian fundamentalmente a la credulidad popular y supersticiosa condujo a plantear como poco recomendable la construcción de un anfiteatro en el área hospitalaria. De dicha conducta es expresiva la nota de 3 de febrero de 1835 emitida por el prefecto Felipe Braun quien al dirigirse al Ministro del Interior hace referencia a una Orden Suprema de 7 de julio dirigida por sección de Hacienda y que al parecer disponía que dicho anfitetaro se construya en el Hospital. Dicha orden suprema no la hemos podido hallar y no se halla incluida en la Colección Oficial de Leyes, Decretos, Resoluciones, etc. El Prefecto decia en su nota *"que esta mesa de pasión puesta en el propio establecimiento* (se refiere al hospital San Juan Dios), *donde los enfermos van a buscar el alivio a sus quebrantos, produciría inmensos males notoriamente perjudiciales a la población y a la Humanidad misma"* y añadía: *"Porque, qué valor tendrían los desgraciados para ir a refugiarse bajo la sombra del hospital, tan piadosamente protegido por las filantropicas miras del Supremo Gobierno, estando evidentemente persuadidos que tan luego como la muerte los sorprenda, seran descuartizados y hechos pedazos por los practicantes de Medicina?"*. Luego de otras consideraciones que giran alrededor del mismo problema dice que sin lugar a duda las personas preferirán morir en los campos que asomar a las puertas de San Juan de Dios.

Bajo dichos argumentos concluye por observar el cumplimiento de la ordenanza agrega la propuesta de formalizar la realización del anfiteatro en el mismo Colegio porque *"les seria mucho mas ventajoso a los alumnos practicar sus operaciones quirúrgicas sin salir fuera y tomando sus lecciones si fuese posible a cada hora del día..."*. Concluye solicitando que si existe conformidad se prepara dicha sala con los útiles precisos en el Colegio de Medicina. Siempre en relación con la enseñanza práctica se tiene noticia a 3 de marzo de 1836 que Passamán, Marchant y Mossa elaboraron una lista de instrumentos para el laboratorio de química la misma que fue elevada en la fecha indicada al Ministerio de Interior. Un año despues a 4 de marzo 1837 el Prefecto informaba al Ministerio que había recibido el cajón de instrumentos de cirugía con destino al Colegio General de medicina y que se aprestaba para hacer llegar al Director del establecimiento solicitando el abono de 200 pesos en conformidad a una instrucción que ya habría recibido. No existe noticias sobre el destino de esos instrumentos luego de la partida Passamán en agosto de 1837. En todo caso estas aislandas referencias sobre el anfiteatro, instrumentos de laboratorio y de cirugía concuerdan con otras acciones como las de

maternidad, etc. en conformar una imagen que expresa las preocupaciones acádemico administrativas del Dr. Passamán en su condición del Director del Colegio.

NOTAS:

1.- Archivo Nacional. del Ministerio del Interior T. 50 N° 23.
2.- Ibid.
3.- Ibid.
4.- Archivo Historico. La Paz. Papeles Prefectura. 1836.
5.- Archivo Nacional. Ministerio del Interior. T. 54. N° 28.

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

LOS HOSPITALES DE LA PAZ

*Dr. Rolando Costa Ruiz**

RESUMEN

A partir de documentos históricos, se muestran particularidades interesantes respecto a particularidades del funcionamiento de algunos de los Hospitales de la ciudad de La Paz. Se detallan dificultades del manejo económico, y se dan datos referentes al Colegio de Medicina (nombre original de la Facultad de Medicina), y sus relaciones con los Hospitales.

Palabras Clave.- Hospitales de la Paz, Historia.

SUMMARY

From historic documentation, interesting particularities of the management of the Hospitals of La Paz are shown. Difficulties in the economic management and information about the Medicine College (original name of the Medicine Faculty) and its relationships with the Hospitals.

Key Words.- Hospitals of La Paz, History.

La historia de los hospitales de la ciudad de La Paz ha sido consignada en varios trabajos que se han ocupado de establecer antecedentes de su fundación y las particularidades de su funcionamiento. Puede citarse a Carlos Bravo, Luis S. Crespo, José María Alvarado, Domingo Flores, Gabriel Feyles y Juan Manuel Balcázar, como los autores que han ofrecido información referida fundamentalmente a datos cronológicos. Ninguno de estos trabajos sin embargo, ha realizado precisiones sobre los hospitales en los primeros años, de la república, con excepción de la comunicación de Domingo Flores relativa a la "Historia de la Sanidad en los primeros cincuenta años de la República". No obstante dicho empeño, es muy poco lo que se ha establecido pues las medidas legislativas en relación a los hospitales es muy escasa.

La disposición de 16 de diciembre de 1825 dictada por Simón Bolivar hace referencia estrictamente al incremento de un noveno sobre la mitad de las más de diezmos en favor de los hospitales en tanto la de 9 de febrero de 1828 reglamenta el Servicio Económico de los Hospitales. Los 21 artículos que conforman dicho reglamento realizan precisiones del régimen interno y si se compara dicho decreto con el de 29 de abril de 1846 que es un Reglamento de Hospitales con 47 artículos, se puede colegir que fueron muy escasos los cambios, que por lo demás no modificaban un sistema de relación social intrahospitalaria en la que los médicos tenían escasa o casi ninguna importancia. Entre ambas disposiciones se tiene noticia de la existencia de un reglamento para el Hospital de La Paz, que habría sido expedido el 14 de marzo de 1844 pero cuyo texto no figura en la Colección Oficial y del que no hemos podido obtener otras noticias. En cambio, entre los documentos del Archivo Nacional de Sucre hemos identificado un otro Reglamento Específico para el Hospital San Juan de Dios de nuestra ciudad y que fue elevado a la Prefectura del Departamento por la Junta de Sanidad presidida por el Dr. Manuel Monje y que data del primero de Julio de 1832.

Este documento traduce el interés de los vecinos por lograr una mejor atención del hospital local. Comprende 121 artículos divididos en quince capítulos. Existen quince capítulos. Existen quince artículos que van del número 56 al 70 que tratan de las obligaciones del médico a quien no se le asigna ninguna función de jerarquía pues no integra la Junta de Sanidad ni se le otorga autoridad al interior del Hospital, que se hallaba bajo control y dirección de los religiosos que vivían en el hospital. Las especificaciones que se realizan en la mayor parte de este Reglamento respecto a las funciones del "vecino" encargado del control, del ecónomo, enfermero vigilante diurno y nocturno, capellán, sirvientes, ropero, colchonero, padre prior, traducen la intencionalidad estrictamente disciplinaria del régimen interno, Concluye dicha propuesta con especificaciones presupuestarias de ingreso y egreso.

