

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes de la Tecnología Médica en el Perú.
2. Profesionalización y reconocimiento laboral (60 y 70)
3. Integración al sistema de salud y actividad gremial (70 y 80)
4. Diversificación de la carrea y el mercado laboral (90 a la actualidad)
5. Una historia del Colegio de Tecnólogos Médicos

ANEXOS

CAPÍTULO 1
ANTECEDENTES DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA EN EL
PERÚ

Las profesiones en la sociedad

La palabra profesión proviene del latín *professio*, que es la acción y efecto de profesar (ejercer un oficio, una ciencia o un arte). En la época moderna, se le entiende como el empleo o trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica.

La aparición e importancia de las profesiones dentro de la sociedad son producto de la complejización de las relaciones interpersonales, las necesidades sociales y la consolidación del sistema capitalista. Desde la sociología, autores como Herbert Spencer, se preguntaban sobre la razón por la cual la sociedad decidía crear y reconocía a determinados grupos de personas, “instituciones profesionales” las llamará él, como instituciones separadas del resto. Desde una perspectiva evolucionista, trata de explicar los cambios sociales como un proceso hacía una mayor complejidad, mediante una progresiva diferenciación de los roles de las personas e la sociedad. Es en este proceso es donde las profesiones surgen para proporcionar una mayor “calidad de vida de las personas”, y ahí radica la razón de su diferenciación y valoración social.

El origen de las profesiones, según este autor anglosajón, se debe a que tienen la capacidad de defender y reglamentar la vida (gobernantes), así como el mantenimiento de la vida (profesiones). La sociedad, para Spencer, tiene como primer imperativo proteger su supervivencia, y para ello necesita organizarse creando determinadas pautas para preservar el orden entre los seres humanos que la integran.

Las profesiones nacen de la diferenciación que se inicia en torno a lo político. Según Spencer: “Las vidas de una sociedad y de sus miembros dependen mutuamente unas de otras... la función primitiva es la defensa de la vida de la tribu ó nación, la defensa de la sociedad contra los enemigos que la acechan”.

Así, la primera función socialmente valorada y reconocida tiene que ver con la defensa de la supervivencia del grupo; es así que la guerra y la función de jefe o gobernante, será la primera en delimitarse. Una vez establecida la seguridad frente a enemigos externos, el desarrollo de la sociedad no se detiene por lo que se hará necesario la

existencia de determinados grupos de especialistas para mantener el orden y conservación física de todos.

Los orígenes de las profesiones, en un sentido más moderno, se remontan a la Edad Media y estaban ligados al mundo eclesiástico. Fueron los miembros de la Iglesia los primeros en desarrollar actividades específicas ligadas al conocimiento de un determinado saber. La capacidad de la Iglesia de defender este monopolio de conocimiento y el dirigir sus trabajos hacia otras clases sociales, permitió que estas “primeras profesiones” (profesores, legisladores y médicos) sean socialmente útiles ganándose, quienes se dediquen a ellas, un espacio diferenciado y privilegiado respecto a otros grupos.

Posteriormente, en la Edad Moderna, con la proliferación de las universidades, la estructura jerárquica de la sociedad feudal estalló. Esta institución apareció como una nueva forma de autoridad, representando a su vez una nueva clase social. Con el triunfo de la razón, las revoluciones industriales y la hegemonía del sistema capitalista, se produce el surgir de las profesiones fuera del espacio eclesiástico desarrollándose áreas concretas para el desarrollo de arquitectos, artistas, músicos, actores, médicos y abogados, entre otros. Es propiamente en la llamada “sociedad industrial” cuando las profesiones empiezan a tener un papel relevante y destacado. En términos generales, la sociedad industrial equivale a la sociedad de profesiones, por el incremento del número de profesionales y de profesiones.

Según Harold Perkin, el desarrollo de las profesiones se da como una forma de revolución, porque son las encargadas de innovar y crear nuevas formas de organización humana y social. Los expertos profesionales son los que han construido y creado el nuevo sistema organizativo del mercado. A diferencia de las viejas elites (reyes, militares, señores feudales), el recurso del conocimiento no se mide por cantidad, sino por su escasez y la forma en que se distribuye. En la medida que un conocimiento es escaso, el experto puede extraer una renta tan importante como el señor o propietario de la Edad Media o el empresario durante el desarrollo industrial.

Las características o requisitos mínimos de las profesiones están principalmente en tener:

- a. Un conocimiento esotérico y complejo que resulta incomprensible para aquel que no es profesional
- b. Una orientación hacia el bienestar de la sociedad (una contribución social de mejora y progreso social)
- c. Tienen un control interno en la forma de ejercicio de su profesión
- d. Es un colectivo en el que se da mucha importancia los méritos obtenidos (“meritocrático”)
- e. Poseen altos niveles de autonomía a la hora de ejercer su profesión

Las profesiones se definen por el conocimiento, principalmente por su capital relacional y social. Los mecanismos de transformación de la sociedad actual se han dirigido hacia nuevas formas organizativas y de acción de las instituciones y corporaciones, a través de la creación de una identidad propia, sustituyendo a otros estratos, grupos sociales, así como por un acceso diferencial al mercado y los clientes, bienes, servicios y información. Por ello, los profesionales crean un código de ética o deontológico. La práctica y ejercicio de la profesión se destacan por tener y poseer altos niveles de formación, y un reconocimiento de la titulación propia que las legitima para el ejercicio profesional.

En cuanto a los sistemas de valores y creencias, se observa la existencia una identidad profesional, la creencia de que el servicio que prestan a la sociedad es de carácter público, que la profesión es capaz de crear sistemas de auto regulación del ejercicio. Las profesiones clásicas se caracterizan por la idea de llamada o vocación que es uno de los valores más enraizados dentro de las profesiones. Otro elemento es la autonomía en la que el profesional debe tomar sus propias decisiones en su trabajo, lo que hace que tengan altos niveles de independencia.

Las profesiones son vistas como procesos históricos-políticos que conquistan parcelas del mercado. En ellas, las profesiones tienen una superioridad a la hora de hacer diagnóstico y se muestran con una alta superioridad terapéutica. El hecho de tener más

conocimiento, más orientación altruista y más autonomía en cuanto al control hace que estos criterios sean vistos como una forma de poder profesional frente a otras ocupaciones que crecen.

Los profesionales tienen, además, un poder social, que se materializa en lo que podemos llamar “la ideología del profesionalismo”, que es un mecanismo de acceso a poder y prestigio social dados por la conquista de un espacio en la sociedad, a través de realizar una labor socialmente valiosa, y, en el mercado, al desempeñar una actividad por la cual debe ser remunerado. Los profesionales, de acuerdo a su área de especialización, definen los problemas que afectan a la sociedad y a los individuos, lo que está bien o mal, y cuáles son las actuaciones que se deben llevar a cabo ante cada problema.

Las profesiones médicas

Las profesiones ligadas a la prevención y curación de las enfermedades se acoplaron con los fines de “mantención de la vida” de las sociedades emergentes. Inicialmente, la medicina en la Edad Media e inicios de la Edad Moderna estuvo rodeada de misticismo y superstición: la ciencia y el pensamiento racional no se habían consolidado aún.

El pensamiento medieval y señorial de esos siglos hacía ver a las labores físicas como “viles”. El contacto con la sangre y el cuerpo humano eran manifestaciones de indignidad, por lo que los primeros médicos serán empíricos y pertenecientes a los estamentos sociales más bajos de la sociedad. Recién con el triunfo de la Ilustración, con la aparición de las universidades modernas y la consolidación de los estados nacionales la medicina se desarrollará como una profesión.