* Médico legista. Historiador
Vocal de la Corte Nacional Electoral

La lectura de la nota de remisión ha permitido conocer una información complementaria, en sentido de existir un otro proyecto de Reglamento General que fue redactado por el Dr. Torrally a imitación de los grandes hospitales de Europa y que no podía tener aplicación en nuestro medio *"por falta de fondos, manos auxiliares, y agentes que desempeñen lo que se ha escrito para su desempeño, de consiguiente le pareció a la Junta impracticable; este motivo impulsó a trabajar el segundo particular para este Hospital"*. La nota que concluye peticionando al Prefecto sea elevada a Supremo conocimiento en beneficio de la humanidad doliente, no tuvo al parecer el curso deseaco pues no hemos logrado identificar otros antecedentes que otorguen relación respecto al destino que tuvo este proyecto, lo cual no resulta extraño dada la preterición que se había dado a los hospitales. No de otro modo puede interpretarse la falta de disposiciones pertinentes, pues las contadas órdenes y resoluciones que se dieron al efecto se circunscriben al pago de hospitalidades por parte del ejército o disposiciones que los comandantes de guardia deben cumplir respecto al comportamiento de las tropas de acuerdo a las órdenes que establezcan las Juntas de Sanidad.

Un testimonio de la precaria situación del Hospital San Juan de Dios de La Paz se expresa en una nota de la prefectura dirigida al Ministro de Estado en el Despacho de Hacienda en fecha 17 de diciembre de 1832. En dicha nota se consigna el contraste que existe entre los hospitales de la República y el de La Paz cuyo mal estado se muestra en el deterioro de su construcción que sólo comprendía en aquel momento, una sola sala, pues parte de la otra estaba a punto de desplomarse en razón de que su construcción no se había concluido porque faltaban los cielos, reboques y otros detalles que invocaban costos difíciles de cubrir. Se había producido en aquel tiempo la caída de la contrucción de la cocina, no existían habitaciones para almacenes, sirvientes ni religiosos y tampoco se disponía de ambientes con destino a ropería, botica, sala de oficiales de convalecencia, lavanderías ni anfiteatro. La nota añade angustiosamente que tampoco se cuenta con ropa para las camas. El Prefecto Francisco María de Pinedo arguye que la causa de estas diferencias con otros nosocomios, obedece al doble de la población de nuestra ciudad, que sostiene además una circulación significativamente mayor que otros distritos, a lo que debe agregarse el mayor número de tropas que han permanecido desde el tiempo del gobierno español, circunstancias que además de requerir mayores gastos que la de sus rentas, dejaban sin reparación los edificios sujetos a mayor deterioro.

Esta nota pone en evidencia además, que al hospital de La Paz se le ha satisfecho medio noveno en lugar de uno sobre el total de la masa decimal y por tanto urge el pago de novenos y hospitalidades para remediar la situación o mas bien para hacer un hospital dice la nota, añadiendo luego: *"Es tanto más justa esta solicitud, cuanto mayor, es la necesidad, y cuanto están pagados integramento todos los hospitales, menos el de La Paz, que jamás ha liquidado cuentas con el Tesoro desde el año 25, y que desde el año 30, redujo sus gastos a un número muy pequeño de enfermos y contar con estos ahorros para empezar a edificar los más urgentes"*.

Concluye esta nota efectuando observaciones a la presencia de un funcionario Contralor cuyo pago disipa los fondos, sugiriendo la supresión de dicho cargo de inútil destino, ya que no mira hacia los efectivos progresos del benéfico establecimiento hospitalario [1].

Esta última observación es una prueba de que el Reglamento del Hospital de San Juan de Dios presentado en 1832 por Manuel Monje, Francisco Vergara, Francisco Arraya, José Seoané y José, Vicente de la Abariega, no tuvo curso favorable, pues la nota tercera que se consigna luego del proyecto de 121 artículos, establecía de modo puntual la supresión del empleo de contralor.

La creación del Colegio de Medicina favoreció la organización de los servicios hospitalarios como se deduce de los documentos que comentaremos a continuación y que exteriorizan de modo elocuente que la puesta en marcha del Colegio de Medicina tuvo que superar no sólo las pésimas condiciones en que se desarrollaban los hospitales sino también, las dificultades de orden administrativo que se presentaron particularmente en el llamado hospital de

mujeres.

Dando cumplimiento a las regulaciones del capítulo 5° del Decreto Reglamentario para el Colegio de Medicina emitido el 24 de enero de 1834, los estudios de medicina se integraban con una Escuela Práctica, la misma que debía funcionar en el Hospital de San Juan de Dios. No obstante el carácter específico de la disposición debe suponerse que el Dr. Passamán estableció la conveniencia de integrar a la Escuela Práctica los servicios del hospital de mujeres. La gestión tendiente a lograr dicho objetivo se inició tiempo anterior a la inauguración del Colegio como se deduce de las notas que pasamos a comentar luego de aclarar breves antecedentes sobre los dos hospitales de La Paz, el de varones y el de mujeres.

El hospital de varones tomo el nombre de Landaeta en virtud de los aportes que realizaron Juan Landaeta y su sobrino Martín Landaeta, aunque todos los autores son absolutamente claros al referir que la contribución que efectuaron estuvo ligada más bien a la construcción del templo de San Juan de Dios anexo al hospital de varones. Con referencia al hospital de mujeres, ha quedado consignado en el tiempo el calificativo de Hospital Loayza, en atención a la decidida contribución económica que efectuó Don Ramón de Loayza tanto para la erección como para el sostenimiento de dicho hospital. Hasta ahora existe un vacío de información que impide establecer el momento en que dicho nosocomio adopta un carácter oficial o pasa a depender del Estado, pues la documentación que ofrecemos evidencia que dicha institución tuvo en aquellos años la condición de una institución privada.

Fue el año 1803 que Don Ramón de Loayza favoreció el traslado del Beaterio de las Nazarenas a la calle Chuquisaca, utilizando su instalación ubicada en el ex-Colegio La Salle y hoy Facultad de Derecho de la UMSA, para adaptar un hospital de mujeres que se inauguró el 2 de enero de 1807 [2].

En fecha 7 de julio de 1834 se dió lugar a una orden suprema que instruía la dotación de 600 pesos en favor del Dr. José María Quiroga que había sido nombrado por el gobierno para encargarse de la asistencia de las enfermas del hospital de mujeres. Dicha determinación se le hizo conocer a Don Ramón de Loayza en fecha 19 de agosto. Se debe recordar que el Dr. Quiroga fue nombrado profesor de Cirugía en el nuevo Colegio. La instrucción en favor del Dr. Quiroga en premio a sus cuidados y contracción iniciada al parecer antes del mes de julio, fue respondida mediante una extensa nota de Don Ramón de Loayza en fecha 18 de julio desde su propiedad de Macamaca, dirigía a Felipe Braun, Prefecto del Departamento, quien a su vez elevó el expediente al Ministro de Estado en el despacho de Hacienda en fecha 4 de octubre.