A fines del siglo XVIII es cuando se promovieron en las ciudades americanas coloniales medidas de baja policía como la recogida de basuras, la creación de parques y alamedas para ventilar las urbes, la vacunación antivariólica, la reforma de los estudios de medicina y la construcción de cementerios fuera del terreno de las iglesias.

De esta manera, los médicos se hicieron de un lugar importante y de prestigio social dentro de la organización de los nacientes estados, pues su labor estaba acorde con los

ideales ilustrados de modernización de la sociedad. A pesar de que estas medidas fueron más intensas en las grandes ciudades que en las provincias, y a pesar de que no siempre se mantuvieron en el tiempo, este surgimiento marca un momento importante en la historia de la sanidad latinoamericana.

Durante el siglo XIX, se desarrolla una profesionalización de la medicina enfocada hacia el desarrollo de los fines estatales, por lo que la “política pública” de salud estaba orientada a:

- a. Mejorar las condiciones sanitarias (higiene pública)
- b. Hacer frente a las epidemias (como el cólera, la viruela o la tuberculosis)
- c. La implementación de una política profiláctica estatal aplicada a través del mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y servicios médicos preventivos (vacunaciones) ofrecidos a la población

La aparición de organismos estatales fue resultado de un proceso racional de expansión del poder central, una consecuencia de procesos sociales paralelos como la secularización de la sociedad y la urbanización, y tuvo cierta continuidad con las autoridades médicas que existían desde el período colonial. La fragmentación de la salud pública en grandes áreas, como la medicina pública, privada, de las fuerzas armadas, y de seguridad social, sugería un problema mayor de las sociedades latinoamericanas: la falta de integración era inherente a la coexistencia de privilegios para algunas elites y demandas incumplidas para la mayoría de la población.

En suma, el poder de las profesiones viene marcado principalmente de manera social a través de su influencia en la sociedad y su forma corporativa en la creación de espacios protegidos dentro del mercado (ejemplos como el área sanitaria o jurídica), y por su capacidad de dirigir organizaciones. Así, las profesiones tienen una identidad colectiva, que los lleva a plantear necesidades como colectivo y la búsqueda de soluciones dentro del sistema político.

Estado, sociedad y profesionales

Ya en los tiempos contemporáneos, como señala Ricardo Cuenca, el Estado vuelve la mirada a la educación, buscando que asumiera el doble papel de contribuir con personas capacitadas para impulsar la industrialización y de ensanchar la base de las clases medias. Una de las medidas para responder a este ideal fue el crecimiento de la matrícula universitaria en los años sesenta del siglo XX, que dio como resultado la creación de nuevas universidades, la apertura de nuevas carreras y el aumento de la población universitaria con estudiantes de las clases medias y populares.

Ello, a su vez, fue una respuesta a las expectativas puestas en la educación como motor de la movilidad social y a la masificación de la educación secundaria. Se rompió el sentido altamente elitista que tenía la universidad en las décadas precedentes y los cambios en la estructura de formación universitaria dieron prioridad al vínculo de la enseñanza con las necesidades del desarrollo económico, según Garfias.

Las profesionales de tecnología médica

Uno de los elementos esenciales en la sociedad industrial y postindustrial es la implantación de la tecnología. La nueva elite profesional está compuesta por las carreras dominantes (abogados, ingenieros y médicos, principalmente), no son los sacerdotes de las nuevas tecnologías, sino aquellas que las emplean y las ponen en funcionamiento para su trabajo, así como son los directivos de las corporaciones y burócratas gubernamentales.

Para el caso de la salud pública, la creciente masificación de sus servicios requerirá de la existencia de personal que trabaje junto al médico para el tratamiento de las enfermedades. Es aquí donde surgirá un grupo de asistentes que darán inicio a las carreras de tecnólogo médico y enfermería. En esencia, se encargarán de aquellas labores prácticas que los médicos no podían encargarse por falta de tiempo o desidia, como tomas de muestra, chequeo diario de pacientes, suministro de medicamentos, y elaboración de análisis clínicos, entre otras. Mayormente, quienes se dedicaron a estas labores fueron los trabajadores de los hospitales o allegados a los médicos sin formación académica previa. Los mismos médicos se encargaron de su formación dentro de los

hospitales, con el objetivo de que la labor que realizaran sea un complemento subordinado a sus necesidades y labores en el hospital.

Posteriormente, con el avance de la tecnología y la masificación de la educación escolar, se requirió ya de profesionales en estas áreas y se dio la implementación de programas universitarios de formación de profesionales en estas áreas.

La Tecnología Médica en el Perú

El tecnólogo médico es un profesional de las ciencias de la salud con formación universitaria que coadyuva al diagnóstico y tratamiento, tanto de las enfermedades como de sus secuelas, causantes de deficiencias, discapacidades y minusvalías en el ser humano. Para alcanzar estos objetivos, el tecnólogo médico posee una formación científica, tecnológica y humanística que le permite integrar cualquier equipo multidisciplinario en el campo de la salud, participando en la prevención, promoción, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin prescripción de fármacos, con las diferentes especialidades médicas.¹

Como hemos señalado líneas arriba, la tecnología médica no siempre fue una práctica profesional especializada. Las labores que serán el campo de los tecnólogos médicos, eran desempeñadas, por aquellos años, por personal empírico al que se les denominaba “técnico”, y que eran trabajadores del mismo hospital sin formación académica, en la mayoría de casos; también desempeñaban estas funciones personas allegadas a los médicos (familiares o amigos) sin formación académica o con formación en carreras como enfermería y biología. Recibían capacitación básica para realizar sus labores en los mismos hospitales a través de las “Escuelas técnicas” que implementaban los mismos médicos. Durante el primer gobierno de Manuel Prado Ugarteche, en 1938, llega al Perú la Congregación de las Misioneras del Sagrado Corazón de Jesús² iniciando su labor en la Colonia Vacacional de Ancón y en diferentes hospitales del

¹ Universidad Nacional Federico Villarreal (2012), p. 9. Ciertamente, el campo multidisciplinario del tecnólogo médico se ha ampliado considerablemente en los últimos años, pues también estos profesionales pueden desempeñarse como peritos judiciales, asesores y/o consultores en la implementación de programas de salud, en el ámbito docente, entre otros campos de acción.

² En 1947, la Congregación adquirió los terrenos donde hoy se levanta el Convento y la Casa Provincial, la *Clínica Stella Maris* y la *Escuela San Lucas*.

entonces Seguro Social Obrero. Se encargaron de capacitar en las Escuelas de los hospitales a los técnicos que se incorporarían a las áreas de Laboratorio Clínico y Radiología.

Actualmente, la tecnología médica se aplica en seis grandes especialidades:

- a. Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, relacionada con los métodos y procedimientos aplicados en sistemas orgánicos e inorgánicos con la finalidad de identificar organismos celulares
- b. Terapia Física y Rehabilitación, que se enfoca en la prevención y tratamiento de disturbios cinético-funcionales;
- c. Radiología, que mediante la obtención de imágenes contribuye al diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades
- d. Terapia del Lenguaje, concentrada en la prevención y tratamiento de discapacidades vinculadas con la audición y el habla
- e. Terapia Ocupacional, que busca la rehabilitación y reinserción socio-laboral de pacientes con problemas de tipo biológico, cognitivo, social, psicológico y laboral
- f. Optometría, que realiza la prevención y tratamiento de trastornos visuales.

Veamos en las siguientes líneas cómo surgieron estas especialidades y cómo se desarrollan en nuestro país.

Radiología

La Radiología nació el 8 de noviembre de 1895 con el descubrimiento de los Rayos X por Wilhelm Cónrad Rontgen, en el Instituto de Física de la Universidad de Wüzburg (Baviera), en la época de la eclosión de la Medicina Científica” o “Medicina Moderna”, que llevó al desarrollo de la investigación experimental y la tecnología a la medicina contemporánea. Aquel nuevo método quedó incorporado al acervo científico y público como una de las más grandes conquistas de la ciencia puesta al servicio de la humanidad.

Los equipos radiológicos llegaron al Perú en 1896, cuando el doctor Constantino T. Carvallo trajo el primero, que lo puso en funcionamiento en su consultorio particular. Precisamente, una de las primeras imágenes radiológicas tomadas por el doctor Carvallo en nuestro país fue a la mano derecha del presidente Nicolás de Piérola.

En el Perú, los trabajos del destacado oncólogo limeño Luis Pinillos Ashton y de la radióloga peruana Ladis del Pino nos permiten arribar a dos grandes conclusiones. En primer lugar, que la radiología se consolidó como disciplina científica en el Perú gracias a las labores que se desarrollaban desde el Instituto del Radio, fundado en 1921, y con la creación de la Cátedra de Radiología en 1923 en la Facultad de Medicina de la Universidad San Marcos. En segundo lugar, que el desarrollo de esta terapéutica sentó las bases de la cancerología en nuestro país.

A partir de 1938, la radiología tuvo un gran impulso gracias a la fundación de la Sociedad Peruana de Radiología, pues se le brindó a esta disciplina la posibilidad de ir construyendo un área de acción más especializada. En este sentido, destacaron las acciones de médicos como Santiago Sánchez Checa, Oscar Soto Ahanno y Eduardo Cáceres Graziani; este último vinculado con la creación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), espacio donde la radiología encontró un terreno idóneo de aplicación y desarrollo.

Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica

Desde mediados del siglo XIX, el laboratorio fue el espacio donde los médicos, apoyados por sus asistentes, desarrollaban investigaciones científicas mediante el uso de una serie de métodos y de instrumentos de precisión. De ahí que, el análisis de laboratorio no solo incluyó el conocimiento propiamente médico, sino que estuvo directamente vinculado con el desarrollo de ciencias como la biología, la fisiología, la química, la física, entre otras.

En el Perú, desde Hipólito Unanue hubo gran interés por implementar la enseñanza de disciplinas como la química y la biología a la formación médica. Sin embargo, fue con el médico piurano Cayetano Heredia que se dio una gran reforma en la Facultad de

Medicina de San Fernando. Heredia logró becar a algunos estudiantes peruanos para que completen su formación en Francia, con el fin de que aprendan todo lo concerniente a una teoría que había revolucionado el ambiente científico: la bacteriología. Precisamente, uno de esos estudiantes fue el médico David Matto, quien a su retorno de Francia se hizo cargo de la cátedra de bacteriología en San Fernando.

Uno de los procesos históricos de gran relevancia en el país, vinculado con el desarrollo de la investigación en laboratorio y de la patología, fue la emblemática acción de Daniel Alcides Carrión. La búsqueda del agente causal de la verruga peruana generó una efervescencia de investigación en laboratorio que tuvo en Oswaldo Herculles, Telémaco Battistini y Alberto Barton a sus principales figuras; precisamente fue el doctor Barton quien planteó la presencia de dos fases en la llamada Enfermedad de Carrión; hecho que fue comprobado en 1924 por el médico japonés Hideyo Noguchi. El triunfo de la patología peruana fue una prueba de que en el Perú era posible alcanzar la excelencia científica, como en los países del “primer mundo”.

En las décadas siguientes, el laboratorio clínico y la anatomía patológica tuvieron un importante desarrollo en algunos emblemáticos laboratorios de hospitales, como el laboratorio Oswaldo Herculles del Hospital Dos de Mayo, en el laboratorio del Hospital Guadalupe del Callao o en el Instituto Nacional de Salud, entre otros. En aquellos centros de investigación se formaron médicos que llegaron a obtener un gran prestigio como Carlos Monge Medrano y Pedro Weiss, entre otros.

Terapia física y rehabilitación

Según Loreto Vergara, la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación, tal como la conocemos actualmente, tuvo su origen en Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, con la figura del médico Dr. Frank Krusen, graduado en la Jefferson Medical Collage en Filadelfia en 1921. En relación a un cuadro de tuberculosis que contrajo a temprana edad y su tratamiento en un sanatorio, Krusen pudo darse cuenta de que los períodos de recaída de la enfermedad en los diferentes pacientes del sanatorio se relacionaban con el desacondicionamiento físico.

Reconoció que para recuperar su autoconfianza y autoestima era indispensable, además del reacondicionamiento físico y vocacional, la reintegración social. Atribuyó la mejoría de su cuadro de tuberculosis fundamentalmente a la helioterapia, y decidió que la Medicina Física debía desarrollarse con bases científicas y ser aceptada como una especialidad médica, en que el tema de la rehabilitación vocacional fuera un elemento esencial.

El pionero de la fisioterapia peruana fue Carlos Cáceres Álvarez, quien estudió en Europa y los Estados Unidos la carrera de Educación Física, especializándose en Fisioterapia y Kinesiología. Durante el segundo gobierno de Augusto B. Leguía, conocido como el Oncenio, retornó al Perú y se preocupó por desarrollar la Educación Física. Uno de los más importantes logros de Cáceres fue la creación, en 1930, de la Dirección de Educación Física y Sanidad Escolar, así como de la Escuela de Educación Física que funcionó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En 1943, la Escuela de Educación Física se convirtió en un importante centro formador de kinesiólogos. Su director, el doctor Almanzor Bedoya, fue el responsable de dirigir la formación de las primeras promociones de terapistas físicos.

Posteriormente, cobró relevancia el Hogar Clínica San Juan de Dios, que, a partir de 1952, fue un centro destinado a atender principalmente con cirugía ortopédica las secuelas de diversas enfermedades, accidentes o problemas congénitos. El auge de la rehabilitación permitió que en 1959 fuera creado el Patronato Peruano de Rehabilitación y Educación Especial, una institución fundamental para el desarrollo y promoción de la terapia física en el Perú. El mencionado Patronato fue creado bajo los auspicios del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos.

Finalmente, en los años sesenta, el trabajo de la doctora Adriana Rebaza fue de vital importancia para el desarrollo de la especialidad. Luego de especializarse en el extranjero, Rebaza fue una de las responsables de la creación del Instituto Peruano de Rehabilitación, inaugurado en julio de 1962, y en cuya organización y posterior dirección ella tuvo un rol central. El Instituto fue un lugar privilegiado donde se formaron numerosos profesionales en el campo de la terapia física y la rehabilitación.

El nacimiento y desarrollo de estas especialidades en el Perú estuvieron vinculados directamente con la labor de destacados profesionales. Durante esos primeros años, los médicos tuvieron bajo su responsabilidad la coordinación de tareas con personal que se dedicaba a operar los equipos o a desarrollar labores más técnicas. Este personal era muy útil para alcanzar los objetivos de diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades, pero no tenía formación profesional. Sin embargo, pronto, esta realidad empezó a cambiar ostensiblemente.

Terapia del Lenguaje

Esta especialidad se desarrolló en el siglo XX y fue una consecuencia de las necesidades de reinserción social de pacientes con discapacidades físicas como secuela de una enfermedad, accidentes o guerras. Podemos clasificar el desarrollo de esta especialidad de la siguiente manera:

- a. Inicios en la década de 1920, con mayor énfasis en personas con dificultades auditivas.
- b. Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que se centró principalmente en personas con afasia.
- c. Décadas de 1960 y 1980, principalmente en personas con discapacidad.
- d. Década de 1990, cuando se vincula en alteraciones y trastornos del lenguaje como problemas de salud; hay un énfasis en la integración y la inclusión de los pacientes en la sociedad.
- e. A partir de 2000, la terapia pone énfasis en la prevención y la estimulación.