En la primera parte de su nota expresa que las paternales miras del gobierno para que se establezca una escuela práctica en el Hospital San Juan de Dios es un acertado proyecto en beneficio de la humanidad. Añade que si tan digna empresa pudiera ser secundada en el hospital de mujeres, el habría satisfecho todo el vigor de sus deseos, pero que sus facultades ahora sólo le permiten circunscribirse estrictamente al diario desembolso en diferentes obras, entre ellas, la Casa de Huérfanos. A continuación y por la importancia histórica de las referencias relativas a los inicios del hospital de mujeres transcribimos lo que anota Loayza en su caracter de respuesta al Prefecto: *"El Hospital San Juan de Dios ha sido el único que desde un principio se ha conocido en La Paz. La división la de mujeres con quien estaba en otro tiempo interpolado, ha sido mi obra exclusiva. Yo la he sostenido sobre todo esfuerzo: no ha tenido, ni conocido más fondos que mi proio peculio. En vano algunos, y como por una innoble emulación han querido suponer otra cosa, tiempo habrá que los desengañe. La he paramentado de una botica exquisita, y en fin, que a esfuerzos de una economía regular y procurando los ahorros posibles, he sostenido al compensativo de los facultativos, que han asistido".* Arguye luego que a él le correspondió conseguir la promulgación del Decreto Supremo de 16 de diciembre de 1825 *" y por el qué al noveno, que se la había quitado del uno y medio que de más antes tenía en la mitad de la masa decimal, traté se le aumentase otro noveno y con el que se habían asegurado dos y medio, que son los que ahora se deducen en su repartimiento, era demasiado consiguiente que desde entonces, hubiera reclamado la parte de este beneficio, y*

del que jamás pudo considerarse excluído el de mujeres porque aún no se había separado. No he dicho una palabra sobre esto y és una prueba del desinterés con que me he conducido". Añade que el Decreto Reglamentario del 9 de febrero de 1827 no ha sancionado determinación alguna acerca de la subsistencia o exterminio del hospital de mujeres en cuyo régimen doméstico por tanto nadie puede intervenir. En una nueva afirmación de su criterio de propiedad añade: *"La experiencia ha demostrado la utilidad y ventajas de este establecimiento, y que debido a mis solos sacrificios ha habido temporada que el de San Juan de Dios no ha estado más bien servido con un número mitad menos del que ha abrigado mi hospital".* Concluye diciendo *"no me hallo en disposición de señalar sueldo alguno a nadie: por otra parte me hallo convencido que en resolverme a ello, sería contraer una obligación sin consentimiento ni libertad, que son la base de los contratos".* A tiempo de solicitar se eleve su respuesta al Jefe Supremo de la República de quien espera una aceptación imparcial a las razones que ofrece.

Esta nota sir duda siguió su curso sin que los interesados tengan noticia del resultado de la gestión, pues en 19 de septiembre el Dr. Quiroga se dirigió mediante nota a Don Manuel Arguedas, Administrador del Hospital de Mujeres, para solicitarle se ejecute el que consideraba su legítimo pago, pero en la misma fecha dicho señor Arguedas respondía en sentido que a él no se le abonaba un medio para pago del médico, lo que era de conocimiento del gobierno, quien debía haber comunicado este acuerdo. *"Puedo asegurarle - decía en su nota - que el Señor Loayza tiene contestación del Supremo Gobierno para que nadie intervenga en su hospital, por ser un establecimiento particular"; y últimamente este servidor está en el caso de entregar las llaves, para evitar muchos problemas".*

El Dr. Passamán y como emergencia de la situación planteada se dirigió a Felipe Braun, Prefecto del Departamento diciéndole: *"Pongo en conocimiento de V.G. que el doctor José María Quiroga, que de órden superior le hice cargo del hospital de mujeres de esta ciudad, ha seguido visitando con particular esmero a las infelices enfermas de aquel establecimiento; que ha hecho varias operaciones con éxito, salvando a algunas, que, abandonadas, yacían postradas y en el mayor abandono".* Comunica luego que el Administrador Arguedas ha negado al Dr. Quiroga los sueldos devengados desde el 10 de julio, razón que le obligaba solicitar a la autoridad ponga remedio a esa situación dado el estado de abandono en que se halla este hospital.

La falta de solución al problema en el transcurso de esos días, determinó la renuncia del Dr. Quiroga a la obligación que se le había encomendado en el establecimiento del hospital de mujeres. Luego de recordar a Passamán las dificultades transcurridas le dice en su nota de 4 de octubre: *"Yo contento en mi propósito, habría marchado con el entusiasmo que hasta aquí: más la carta que el apoderado del Benefactor me pasó, y que incluí al Señor Director, me ha disgustado contrariando mi sentir. Prescidiendo del sueldo, que absolutamente se le niega al médico: el gasto relativo a sus recetas, diré no se abonaron. Es bien clara esta disposición, pues manifiesta el desagrado del Benefactor por mi presencia en el hospital; y midiendo solo esta circunstancia sería para mi bochornoso continuar mi ejercicio en una casa, con disgusto del que la maneja, Por otra parte Señor Director, ni mi persona, ni mis palabras, pueden por si curar las enfermedades sin otros elementos. Este inconveniente traería a las enfermas la muerte con frecuencia, y el peligro de mi reputación. El Señor Director, se dignará por tan justas observaciones, reflexionar a S. E. el Señor General Prefecto, sobre este incidente; y a la vez suplicarle disimule mi separación del establecimiento".*

A la recepción de dicha renuncia el Dr. Passamán en fecha 7 de octubre se dirige al Prefecto haciéndole conocer que el Dr. Quiroga dejó de asistir al establecimiento hospitalario y puntualizando una firme posición profesional en los siguientes términos: *"El benefactor ciudadano José Ramón de Loayza, no quiere que facultativo alguno puesto por el gobierno intervenga en su casa, y ha dado orden que no se abonen las medicinas recetadas por él. Si no se ha de hacer lo que ordene el médico puesto por la autoridad; si se han de despreciar los avisos conducentes al alivo de los enfermos; si contra la voluntad del protector de dicho establecimiento privado nada se puede hacer, como se exige que asista a las*

enfermas sin medicamentos y sin los demás auxilios. Señor Prefecto: será ponernos en ridículo, faltar a nuestros deberes, engañar a la humanidad doliente. Por otra parte la reputación del médico se compromete no haciéndose lo que prescribe. En vista de estas razones que no tienen contestación, parece oportuno dejar a disposición de su protector el servicio médico de su establecimiento".

De este modo concluyó este ingrato suceso que dificultó las primeras tareas del Colegio de Medicina y que no pudo ser resuelto en razón de que el Prefecto se sintió impedido de tomar providencia alguna ya que por orden suprema se había declarado el hospital de mujeres como establecimiento particular.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

La referencia que hemos ofrecido respecto a la situación de este hospital el año 1832 permite valorar las bondades que trajo la organización del Colegio de Medicina y la presencia de Passamán. Ya en el año 1835 se evidencia un celo administrativo que necesariamente debió surgir del conjunto de acciones desarrolladas alrededor del hospital. En el Archivo La Paz, dependiente de la UMSA, hemos hallado un expediente que tiene inicio el 11 de noviembre de 1835 y que está promovido por el ciudadano José Vicente de Abariega, quien en su condición de Administrador de las Rentas del Hospital San Juan de Dios, solicita que mediante disposición especial se establezca que los "principales" sean oblados en numerario (moneda o dinero efectivo) y no mediante vales de emprésito o billetes de crédito público, pues dice que algunos concetudinarios pretenden efectuar las redenciones en vales y billetes. El conjuez fiscal ratificando el criterio del Administrador de las Rentas del hospital, opinó en sentido de que debe diferenciarse el Hospital de los conventos extinguidos y por tanto no confundirse con el Convento de San Juan de Dios, que estaba al servicio de los religiosos del hospital. Esta aclaración iba en razón de que el artículo sexto del Decreto de 12 de junio de 1827 establecia que: *"los ciudadanos que quieran redimir los censos, pensiones, o fundaciones que gravan sobre sus propiedades, pertenecientes a la beneficencia, conventos, capellanes, monestarios y catedrales, podrán hacerlo con vales de empréstito, o bien por mitad de estos vales y de billetes de crédito público, pasando el capital a la Tesorería en que existe la finca gravada; y serán admitidos los vales y billetes en el tesoro, por su valor nominal".* En tal virtud el conjuez Pórcel establece de modo, taxativo, que los censos del Hospital no pueden ser redimidos con vales y billetes ya que por convento no debe entenderse hospital. En virtud de ese criterio se pidió al Administrador de la Beneficencia informe del movimiento de caja y pase al Administrador Departamental. Este informó a su vez que las rentas del hospital corrían a cargo del Administrador Ecónomo del Hospital, sin intervención alguna de la Administración Departamental. La gestión terminó en todo caso efectuándose un alcance aclaratorio de los ingresos que se habían producido mediante vales y billetes, concluyendo el trámite en beneficio del hospital del modo que había planteado inicialmente el Sr. Vicente de la Abariega, pues en fecha 11 de abril de 1836 el Ministro de Estado en el despacho de hacienda establecía que: *"Vistos con lo expuesto, por el Conjuez Fiscal, y teniendo presente que por el artículo 14 del supremo decreto de 29 de marzo de 1826 quedan existentes los conventos de hospitalarios atendiendo también a que estos establecimientos deben fomentarse para prestar sus benéficos auxilios a la humanidad, se declara: que desde la fecha los principales reconocidos á los hospitales no pueden redimirse con vales y billetes".* Firma Campos.

Es posible suponer que la gestión que acabamos de comentar fue promovida con la intención de reforzar no sólo la economía hospitalaria, sino también con la finalidad de otorgar mayor solidez a la gente de gobierno adicto a Santa Cruz, pues en aquellos dias ya se gestaban acciones tendientes a debilitar la posición de personas como Passamán, que era incondicional hombre de Santa Cruz. Al parecer hubo una sistemática y creciente resistencia a Passamán, que culminó con la huída de este profesor el 4 de agosto de 1837, como se tiene comentado en otro capítulo de este libro. Es a propósito de ambas situaciones, que pasamos a comentar un otro documento que pone en claro en primer lugar las bondades que ofrecía la administración académica de Passamán y por otra, las intrigas

que se gestaban alrededor de sus funciones.

En mayo de 1837 el Ministerio del Interior recibió un anónimo que denunciaba aspectos relativos al estado del hospital San Juan Evangelista [3]. Dicho anónimo fue remitido a la Prefectura del Departamento con probables instrucciones para que la Prefectura tome conocimiento del problema. Ésta instrucción fue enviada en fecha 27 de mayo con registro N° 17 del Ministerio del Interior. En fecha 3 de junio, Marcos de Campos, Prefecto del Departamento, pasó un informe en el que acompaña otro similar emitido por la Junta de Sanidad y suscrito por José María Eyzaguirre. El informe de la Junta de Sanidad se refiere a las curaciones, clases de alimentos que se dan a los enfermos, de la asistencia del Protomédico y otros detalles. Afirma Eyzaguirre que la Junta ha inspeccionado personalmente las cobachas de los enfermos, la ropería, el laboratorio, la despensa y la cocina, habiendo logrado advertir que existía un repuesto suficiente de colchones y camas, lo necesario para la dieta de los enfermos, incluyendo previsiones en la dotación de arroz, vino, carne y demás. Añade luego que se tomó conocimiento de las cuentas presentadas por el Ecónomo y la lista de medicinas y alimentos que se administran y que encontraron que todo se cumplía con exactitud y delicadeza. Finalizan dicho informe añadiendo que durante su inspección, tomaron evidencia de la presencia del Dr. Passamán que cumplía su deber en el hospital junto a sus practicantes. Cerraba su informe afirmando: *"No se ha recibido queja alguna de todos los destinados en el hospital"*. De modo complementario informan que el ciudadano Mario Vidaurre, en su condición de miembro de la Junta de Sanidad, ha efectuado en el mes que corre, el control de vigilancia habiendo ratificado en sus informes, las mismas impresiones expuestas en la nota.

NOTAS

1.- Archivo Nacional. Ministerio de Hacienda. Tomo 31. N° 17
2.- Luis S. Crespo. Monografía de la ciudad de La Paz
3.- En este documento como en el Archivo Histórico La Paz, se emplea indistintamente la calificación de hospital San Juan de Dios y hospital San Juan Evangelista.

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

CONVENIO

COMITE NACIONAL DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACION CNIDAI

MINISTERIO DE SALUD Y PREVENCION SOCIAL Y UNIVERSIDAD BOLIVIANA

RENOVACION DEL CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL Y LA UNIVERSIDAD BOLIVIANA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE NORMAS DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACION.

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Por el presente Convenio, suscrito entre el Ministerio de Salud Previsión Social representando 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 investidos, 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. 16181 de fecha 9 de febrero de 1979, y 17203 de fecha 1ro. de febrero de 1980 y el convenio firmado el 11 de Noviembre de 1980 y su renovación en diciembre de 1992.

CLAUSULA SEGUNDA: MARCO CONCEPTUAL

La Integración Docente Asistencial e Investigación (IDAI) se define como un proceso de creciente articulación e interacción comunitaria y de investigación entre instituciones de educación superior y servicios de salud y municipios, para contribuir a mejorar: la atención en salud, las condiciones de vida de la población, la producción de conocimientos, la investigación y la formación de recursos humanos acorde a las necesidades y realidad socio epidemiológico con participación comunitaria, como estrategia fundamental de las políticas de salud.