En el Perú, esta especialidad tuvo una tardía aparición en los programas académicos de las universidades (en los años ochenta), y, aún en la actualidad está poco desarrollada y difundida dentro de los centros hospitalarios y clínicas.

Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional surge de alguna manera paralelamente con la Terapia Física en el siglo XIX y se desarrolló junto a ella como parte del descubrimiento del valor de las

ocupaciones como tratamiento, aunque sin ser propiamente una especialidad. Con la Primera Guerra Mundial se introdujo la fisioterapia, y, tras la Segunda Guerra Mundial, se reconoció a la Terapia Ocupacional oficialmente.

En 1986, la *American Occupational Therapy Association* (AOTA) define la Terapia Ocupacional como el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y aumentar la calidad de vida.

Otra definición de Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño; facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones especiales para la adaptación y productividad; disminuir y corregir patologías; promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de sí mismo y del ambiente.

Si bien el desarrollo de la especialidad en nuestro país es tardío, tanto en las aulas universitarias como en los hospitales, la importancia de la ocupación como parte de la terapia de recuperación de los pacientes era bien conocida y empleada por los tecnólogos médicos. Así que podemos señalar que la especialidad existía de manera intrínseca desde los años setenta, pero recién se le reconocerá como especialidad hacia finales de los años ochenta y noventa.

Optometría

La Optometría tuvo sus orígenes en el estudio de la óptica de los instrumentos y de la formación de la imagen en el ojo para la corrección de los diferentes tipos de ametropías que aquejan al sistema visual de las personas. A nivel mundial, se origina a inicios del siglo XX con la proliferación del uso de gafas o anteojos. En las universidades surge de la mano de las primeras escuelas de oftalmología, para después adquirir independencia.

En la actualidad existe La Asociación Peruana de Óptica y Optometría. Se trata de una Persona Jurídica de Derecho Privado, sin fines de lucro, debidamente inscrita ante los Registros Públicos (ficha 5226), y remonta sus orígenes al 10 de agosto de 1948, cuando, bajo la presidencia del señor Waldo Olivos Torrejón, se fundó la Asociación de Ópticos del Perú.

Según un informe relativamente reciente sobre salud visual, se señala que, a nivel nacional, se tienen registrados 1000 optómetras, de los cuales un 90% laboran en zonas urbanas (100 mil o más habitantes) y 10% en zonas rurales (menos 100 mil habitantes). Su accionar se encuentra limitado por la normatividad existente que impide el libre ejercicio de su profesión en la prescripción de gafas para pacientes con errores refractivos no corregidos, por considerarse una actividad intrusista con la desarrollada por el oftalmólogo. Muchos regentan ópticas o desarrollan su actividad al margen de la normatividad vigente.

La Tecnología Médica en las universidades peruanas

La Tecnología Médica se incorpora como carrera universitaria en los años sesenta, como una profesión dependiente y subordinada a la carrera de Medicina. Su finalidad era crear un personal más especializado en la atención hospitalaria que ayudara a los médicos con su trabajo; sin embargo, el clima universitario y la importancia de la educación como medio de ascenso social, permitió que los primeros tecnólogos profesionales tuvieran una sólida formación humanística y académica, pues los cursos formativos eran iguales para los estudiantes de medicina y tecnología médica.

Los cursos de carrera eran dictados por médicos con amplia trayectoria y, aunque dosificaban los cursos, por motivos prácticos o prejuicios hacia sus estudiantes, las ansias de conocimiento de los futuros tecnólogos, aunado al ambiente político y académico en las universidades, así como a las expectativas de ascenso social a través de la especialización, mantuvieron en un nivel bastante alto los cursos y a la carrera en general.

Gradualmente, con el avance tecnológico y la automatización, los servicios de salud requerían de personal que pudiera dedicarse de manera profesional a estas labores en los hospitales. Las actividades relacionadas a lo que será el campo de “tecnología médica” (toma de muestras, laboratorio clínico, radiografías, análisis de resultados, etc.) mientras fueran actividades manuales no requerían de personal calificado. Fue el avance tecnológico, en especial el de la computación, el que generó la necesidad de contar con profesionales formados específicamente en estas labores, y que no sean únicamente asistentes subordinados a los médicos.

El reconocimiento profesional y social fue algo que se gestó con el tiempo, pues las funciones del tecnólogo como profesional no estaban del todo bien delimitadas. Inclusive, el nombre en su origen se prestaba a confusión, pues lo tecnológico era directamente relacionado socialmente con lo técnico. El nombre mismo de la carrera se prestaba a confusiones, ya que el título se expedía como “Título Profesional de Tecnólogo en”, y se hacía referencia a alguna rama en particular como “Laboratorio Clínico”, “Radiología”, etc. Fue en la segunda mitad de la década de los setenta en que se reconoce el nombre de Tecnólogo Médico, que lleva hasta la actualidad.

Desde la perspectiva de los profesionales de Tecnología Médica, las razones para la creación de una facultad independiente de “Tecnología Médica” estuvieron ligadas a una reorientación de la política en salud del Estado peruano. Pasando de una atención eminentemente asistencialista a la población mediante los hospitales de beneficencia a una atención integral, preventivo-promocional y asistencial. Esto como consecuencia de la transferencia de los hospitales de beneficencia al Ministerio de Salud y la puesta en funcionamiento de la Red Hospitalaria Nacional, iniciada por el segundo gobierno de Manuel Prado y Ugarteche (1956-1962). De esta manera, se dio el impulso a los programas preventivos de salud, especialmente a los de infecciones transmisibles, controladas por vacunas, saneamiento del medio y el control de vectores.

El Programa Nacional de Desarrollo e Integración de la población campesina, en las zonas de menor desarrollo del sur centro y norte del país, dio inicio a la construcción de Centros de Salud y de Postas Médicas, debidamente equipados, que necesitaban entrar en pleno funcionamiento para la atención de la población. Era notoria, por aquellos años,

la falta de personal médico como enfermeras, odontólogos, farmacéuticos y obstétricas. Ello dio un gran impulso a la formación académica de estos profesionales en las universidades del país.

La formación de médicos especialistas en las diferentes especialidades médicas fue insuficiente, siendo notorio en las áreas de Laboratorio Clínico, Radiología, Terapia Física. Estas especialidades eran las más requeridas para un diagnóstico eficaz y rápido que permita el tratamiento de las diversas enfermedades. Existía la imperiosa necesidad de aumentar la cobertura de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento en el país. Además, de acuerdo al desarrollo de nuevas tecnologías en el campo de salud en la mayoría de los países en vías de desarrollo, se generó la necesidad de crear la carrera a nivel universitario.

La tendencia mundial, a través de la creación de instituciones supranacionales como la OMS, fue la concepción de la salud y enfermedad que superó la primigenia concepción biológica, genética y médica de ellas. Este nuevo enfoque requería, además de la formación de profesionales médicos y paramédicos, la de profesionales de las ciencias de la salud, pasando del equipo médico a los equipos multidisciplinarios y profesionales de las ciencias de la salud, dentro de los cuales, estén preferentemente situados y ubicados los Tecnólogos Médicos, que pueden actuar a nivel del enfermo, del ambiente y de la protección del hombre sano. De esta manera, abarcan la integridad de las acciones de salud que son la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Actualmente, la carrera existe en 23 universidades entre públicas y privadas. En las siguientes líneas veremos el desarrollo de la profesión en las diferentes universidades de nuestro país. Pondremos especial énfasis en las que inauguraron la Tecnología Médica como carrera profesional.