CLAUSULA TERCERA: PROPOSITOS

Es deber del Supremo Gobierno y del Sistema de la Universidad Boliviana, sentar las bases para que las instituciones del Sistema Nacional de Salud, puedan servir eficientemente como espacio para la formación de recursos humanos y la investigación de los problemas de salud para mejorar la prestación de servicios.

La IDAI reconoce:

a) El Sistema formador de Recursos Humanos de tercer y cuarto nivel y el Sistema Nacional de Salud, tienen como finalidad común mejorar el nivel de la salud de la población.

b) Este proceso no se restringirá a la formación de determinadas categorías de personal de salud sino por el contrario abarcará todo tipo y nivel de formación transdisciplinario, suponiendo un concepto diferente del proceso enseñanza - aprendizaje, centrado en vivencias prácticas de la realidad que comprende la relación salud - enfermedad como un proceso social.

c) La IDAI se llevará a cabo en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud mediante un proceso de integración entre los docentes, estudiantes, el equipo de salud los municipios y la sociedad

d) La IDAI compatibilizará los objetivos del Sistema de la Universidad Boliviana de formar recursos humanos adecuados a la problemática del país a fin de mejorar la calidad de atención de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

e) La IDAI excede al ámbito de las Ciencias de la Salud, desde el momento en que en el

proceso de preservar la salud intervienen otros factores: políticos, sociales, económicos y científico - tecnológicos por lo que se buscarán mecanismos que promuevan la participación de otros sectores.

f) La incorporación a la IDAI de los Colegios Profesionales constituye una meta de importancia.

Su incorpación en los órganos de coordinación guardará relación con la coherencia, actuación y compromiso demostrado a lo largo de las actividades de la IDAI.

CLAUSULA CUARTA: DE LOS OBJETIVOS DE LA INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

1. Objetivo General

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 (Ministerio de Salud y Previsión Social) respetando los ambitos de competencia respectivos.

2. Objetivos Específicos

Coordinar los planes y actividades que se cumplen en los diferentes niveles de atención sanitaria regionalizada con los contemplados por la Universidad Boliviana en la formación de los recursos humanos.

Elaborar y proponer políticas y programas conjuntos para la formación y el desarrollo de los recursos humanos en el sector salud a nivel de Pre-grado, la generación de nuevos conocimientos y la investigación en el campo de la salud, el perfeccionamiento de profesionales a nivel de Post - grado, y la participación comunitaria.

Utilizar racional y conjuntamente los laboratorios, servicios, centros y hospitales dependientes del Ministerio de Salud y Previsión Social y de la Universidad Boliviana como campos docentes, de investigación y servicio exclusivamente destinados para el uso de ambas institucionales estatales.

Incorporar a las Universidades para el perfeccionamiento constante de las actividades que desarrolla el Sistema Nacional de Salud.

Desarrollar mecanismos efectivos que permitan compartir objetivos y responsabilidades en la planificación, control, gestión, y evaluación entre las instituciones formadoras de recursos humanos, los servicios de salud y la comunidad.

CLAUSULA QUINTA: DE LA ESTRUCTURA COMPOSICION Y FUNCIONES DE LA INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACION

NIVEL NACIONAL:

El más alto nivel en la estructura de la Integración Docente Asistencial es el **COMITE NACIONAL DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL E INVESTIGACION (CNIDAI),** cuya función es la de normar las actividades de la IDAI.

El CNIDAI, estará presidido por el Ministerio 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 Ministerio 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 CEUB estaría 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 constituido 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.

NIVEL REGIONAL

El Comité Regional de Integración Docente Asistencial e investigación (CRIDEAI), 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 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, deberán 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 CRIDAIS, los que deberán ser canalizados por las instituciones que componen la Integración Docente Asistencial.

CLAUSULA SEXTA: OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES INTERVINIENTES

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. En el caso de que los Comités de Coordinación de Servicios, Centros de Salud u Hospitales consideren que estas deben ser modificadas por circunstancias atendibles, los organismos correspondientes elevarán sus proposiciones a los CRIDAIS y al CNIDAI para su consideración, aprobación y propuesta de modificación a las instancias correspondientes.

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 perjuicio de las obligaciones que deriven de su institución empleadora, y participarán en la realización de programas de educación continua y/o permanente, educación en servicios para el personal de los respectivos niveles de las instituciones del Ministerio de Salud y Previsión Social.

Los funcionario de la entidad asistencial del Ministerio de Salud y Previsión Social que participen en actividades docente - asistenciales serán acreedores del reconocimiento de la respectiva categoría académica por parte de la Universidad correspondiente de acuerdo a sus reglamentos en vigencia. Dicho reconocimiento no tienen implicación laboral.

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

Los equipos y dotaciones de las Instituciones que conforman la integración Docente Asistencial, se utilizarán en procesos docente asistenciales

exclusivamente desarrollados por la Universidad Pública Boliviana, la misma que será efectuada sobre las bases de una reglamentación expresa, con el objeto de garantizar su buena utilización y cuidado de los mismos.

CLAUSULA SEPTIMA: DE LAS DESIGNACIONES DE LOS CARGOS

Se encomienda al CNIDAI la compatibilización de los principios de la IDAI con las normas y reglamentos de concurso de exámenes de competencia para la designación de persona de los servicios de salud.

CLAUSULA OCTAVA: VIGENCIA Y CUMPLIMIENTO

El presente convenio tendrá validez de diez años a partir de la fecha de su suscripción, y podrá ser renovado o modificado por pedido expreso de una de las partes, mediante evaluaciones anuales y al término del Convenio, a nivel Re gional y Nacional.

Forman parte de este 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.

El Ministerio de Salud y Previsión Social y la Universidad Boliviana quedan encargadas de dar cumplimiento al presente Convenio, el mismo que se suscribe en la ciudad de La Paz a los veintisiete días del mes de octubre de mil novecientos noventa y ocho.

Dr. Guillermo Cuentas Yañez
MINISTRO DE SALUD
Y PREVISION SOCIAL

Lic. Juan Cuevas Aguilera
SECRETARIO EJECUTIVO
COMITE EJECUTIVO DE LA
UNIVERSIDAD BOLIVIANA

CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS • Volumen 45 Suplemento 1 • 1999 • La Paz - Bolivia

UNA MIRADA A LA ACTUAL INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

*Dr. Guido Zambrana Avila**

RESUMEN

Se realiza un análisis del funcionamiento del Convenio de Integración Docente Asistencial en los años pasados, puntualizando sus debilidades y fortalezas. Se detallan los aspectos novedosos del nuevo Convenio Docente Asistencial y de Investigación, junto a un diagnóstico de la integración y se puntualizan los pasos necesarios para que este convenio funcione adecuadamente.

SUMMARY

An functional analysis of the Teaching - Health care agreement is done within the past few years, highlighting their weakness and strengths. The new Teaching - Health Care And Research agreement is detailed, along with a brief diagnosis of the teaching and health care integration. Some of the necessary steps towards the full functioning integration are considered.

ANTECEDENTES

El Convenio de Integración Docente Asistencial (CNIDA) fue un convenio firmado para crear un marco legal que permita ligar la actividad asistencial en las instituciones de salud con la docencia en el área de salud, respondiendo a las corrientes mundiales recomendadas por la O.M.S., y a nuevos modelos para la educación superior médica de la Educación en el Trabajo. El que estudie medicina y otras carreras de la salud no puede formarse alejado del paciente, por lo tanto de los hospitales, consultorios, laboratorios, y gabinetes de diagnóstico y tratamiento.

El CNIDA estaba constituido por el Ministerio de Salud y la Universidad Pública con presencia del Colegio Médico de Bolivia. Existían Comisiones propias de esta instancia central. Las Comisiones Regionales de Integración Docente Asistencial eran los organismos operativos regionales con sub comisiones de pregrado, posgrado y administrativa financiera. Solo funcionaron la Comisión nacional y las Sub Comisiones de Posgrado por la necesidad específica creada por el denominado Sistema Nacional de Residencia Médica de Especialización.

Estaba implícito que todos los centros estatales que prestaban atención a la salud, se constituían en centros docentes para la universidad pública Existen suficientes antecedentes legales, como decretos supremos, que así lo establecen. Se podría decir que el CNIDA funcionaba para y por la Residencia Médica, y muy tangencialmente en otros aspectos de la integración No se pensaba aún en la existencia de Empresas Privadas constituidas en Carreras o Facultades de Medicina.

La integración siempre fue débil, afectada por los cambios políticos y de autoridades de salud. La única constante fue que las instituciones hospitalarias se beneficiaban con una masiva presencia de mano de obra sin costo salarial, incluyendo la de profesionales adscritos no remunerados; la Universidad disponía de los hospitales para la Educación en el Trabajo a los futuros profesionales de la salud.

Los cambios producidos por cada gobierno en los diferentes modelos sanitarios y políticas de salud no impregnaban al convenio de integración; en realidad nunca hubo una verdadera integración, por eso es que no puede hablarse de divorcio entre estas instituciones, toda vez que no hubo matrimonio. Los sucesivos ministros de salud respondían de diferente manera, de acuerdo a sus propias iniciativas, debido a que el ministerio nunca tuvo una política de estado al respecto. Tuvimos ministros que intentaban dar funcionamiento al convenio hasta otros que eran francamente contrarios a la naturaleza del mismo

Las reformas en salud de los últimos dos gobiernos y los cambios estructurales determinaron la aparición de nuevos componentes. Ahí están la Ley de Descentralización, la de Participación Popular, el

* Decano de la Facultad de Medicina

Seguro de Vejez, el Seguro Madre Niño, el Plan Estratégico de Salud (PES), Seguro Básico de Salud. Esa nueva realidad hace necesario un enfoque nuevo en la estructuración de los CRIDAI, y sus subcomisiones.

Un ingrediente también nuevo incorporado en los últimos años fue la aparición de empresas privadas para la educación médica creando Facultades de Medicina. Pero es un ingrediente Sui Géneris debido a que su presencia en el medio se constituye en una amenaza para la universidad pública al pretender infatigablemente ocupar con sus estudiantes las instituciones hospitalarias públicas. Lo lamentable es que en ese propósito recibieron el apoyo de autoridades de salud por diversos intereses. Recientemente en el Congreso Extraordinario del Colegio Médico Departamental se escucharon voces que consideraban que las Facultades de Medicina privadas deberían incorporarse al CNIDAI, pero debemos recordar que desde su origen tienen otra misión y otros objetivos acordes a respetables empresas de lucro, y no están acreditadas, menos aún sus programas para el área de salud.

EL NUEVO CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACION (CNIDAI)

Tiene un contenido similar al anterior, pero incorpora explícitamente la exclusividad del uso de todos las instituciones de salud estatales por la universidad pública. Así mismo incluye el componente de investigación. Recientemente amplió su composición con un representante del Ministerio de Educación No podemos dejar de reconocer que las actuales autoridades del Ministerio de Salud han mostrado una actitud positiva en cuanto al acercamiento con nuestra Facultad, que parece depender más de las personas que de una línea de Estado.

Los CRIDAIs y las sub comisiones que la integran deben recomponerse con la participación de nuevos actores de la realidad actual, como por ejemplo el municipio.

DIAGNOSTICO ACTUAL DE LA INTEGRACION

En general se puede decir que el Convenio esta lejos de cumplir sus objetivos debido a diversos factores. De una manera resumida podemos señalar lo siguiente:

- Las partes no cumplen de acuerdo a la expectativa de la misma letra del convenio todo se ha reducido a ocuparnos de la Residencia Médica – ni siquiera de todo lo que es posgrado – como si fuera lo único que interesa a la integración.
- Existe una evidente incoordinación entre sus componentes, pues mientras el Ministerio tiene una visión, la Secretarias Regionales, dependientes de las prefecturas, frecuentemente tienen y demuestran otros objetivos. Por otra parte cada institución realiza acciones independientes sobre aspectos que atañen a la integración.
- La inestabilidad de autoridades en diferentes instancias del poder central crea una falta de continuidad, cada gobierno tradicionalmente presenta un nuevo plan que echa por tierra el del anterior. Peor todavía cada cambio de ministro genera modificaciones de las políticas, así por ejemplo el Ministro Marinkovich priorizó absolutamente la implementación de la estrategia de la Atención Primaria, eje del Plan Estratégico de Salud (PES), lo que para el actual dejó de ser prioritario. Similar situación se da entre las autoridades departamentales. Por todo esto existe una perjudicial discontinuidad en las políticas de salud.
- En la estructura de la integración los nombramientos de autoridades como representantes en los CRIDAS, directores de hospitales y centros de salud, Jefes de Enseñanza y otros se realizan políticamente, ni qué decir de los cargos de base. Esto hace que cada actor obedezca a los intereses de su partido o similares antes que a la integración. Un interesante ejemplo es la asignación de puestos para año de provincia.
- Solo la coyuntura de la admisión de Residentes para Especialización, estimula a realizar un trabajo en la subcomisión respectiva y en el CRIDAI, porque sin duda ahí se mueven intereses.
- Reiteramos que las subcomisiones no funcionan, excepto – muy precariamente – la de Posgrado, en los períodos de admisión a la Residencia Médica.