Universidad Peruana de Ciencia y Tecnología / Universidad Privada Ricardo Palma (UPRP)

Los orígenes de la carrera profesional de “Tecnólogo Médico” se remontan a la Universidad Peruana de Ciencia y Tecnología, que se creó el 26 de abril de 1966, con seis facultades: Humanidades, Ciencia y Artes Aplicadas; Ciencias Biológicas y Aplicadas; Ciencias Matemáticas y Física; Ingeniería; Económicas y Comerciales; y Educación. Fue en la Facultad de Ciencias Biológicas y Aplicadas, en la Escuela y Departamento de Laboratoristas, donde se da inicio a la carrera profesional de mando medio conducente al Título Profesional de “Tecnólogo en Laboratorio Clínico”. Los estudios realizados tuvieron una duración de tres años con el siguiente Plan de Estudios:

Primer Ciclo	Segundo Ciclo	Tercer Ciclo	Cuarto Ciclo	1969-A	1969-B 1970-A
Anatomía Comparada I	Fisiología Humana	Laboratorio II	Laboratorio III	Anatomía Patológica	Prácticas de Laboratorio en:
Anatomía Humana					
Biología General I	Histología	Microbiología II	Microbiología III	Serología e Inmunología	Hematología Banco de Sangre
Castellano					
Fisiología General	Microbiología I	Bioquímica II	Patología II	Banco de Sangre	Bioquímica Microbiología
Fundamento de Ciencias Físicas					
Revisión de					

Matemáticas	Bioquímica I	Hematología I	Hematología II	Micología	
-------------	--------------	---------------	----------------	-----------	--

Fuente: Rivas (2002, p. 29-30).

Bajo el Decreto Ley N° 1773, la Universidad Peruana de Ciencia y Tecnología se convirtió en la Universidad Privada Ricardo Palma. Ahora los estudiantes accedían al Título Profesional de “Tecnólogo en Laboratorio Clínico” mediante la sustentación de un trabajo de investigación como tesis de grado, según la ley de creación de la universidad. El Consejo Nacional de la Universidad Peruana, a través de la Comisión Resolutoria de los Asuntos Académicos y Conexos de la Suprimida “Universidad Peruana de Ciencias y Tecnología, se encargó de expedir los certificados de estudios para luego sustentar la tesis en la Universidad Particular Ricardo Palma.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

El doctor Jorge Campos Rey de Castro, decano de la Facultad de Medicina en la época del rectorado de Luis Alberto Sánchez, fue quien inició las acciones preparativas para la creación de una Escuela de Tecnología Médica. Para tal efecto, se comunicó con el doctor Julio Mapanga, que era Director de la Escuela de Laboratorios Clínicos del Seguro Social Obrero (más adelante, “Instituto Peruano de Seguridad Social”; y hoy “EsSalud”), en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen, que venía funcionando desde 1950. Le solicitó su plan de organización y planes futuros para la Escuela de su dirección. Asimismo, se dirigió al doctor Carlos Bustamante Ruíz, director de la Escuela de Medicina Física y Rehabilitación, para conocer las necesidades y proyecciones de esta área.

La gestión del doctor Rey de Castro estuvo concentrada a crear una carrera orientada a las necesidades del sistema hospitalario y que los profesionales egresados de la universidad sean competentes y puedan vincularse con éxito en los hospitales. Por ello, entabló correspondencia con autoridades de los sistemas hospitalarios para elaborar el Plan de Estudios y delimitar el perfil profesional del tecnólogo. Se comunicó con el presidente de la “Sociedad de Oftalmología”, el doctor Enrique Haro, para hacerle la

consulta si su institución consideraba necesario y conveniente que la Escuela de Tecnología Médica incluya el adiestramiento de “técnico en oftalmología”, de manera similar a lo que sucedía en la Escuela de Tecnología de la Universidad de Chile. Con el mismo tenor se dirige al doctor Humberto Astete Salazar, Presidente de la Sociedad de Hermatología, para los técnicos en Laboratorio Clínico.

Del mismo modo, es receptivo a las recomendaciones y observaciones de sus colegas, en especial en lo que se refiere a la creación de protocolos y códigos de conducta para el tecnólogo médico. Así apreciamos en el tono de la respuesta a una carta del doctor Leonidas Delgado Butrón, Presidente de la Sociedad Peruana de Patología, en la que señala que “he tomado debida nota de las observaciones que Uds. proponen a las normas de conducta de los Tecnólogos, lo que me parece perfectamente pertinente”, como cita Rivas.

Hay que tener presente que las labores del tecnólogo médico eran cubiertas por personal sin preparación académica ni profesional. Por tal motivo, en el diseño del Plan de Estudios de la naciente escuela, se tuvo como objetivo responder mejor a las necesidades de los médicos y hospitales, y para ello debía hacerse sentir la diferencia entre el personal empírico que laboraba en los hospitales y de los nuevos profesionales que ocuparían las plazas en un futuro cercano.

Muestra de ello, fue el contacto que se hizo con el doctor Antonio Pinedo Cáceres, quien trabajaba en el Hospital Arzobispo Loayza, en el Departamento de Radiología de la UNMSM. Pinedo había sido técnico o empírico en el campo de la Radiología, en ese entonces, por lo que tenía cabal conocimiento de las limitaciones de este personal.

Este acopio de información y de experiencias le permitió al doctor Campos Rey de Castro presentar, tanto al Rector de San Marcos como al sub-director de Salud del Ministerio de Salud, sus planes para poner en funcionamiento, en 1967, dos escuelas, una de Tecnología Médica y otra de Enfermería, con capacidad para 50 y 40 estudiantes, respectivamente.

Así, el Ministerio de Salud emitió la Resolución N° 225/66-DGS en la que resolvió nombrar una Comisión presidida por el representante de la Dirección de Normas y Supervisión de Salud, el doctor Eduardo Guillén, e integrada por los siguientes representantes: Mario León (Escuela de Salud Pública), Enrique Rubin de Celis (Oficina Central de Planificación de Salud), Eduardo Zapata (Dirección de Personal) y Víctor Vargas (Asesor Jurídico), para que presente, en un plazo impostergable de 15 días, un informe sobre el particular.

El 1 de diciembre de 1966, el Consejo de Facultad, presidido por el doctor Campos Rey de Castro, acordó la creación de la Escuela de Tecnología Médica. Se nombró, como primer Director, al doctor Manuel Torres Portugal, profesor del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Las actividades académicas se iniciaron en abril de 1967 con las siguientes especialidades: Laboratorio Clínico, Radiología e Histología y Citodiagnóstico. Estos estudios tendrán una duración de tres años, incluyendo el internado de un semestre.

Sin embargo, el inicio de la carrera estuvo marcado por fuertes tensiones. La gestión del doctor Torres, según algunos testimonios de la época, fue “absolutista”, con mala relación frente a los estudiantes. Al término de los estudios, la Escuela rehusó emitirles el título respectivo y se limitó a otorgarles un simple diploma. Este hecho motivó que los estudiantes “tomaran” el Decanato, logrando que se les otorgara el título correspondiente. Dada la estructura de San Marcos, los estudiantes participaban en el cogobierno de la Universidad, por lo que los dirigentes tenían un papel muy importante en la vida política y administrativa de su centro de estudios.

Una vez lograda la emisión de los títulos por parte de la Escuela Tecnología Médica, se continuó con un proceso de reestructuración interna muy importante. La dirección de la Escuela estaba en manos de médicos pero, tras la toma, el doctor Torres fue retirado y, en su reemplazo, asumió el cargo el doctor Antonio Pinedo Cáceres, Médico Radiólogo.

De esta manera, se logró un proceso de transición tranquilo, que permitió reanudar las clases sin inconvenientes y que posibilitó la proyección de la Escuela. Por ejemplo, se implementó la especialidad de Dietética (1968) y, mediante Resolución Rectoral N°

29769 de fecha 17 de noviembre de 1969, se incorporó la sección de “Terapistas Físicos” de la Escuela de Educación Física. Asimismo, mediante Resolución Directoral S.A. N° 302 con fecha del 2 de febrero de 1970, se creó la especialidad de Terapia Ocupacional y Terapia Física.

La llegada al poder de las Fuerzas Armadas, tras el golpe de estado de 1968, generó cambios en la organización de las universidades públicas y privadas. Estos se dejaron sentir a través de la Ley de 17437, que cambió el régimen de Facultades por el de Departamentos. Como resultado, la Escuela de Tecnología se convirtió en Programa Académico de Tecnología Médica, asignándosele el código 270.

Los avances de la carrera de Tecnología Médica no fueron bien vistos por algunos miembros de Facultad de Medicina. Detalla Roberto Rivas que “un grupo de médicos anti-tecnólogos contraatacó y logró que las autoridades universitarias en ese momento emitieran una Resolución declarando en extinción el Programa de Académico de Tecnología Médica”. El hecho no llega a materializarse, pues, en octubre de 1971 mediante Resolución Rectoral, refrendada por el entonces Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP), se dejó sin efecto la extinción del Programa.

En lo sucesivo se dieron avances en la especialización y el reconocimiento académico, como el hecho de ampliarse a ocho semestres académicos el plan curricular. Se fusionaron las especialidades de Laboratorio Clínico, Histología y Citodiagnóstico, pasando a constituir la nueva especialidad de “Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica”, contando desde ese momento el Programa de Tecnología Médica con las siguientes especialidades:

- a. Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
- b. Terapia Física y Rehabilitación
- c. Dietética y Nutrición

En 1980 se reabertura la especialidad de Terapia Ocupacional.

En 1976, el doctor Emilio Picón, cuarto director, aparta Dietética y Nutrición de la Escuela de Tecnología Médica y amplía el plan curricular a 5 años (10 semestres). Consideraba el entonces director que el nombre de la carrera podría traer problemas para los egresados por dos motivos. En primer lugar, la palabra “tecnología” serviría a los “técnicos” para quitarles espacios laborales; por otra parte, la palabra “medico” generaría cierto celo y animadversión por parte de los médicos quienes podían ver en el tecnólogo médico a un competidor pequeño. Su recomendación era que el resto de especialidades hicieran lo mismo.

Con la frase “Tecnología Médica se pone los pantalones largos”, es con la que describen Roberto Rivas y Guido Ayala Macedo, el director en ese entonces, la consolidación dentro del espacio académico de la carrera de Tecnólogo Médico. El doctor Ayala toma la dirección en un momento complicado pues tenía dificultades con los médicos y el alumnado. Paralelamente, en 1977, el Consejo Universitario reconoce de manera oficial el nombre original de la carrera otorgando los títulos profesionales de manera completa como “Tecnólogo Médico”. Explicamos a continuación los inconvenientes.

Tras la salida de Dietética y Nutrición, los médicos docentes de la universidad entraron en conflictos con la Escuela a la que querían desaparecer, en especial Laboratorio. Tanto por razones prácticas como por prejuicios, la existencia de una Escuela aparte, con alumnado propio, dentro de la Facultad de Medicina, suponía competencias en el acceso a cargos administrativos y plazas docentes que no estaban muy deseosos de compartir con los profesionales ajenos a Medicina. La carrera de Medicina era aún una carrera reservada para una elite, relacionada con la oligarquía, y que no veía con buenos ojos la apertura de los estudios de las ciencias de la salud a las masas. Mayoritariamente, los profesionales de Tecnología Médica provenían de sectores de clases medias y populares.

Los estudiantes, por su parte, tenían mucho peso en el gobierno de la universidad. Ayala no tomaría la dirección por una elección, sino que sería propuesto por las autoridades de la Universidad. De tal forma, los estudiantes le manifestaron su oposición a su nombramiento, por lo que tuvo que negociar con los dirigentes estudiantiles para poder llevar sus funciones sin contratiempos y en beneficio de la escuela. La universidad por

aquellos años no estaba ajena a los debates ideológicos, y la lucha política era feroz. Así, que el doctor Ayala asumió como compromiso ampliar la carrera a 5 años, con grado de bachiller y título profesional, con lo cual recibió el apoyo de los representantes estudiantiles y posteriormente de los profesores. La lucha fue feroz dentro de cada uno de los comités de reorganización curricular, pero los tecnólogos ganaron espacios académicos, administrativos y de representación.

Pese a que en la mayoría de comités existía mayoría médica y en contra de la Escuela, se materializó la ampliación del plan curricular mediante la Resolución Rectoral N° 62550, en la que en su parte resolutive elevó a cinco (5) años los estudios. Asimismo, se otorgó el Grado Académico de Bachiller en Tecnología Médica y el título profesional de Licenciado en Tecnología Médica, con mención en la especialidad correspondiente. A los egresados, previamente, es decir con formación de tres y cuatro años, se les exigió que completaran su formación para poder acceder al grado de bachiller; esto ya para 1982.

En 1983 hubo un nuevo cambio en la estructura interna de la carrera en San Marcos, al promulgarse la Ley Universitaria N° 23733. Al amparo de dicha norma, se aprueba el estatuto de San Marcos, en el que se restablece, entre otros puntos, la estructura académica administrativa de la Universidad basada en el régimen de facultades. Con ello, Tecnología Médica vuelve a ser Escuela dependiente de la Facultad de Medicina.

Bajo este sistema, y siendo decano de la Facultad de Medicina el doctor Francisco Sánchez Moreno Ramos, en 1989, se creó el Departamento de Tecnología Médica. Mediante elecciones, se eligió al profesor Víctor Ramos Gamara como el primer Coordinador del Departamento Académico de Tecnología Médica.

Los cambios administrativos en el seno de la carrera a partir de esta fecha se concentraron en las diferencias entre los representantes de la Escuela y el Departamento, lo cual generó un prolongado letargo en la década de los noventa. En la actualidad, la carrera tiene las siguientes áreas de especialización:

- a. Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica

- b. Terapia Física y Rehabilitación
- c. Terapia Ocupacional
- d. Radiología.

Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV)

El 9 de mayo de 1967, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal emitió la Resolución N° 69-FM, en que se señalaba que:

“El Consejo de Facultad de la Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal.- Considerando la necesidad impostergable de implementar las carreras cortas de *nivel medio* y amparado en el Estatuto de la Universidad, normativo de la Vida Académica y Docente de las Facultades, en su inciso G del artículo 52 nos concede la atribución de proponer en Consejo Universitario la Creación de Escuelas e Institutos y demás dependencias Científicas Docentes. Que igualmente, por otro lado la Ley Universitaria N° 13417 en su artículo 23 señala las normas precisas a la que se ajusta esta potestad.-Visto el acuerdo unánime del Consejo de facultad de fecha 05 de Mayo de 1967.- Se acuerda:

1° Proponer al Consejo Universitario de la Universidad Nacional Federico Villarreal la creación de la Escuela de Tecnológica Médica.

2° Aprobar que la Escuela será dirigida a tecnificar en los varios campos que coadyuvan al mejor ejercicio de la Profesión.- Sus alcances y aplicaciones estarán normadas por la existencia y ambientes físicos y económicos de la Facultad.

3° Aprobar que esta primera etapa se preparan en:

a.- Patología Clínica (Laboratorio Clínico)

b.- Radiología.

c.- Enfermería Integral

d.- Enfermedades Puericultoras

e.- Terapia Física y Rehabilitación

4° Aprobar que la instrucción será impartida en seis Ciclos Académicos y un Semestre del Internado Asistencial, en las diferentes áreas hospitalarias” (citado en Rivas 2003, p. 96).