- No se ha producido ni un solo intento de diseñar nuevas ofertas académicas de posgrado, menos de enseñanza continua o capacitación de recursos humanos para la salud en general. Esto llevo a la Facultad de Medicina a elaborar sus propias ofertas académicas. Así por ejemplo Cursos de especialización, Maestría y Diplomados.
- Pese a que en todos los niveles, y lo precisa en último Convenio, se habla de Investigación, lo que hasta ahora se ha producido en el marco de la integración es cero. Lo mismo podemos decir en lo que respecta a pregrado. En esto último no se ha podido concretar incorporar al curriculum contenidos de interés cuando menos para los programas de salud.
- Por los cambios estructurales, la aparición de nuevos actores y el nuevo convenio, hizo que la reglamentación sea obsoleta, aunque tampoco se cumple con la existente.

LO QUE PARECE NECESARIO PARA LA INTEGRACION

En primer término debe implementarse y cumplirse el Convenio (CNIDAI), en particular en el aspecto del uso exclusivo de los hospitales por las universidades públicas. Las Facultades de Medicina Privadas, en armonía con su naturaleza de empresas de lucro no pueden usufructuar para ese fin la propiedad pública. Como instituciones de educación superior tienen todo el derecho de existir, pero para formar profesionales para la salud obligatoriamente deben contar con su hospital que además brindaría servicios al sistema de salud. Lo que les correspondería a esta facultades privadas sería hacer convenios con Hospitales o Clínicas privados, pero no asediar a las autoridades tentándolas con pagos por usos de hospitales públicos que desnaturalizan la esencia de la integración y el rol del estado. Claro que es impensable que por ser universidades privadas les den la libertad de aprender con pacientes privados, pero eso sería lo legítimo y ético.

En contra de los que consideran que por estar autorizadas a funcionar las universidades privadas adquieren derechos para ingresar al CNIDAI solo para tener acceso a los hospitales públicos, lo correcto sería que le ofrezcan a la sociedad nuevos centros hospitalarios - como lo hacer algunas de ellas – para mejorar la salud de la población.

Este fenómeno de la presencia de Facultades de Medicina privadas, ha generado cambios de conducta en algunas autoridades y actores de la integración. No faltan quienes proponen que por cada alumno que pase por los hospitales se cobre una suma de dinero, eso es imposible para el estudiante de las Facultades de Medicina Públicas, y pretender hacer eso con las privadas parece una agresión al paciente.

Similar propuesta tienen para cobrar a quienes realizan Residencia, desconociendo que el principio de este modelo de Especialización se basa en la Educación en el Trabajo, y que el Residente tiene el derecho a que la institución en la que al formarse presta servicios le remunere.

Con estas consideraciones lo que debe hacerse en cumplimiento del convenio es:

- Restructurar y reglamentar los CRIDAs de acuerdo al nuevo CNIDAI
- Poner en funcionamiento todas las comisiones y subcomisiones con representantes institucionalizados
- Coordinar a través de las comisiones y subcomisiones todas las acciones de interés para la integración, manteniendo continuidad de las representaciones
- Institucionalizar cargos de todo nivel
- Incorporar a todos los actores que actualmente intervienen en los sistemas de salud
- Elaborar y ejecutar un Plan de Desarrollo de la Residencia Médica de Especialización de acuerdo a las necesidades institucionales, sociales y de mercado
- En cada comisión y sub comisión elaborar las propuestas de integración en el área específica de investigación y pregrado.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que "CUADERNOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS" acepte para su publicación, deben cumplir recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, que a continuación se señalan:

1. Elaborar el manuscrito a máquina o computadora en doble espacio, en hojas de papel bond, tamaño oficio, guardando márgenes no menores a los 3.5 cm.
2. La extensión del trabajo no debe exceder de diez páginas en su redacción literal, salvo aquellos con trascendencia reconocida por el Concejo de Rédacción y dignos de un trato especial.
3. Cada componente de un manuscrito debe empezar en un página nueva, en la siguiente secuencia:
   a) Página del título
   b) Resumen y palabras clave
   c) Texto
   d) Agradecimiento
   e) Referencias
   f) Tablas o cuadros con títulos y pie de página, en hoja separada
   g) Leyendas de figuras o ilustraciones
4. El trabajo y las figuras o cuadros se enviarán al Dr. Eddy Ríos editor de "CUADERNOS DE HOSPITAL DE CLINICAS" Decanato Facultad de Medicina, Miraflores, La Paz - Bolivia.

   Debe usarse un sobre de papel grueso, con rótulo específico y apropiado adjuntando permiso(s) eventual(es) para reproducir material previamente publicado o para usár fotografías que llegasen a identificar a sujetos humanos.
5. El original del trabajo no será devuelto a los autores, quienes podrán retener las copias que consideren convenientes.
6. Registre el número de página en la esquina superior derecha.
7. Título de artículo.

   Su inscripción en la página inicial debe contener:

   a) Título del trabajo, conciso e informativo.

   b) Eventualmente, un subtítulo con no más de diez palabras.

   c) Nombre(s) y apellido(s) de los autores, individualizando su mayor grado académico o cargo profesional en ejercicio.

   d) Nombre del departamento y/o instituciones donde se desarrolló el trabajo.

   e) Nombre y dirección de aquel autor responsable de la correspondencia referida al trabajo propuesto para publicación.

   f) Nombre y dirección del autor a quien se podrían requerir reimpresos del trabajo o indicaciónoportuna acerca de la no disponibilidad futura de reimpresos por el autor.

   g) Eventualmente, referencia sobre el financiamiento del trabajo para la misma investigación, equipamiento, drogas, etc.
8. Resumen y palabras clave.

   La segunda página incluirá un resumen con extensión no mayor a 150 palabras, destacando los propósitos del estudio, procedimientos básicos aplicados, hallazgos principales y conclusiones destacables.

   El resumen de los artículos originales adoptará el tipo de RESUMEN ESTRUCTURADO, y deberá contar con los siguientes acápites.

   Objetivos
   Diseño
   Lugar
   Pacientes
   Métodos
   Resultados

   No se deberá sobrepasar de 150 palabras en total.

   A continuanción del resumen, se deberá entregar el mismo resumen traducido al inglés.

   Se pueden remarcar aspectos importantes o novedosos del estudio, respetando el uso de abreviativo reconocidos.

   A continuación del resumen se incluirán tres a diez palabras claves o frases breves que ayuden a bibliotecólogos a identificar al artículo, siendo publicadas con el Resumen y procurando utilizar términos descritos en la lista de encabezamientos sobre Términos Médicos

señalados en el "Index Medicus" texto.