El primer director fue el doctor Félix Castillo Narváez, por un periodo de dos años. El Programa Académico de Tecnología Médica funcionó en el primer periodo correspondiente a 1969 como escuela dependiente de la Facultad de Medicina y, posteriormente, del Programa Académico de Medicina.

En 1970, el Consejo Ejecutivo de la UNFV, presidido por el doctor Humberto Espinoza Uriarte, emitió las Resoluciones Rectorales N° 5197 y 5322 mediante las cuales, se

nombró la Comisión de Reestructuración del Programa Académico de Ciencias Médicas y de los departamentos de Ciencias Dinámicas y Morfológicas, conformado por el profesor Justo Avellaneda Vivas, quien la presidió en su calidad de Director Universitario de Evaluación, e integrada por los profesores Humberto Segura Montoya, Director Universitario de Servicios Académicos, y Alfonso Freyre Villafane, Director de Universitario de Planificación, y el Delegado Estudiantil al Consejo Ejecutivo, alumno Gustavo Vereau Paredes (R. N° 5197). Esta comisión quedo integrada, además, por el vice-rector Académico, profesor Miguel Guillén Benavides, quien tenía como Secretario Ejecutivo al profesor Juan Falen Boggio. La subcomisión de Tecnología Médica estuvo conformada por el doctor Primitivo Mejía Bazán como Presidente, el doctor Rómulo Zevallos Guillén, la doctora Adriana Rebaza Flores, el doctor Aurelio Moreno y, de parte de los alumnos, Juan Herrera Caya, Hugo Chilmaza Colón y Javier León de la Torre.

Esta Comisión Reorganizadora aprobó el informe para la constitución del Programa Académico de Tecnología Médica, que fue ratificado por el Rectorado con la Resolución Rectoral N° 5561 de fecha 22 de setiembre de 1970. Se nombró como Director del Programa y Coordinador al doctor Rómulo Zevallos para la especialidad de Radiología; a la doctora Adriana Rebaza para la especialidad e Terapia Física y Rehabilitación; y al doctor Herminio Taboada Portella para la especialidad de Laboratorio Clínico.

En 1974, estando a cargo el doctor Primitivo Mejía Bazán, se produce la intervención de Universidad por parte del Gobierno Central nombrándose una comisión reorganizadora que duró cuatro meses. En tales circunstancias, se suspendió el ingreso al programa de Tecnología Médica por tres años consecutivos (1975-1977).

El 31 de agosto de 1977, se nombró una comisión “institucionalizadora”, que recibió el apoyo y adhesión de los Jefes de Departamentos y, entre los que encontramos la del Director de Tecnología Médica, el doctor Jorge Serquen Jiménez.

En 1978 se inició el periodo del doctor Santiago Carranza Varas, quien asumió la Dirección del Programa Académico de Tecnología Médica. Ese mismo año se reabre el

ingreso al Programa con más de cien estudiantes. Es en este periodo cuando, por Resolución Rectoral N° 5696-81-UNFV, de fecha 5 de agosto de 1981, se designó una comisión para que elabore el dictamen y reglamento respectivo para la implementación de la Licenciatura con la modificación curricular correspondiente. La idea era establecer una “carrera corta”, a diferencia de una carrera profesional clásica con una duración de 5 años. La comisión estuvo integrada por el doctor Carranza como Presidente, la doctora Teresa Bermeo Mauricci, el doctor Herminio Taboada Portella, el doctor Juan Escudero Roman y el señor Luis Rafael Pinillos Deza.

El 31 de octubre de 1982, se planteó la reestructuración curricular de manera oficial mediante el oficio N° 118-82-PATOL, y el informe de la Dirección Universitaria de Coordinación Académica y Evaluación Podológica se da la Resolución Rectoral N° 9768-82, que resolvió ampliar a 10 semestres académicos la duración de los estudios y otorgar el Título Profesional de Licenciado con mención de la especialidad respectiva.

El 16 de noviembre de 1984, el Programa Académico de Tecnología Médica por Resolución Rectoral N° 14595-84-UNFV, se cambió de régimen académico convirtiéndose el Programa Académico en Facultad de Tecnología Médica, amparado en el Art. N° 111 del Estatuto de esta casa superior de estudios.

La estructura académica de la nueva facultad de acuerdo a los Art.113° y 123° del estatuto quedó con las siguientes Escuelas Académico Profesionales (E.A.P.):

Laboratorio	Radioimagen	Terapia de Rehabilitación
Especialidad Laboratorio	Especialidad Radiología	Especialidad Terapia Física y Rehabilitación
	Especialidad de Optometría	Especialidad Terapia del Lenguaje.

Fuente: Rivas (2002, p. 110).

La creación de la Facultad de Tecnología Médica se debió a la necesidad de la Universidad de organizar un régimen académico por Facultades. Estas, a su vez, respondían a un área bien determinada de conocimientos científicos necesarios para la formación académico-profesional que contribuya al desarrollo integral de la salud de la población en el Perú. La creación de la Facultad de Tecnología Médica no tuvo ninguna subordinación a intereses de grupo ni partidarios.

En la actualidad, la carrera en esta casa superior de estudios tiene las siguientes carreras:

- a. Terapia de Rehabilitación
- b. Radioimagen
- c. Laboratorio y Anatomía Patológica

Universidad Peruana Cayetana Heredia (UPCH)

La Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvo su origen en el movimiento generado, en los años 1960 y 1961, por autoridades y profesores de la Facultad de Medicina de San Fernando (UNMSM) frente al intento de las autoridades de San Marcos, con Luis A. Sánchez a la cabeza, de incorporar la representación estudiantil en la proporción del tercio, el llamado “cogobierno del tercio estudiantil”, establecido según la Ley 13417, promulgada el 13 de abril de 1960.

Sin embargo, la misma norma contemplaba en su art. 34° que: “Las facultades de Medicina por la índole de sus estudios, se regirían en lo académico, administrativo, y en la constitución de su gobierno, con la representación de los profesores de todas las categorías y de los estudiantes de acuerdo a los estatutos y reglamentos que dicten al efecto dichas facultades”.

Las tensiones entre San Fernando y el Rectorado de San Marcos eran de antigua data. Luis Alberto Sánchez tenía la firme intención de reducir la autonomía de la Facultad de Medicina. Esto finalmente derivó en que las autoridades y casi la totalidad de los profesores de San Fernando renunciaran.

De esta manera, el 22 de setiembre de 1961, seis semanas después de hacerse efectivas las renunciaciones, el gobierno de entonces, presidido por el arquitecto Fernando Belaunde Terry, expidió el Decreto Supremo N° 18 autorizando el funcionamiento de la Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas con su Facultad de Medicina Cayetano Heredia. Posteriormente, en 1965, el Consejo Universitario decidió cambiar el nombre a Universidad Peruana Cayetano Heredia.

En lo que respecta a la carrera de Tecnología, esta se inició en 1970, con la especialidad de Laboratorio Clínico, con una duración de tres años. La universidad, en la actualidad, cuenta con las siguientes carreras:

- a. Laboratorio Clínico
- b. Terapia Física y Rehabilitación
- c. Terapia de audición, voz y lenguaje
- d. Radiología
- e. Urgencias Médicas y Desastres.

La inserción en el Mercado Laboral

La carrera, si bien se dictaba en las universidades y gradualmente se hizo del reconocimiento académico dentro de los profesionales de la salud, no poseía aún un espacio laboral delimitado. Para las primeras promociones de egresados fue complicado conseguir una posición en los distintos centros de salud. Los espacios laborales se encontraban en el sistema hospitalario, aún en proceso de unificación; en las Fuerzas Armadas, que contaban con un sistema de salud propio; además, estaba el sector privado en clínicas. Este último era visto con suspicacias por los tecnólogos, que veían en las clínicas un estancamiento profesional por lo limitado de los servicios que prestaban y la poca variedad de casos que atendían. No obstante, la remuneración era mucho mejor en el sector privado que en el público, además de contar con mejores condiciones laborales y equipos más modernos.