Los componentes de los trabajos originales deben ajustarse a la siguiente secuencia, cada uno de cuyos capítulos será hecho en hoja aparte:

a) Introducción, que establezca claramente el propósito del artículo, resumiendo los razonamientos para el estudio o investigación y dando referencias estrictamente pertinentes sin revisar el tópico en cuestion en forma extensa.

b) Material y Métodos, con la descripción clara de la selección aplicada a los sujetos experimentales o estudiado y sus controles. Se identificarán los métodos, aparatos (nombrando el fabricante y su dirección entre paréntesis) y procedimientos aplicados, con detalle tal que posibilite a otros iinvestigadores la reproducción de resultados.

   Deben darse referencias sobre métodos ya establecidos incluyendo aquellos de índole estadística; aporte, referencias y descripción breve de aquellos métodos novedosos y con conocidos; describa procedimientos substancialmente modificados dando las razones para su uso y evalúe sus limitaciones.

   Si se hubiesen ejecutado experimentos en sujetos humanos, indique si se realizaron según parámetros éticos establecidos por el Comité pertinente. De realizarse investigaciones en animales se precisará si se aplicó alguna guía reconocida para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

   Identifique con precisión aquellas drogas y productos químicos utilizados incluyendo nombre(s) genérico(s), dosis y vías(s) de administración. No señale nombres de pacientes, iniciales o registros de hospital.

   Cuando considere adecuado, incluya la significación estadística de los hallazgos; según los mismos, podrían detallarse tales datos, derivaciones matemámaticas y otros aspectos afines, siendo presentados en forma adecuada en un Apéndice del trabajo.

c) Resultados. Serán presentados en secuencia lógica del texto, tablas y figuras. No repita en el texto todos los datos enunciados en la tablas o ilustraciones.

d) Discusión. Incluirá los aspectos importantes del estudio con sus ulteriores conclusiones, evitando repetir los datos ya detallados en la sección de Resultados. Comente las implicaciones de los hallazgos y correlaciones con observaciones afines y descritas en otros estudios relevantes, o con los objetivos de su propio estudio, evitando aseveraciones cuestionables. Establezca hipótesis novedosas cuando tengan bases adecuadas, señalándolas como tales.

   Pueden incluirse recomendaciones si el trabajo justifica las mismas.

e) Agradecimiento. Sólo incluirá a personas que hayan contribuído en forma sustancial al estudio.

f) Referencias. Serán enumeradas en forma consecutiva y en el orden en el cual vayan siendo mencionadas en el texto, tablas y leyendas utilizando números arábigos (entre paréntesis). Trate de evitar como referencias aquellos resúmenes publicados; no incluya "observaciones no publicadas" ni "comunicaciones personales" aunque podrían insertarse en el texto aquellos informes escritos que dispongan los autores (entre paréntesis). Incluya entre las referencias a manuscritos aceptados pero aún no publicados, señalando la revista seguida de la frase "en prensa" (entre paréntesis).

Los autores corrobararán las referencias citadas con los documentos originales. Se enuncian algunos ejemplos correctamente redactados:

Artículo con seis o menos autores. Rossi AC, Hsu JP, Faich GA: Ulcerogenicity of piroxicam: an analysis of spontaneously reported data. Br Med J 1987; 294:147-50.

Artículo con siete o más autores. SJ. McClean PH, Arcarese Js et al: Skull X-ray examination after head trauma: Recomendations by a multidisciplinary panel and validation study. N Engl J Med 1987; 316:84-91.

Corporación autora.

The Royal Mardsen Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in posthepatitis

marrow aplasia. Lancet 1977; 2:242-4.

Sin autor individualizado.

Anómino. Food allergy and intolerance Lancet 1980; 2:1344-5.

Suplemento de Revista. Thier SO: Potassium Physiology. Am. J Med 1986; 80 (4A); 3-7.

Artículo de revistas cuya númeración concluye en cada número.

Fusaro RM. Kingsley DN: Topical glucocorticoids. How they are used and misused. Postgrad Med 1986; 79(1): 283-91.

Libro con autor(es) personal(es) Brook CGD: All about adolescence. First ed. New York: John Wiley & Sons. 1985.

Capítulo de libro. Sande MA. Mandell GL. Antimicrobial agents.

General considerations. En: Goodman & Gildman, eds. The pharmacological basis of therapeutics. 7th ed. New York: MacMillan Publishing Co Inc. 1985: 1066-1094.

Tesis

Johnson V; Therenal handling of growth hormone. Tesis. Cornell University Medical College. New York, 1976

Artículos en periódicos no científicos.

Shaffer RA: Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain: discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Sreet Journal 1977. Aug. 12; (Col 1). 10 (col's1).

Artículo de revista popular.

Roueché B Annals of medicine: The Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sep 4:66-81.

Las figuras o ilustraciones no serán mayores de seis por trabajo siendo incluídas por separado del texto, debidamente numeradas, con título y leyendas de pie en hoja aparte. Cite cada figura en orden consecutivo. Cuando se usen símbolos, flechas, números o letras para indicar las partes de las ilustraciones, explique cada una con claridad en el pie.

Las fotografías, cuyo número no debe exceder de cuatro por trabajo, deben ser de buena calidad, en blanco y negro, nítidas y de tamaño no menor a 12x8cm.

Las fotografías a color podrán ser incluídas si el autor (o autores) aceptan un aporte extraordinario para su incorporación al artículo, según costo definido por la Dirección de esta publicación.

Todo gráfico debe elaborarse profesionalmente, no aceptando textos a mano ni realizados en máquina de escribir.

Los cuadros serán escritos a máquina en hoja separada, a doble espacio, con su mención secuencial y con título breve. Las notas explicativas deben colocarse al pie de cada cuadro. Omita líneas horizontales e internas.

Los informes de casos deben aplicar la misma reglamentación, exceptuando material y métodos así como resultados; su presentación será detallada y con la mayor objetividad.

Los trabajos de actualización sólo se publicarán previa invitación a personas con experiencia y autoridad en los temas a ser elegidos.

Cartas al Editor se publicarán con la mayor brevedad objeciones o comentarios relativos a artículos publicados recientemente en la revista, y observaciones clínicas o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto, que no podrá ser mayor que una página a doble espacio, y se admitirán una figura y una tabla. Referencias de diez citas como máximo.

La revista incluye la sección de Miscelaneas donde se podrán escribir notas breves de interés general en el campo médico o académico.

La Dirección de la Revista, con la cooperación del Consejo de Redacción asume la facultad de adaptar ciertos trabajos que sean considerados de interés para su publicación.

Siendo cuadernos una publicación académica, que busca la mayor difusión posible de los trabajos de investigación, considerará favorablemente la cesión del Copyright de los trabajos que hayan sido publicados en sus páginas, con el objeto de que sean republicados en revistas extranjeras.

Correspondientemente, Cuadernos considerará favorablemente la publicación de una investigación realizada por autores nacionales, y que haya sido publicada en una revista extranjera de prestigio.