En los hospitales las funciones de tecnólogo eran desarrolladas por personal sin formación académica, en la mayoría de casos, y por profesionales de biología y medicina (a veces por estudiantes). Por ello, el reconocimiento social de la profesión de tecnólogo era precario, como lo demuestran algunas expresiones de la época, propias del argot popular, como “estudiar para ser un chulillo de laboratorio” o “estudiar en la universidad para ser un masajista”. Frases como aquellas provenían de un total desconocimiento de la profesión y solo tenían el propósito de denostar la nueva carrera universitaria.

La nueva profesión de tecnólogo médico se ofertaba como una carrera de mando medio, es decir, que los estudios no tenían el mismo rango académico de una carrera larga, pues no conducían a la obtención estrictamente de una licenciatura, ya que los estudios tenían el rango de carrera técnica. Esta situación se mantuvo, a pesar de que algunos años después se promulgó el Decreto Legislativo N°17437 o Nueva Ley Universitaria, el 18 de febrero de 1969, que creaba un organismo de control, asesoría y coordinación universitaria llamado el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP). Dicha organización fue la responsable de dirigir el reemplazo de las facultades por los programas académicos, que en buena medida permitió el nacimiento de los Programas Académicos de Tecnología Médica, pero que en la práctica estuvieron subordinados en las diferentes universidades a los Programas Académicos de Medicina, o en su defecto, fueron programas dirigidos por médicos.

La convivencia laboral con los llamados “técnicos” y médicos fue ambivalente. Con los técnicos o empíricos, en un primer momento, mientras realizaban el internado, fue una relación de ayuda mutua, pues los técnicos les aportaban su experiencia de muchos años realizando las labores en Laboratorio; incluso los estudiantes de tecnología médica le aportaban el soporte científico a las actividades que realizaban. Por ejemplo, al tomar las muestras, el personal técnico de aquellos años empleaba probetas marcadas por los médicos con cintas para que supieran las medidas (los técnicos desconocían las medidas y los criterios para elaborar las muestras). Después, con la creación propiamente de la plaza de Tecnólogo Médico, la situación varió pues ya los consideraban rivales.

La relación con los médicos fue en un primer muy tensa: los médicos veían en los tecnólogos profesionales de segunda categoría. Hay que tener presente que la carrera, al igual que enfermería, surge para formar a una suerte de asistentes del médico en las funciones que no puede realizar por falta de tiempo o que por desidia prefiere no hacer. Lo que encontraron fue un panorama muy complicado para ejercer su profesión, pues no tuvieron ubicación laboral como bachilleres profesionales, y fueron colocados como sanitarios en puestos de salud, al mismo nivel que los técnicos, a pesar de haber cursado estudios universitarios.

Por ello, muy importante fue que, desde las aulas, los profesores inculcaran en los estudiantes el espíritu de marcar diferencias respecto al personal técnico, y presentarse en todo momento como profesionales a la par que cualquier profesional de la salud. Esta actitud, combinada a una sólida formación, contribuyó a romper prejuicios entre los médicos; además, las exigencias propias de la automatización forzaron a darles mayor espacio laboral a estos profesionales.

Las primeras actividades gremiales de los tecnólogos médicos en el Perú

La situación con la que tuvieron que lidiar los primeros tecnólogos médicos para el ejercicio de su trabajo, que describimos en líneas precedentes, fue la razón que motivó que, desde los centros laborales, diferentes profesionales de tecnología médica tomaran la decisión de agruparse para ir luchando por la obtención de una serie de mejoras, tanto en el aspecto laboral como en el ámbito académico.

La reacción se hizo evidente mediante la convocatoria al Primer Seminario Nacional de Tecnología Médica, que se desarrolló en la Universidad Nacional Federico Villarreal durante los días 25, 26 y 27 de febrero de 1976. No obstante, esta actividad tuvo algunos hechos precedentes que es necesario mencionar.

La tecnología médica ya se había consolidado como profesión en otros países de América como Brasil, Estados Unidos, Argentina y Chile, por ejemplo. En Chile, los entonces llamados técnicos laborantes (nombre con el que se conocía originalmente a

los tecnólogos médicos en ese país) habían alcanzado importantes triunfos en su relación con el Estado y con la profesión médica. Por ejemplo, en noviembre de 1960, lograron crear la Escuela de Tecnología Médica en la Universidad Nacional de Chile. Asimismo, implementaron hacia mediados de la década de los sesenta, una revista científica, la *Revista Chilena de Tecnología Médica*. Además, consiguieron que el Estado chileno apruebe un nuevo reglamento de los laboratorios clínicos, mediante el cual se reconocía plena y legalmente la potestad de los tecnólogos médicos de administrar y dirigir sus laboratorios clínicos o los de otras instituciones, desplazando de este modo a los médicos de aquella responsabilidad.

La experiencia chilena cobró vital importancia, pues fue el modelo que orientó los primeros años de lucha gremial de los tecnólogos médicos peruanos. Precisamente, en el Perú, un grupo de valientes tecnólogos médicos, entre los estuvieron Cecilia Burga, Miguel Naka, Javier León de la Torre, María Garay, Roberto Loo y Héctor Hernández, lograron contactarse con colegas chilenos, quienes les brindaron algunas recomendaciones sobre cómo orientar su lucha gremial. En Chile, el Estado reconocía y valoraba la labor de los tecnólogos médicos, por lo que esta experiencia fue clave para motivar la conformación de un grupo de trabajo que se planteó alcanzar los mismos logros que habían alcanzado los tecnólogos médicos en el país del sur.

En suma, el contacto con los colegas chilenos fue de gran importancia para abrir las estrategias de consolidación académica y profesional de la carrera de Tecnólogo Médico en el Perú. Al hacer la comparación, una primera idea nos sugiere que la postergación de la carrera aquí se debió a que, a diferencia de Chile, los tecnólogos médicos no ganaron espacios administrativos ni se incorporaron desde el inicio al sistema de salud pública. El hecho es en parte cierto, pero fue la misma concepción de la carrera en el país, considerada de mando medio, lo que limitó la capacidad de estudiantes y profesionales de acceder a estos espacios. En el plano académico, su valoración como carrera de salud estaba en entredicho; en el plano laboral, pugnaban con los “técnicos en salud” por una plaza en los nosocomios. La posibilidad de incorporarse en áreas administrativas dentro del sistema hospitalario no se planteaba entre ellos o al menos era una posibilidad muy remota.

Las reuniones de este grupo de trabajo fueron constantes, pero sobre todo tenaces, pues, al no disponer de un espacio fijo de reunión, los miembros de este comité tuvieron que programar encuentros en diferentes centros laborales como hospitales o laboratorios clínicos, incluso en locales comerciales. Además, las reuniones se desarrollaban luego de la jornada laboral (o en días feriados y domingos), por lo que en muchas ocasiones culminaban a altas horas de la noche.³

No obstante, a pesar de estas dificultades, las reuniones del grupo tuvieron una meta, la realización de una actividad gremial que se materializó en el Primer Seminario Nacional de Tecnología Médica. Los principales objetivos de este encuentro fueron:

- a. La gestión para el otorgamiento del título de tecnólogo médico
- b. La reforma curricular de la carrera en el nivel universitario, de carrera de mando medio a carrera larga
- c. La creación de la plaza de Tecnólogo Médico en el escalafón laboral.

Veamos cada uno de estos objetivos.

Un primer inconveniente que tuvieron que enfrentar los primeros egresados de tecnología médica fue el que no se les reconociera el título de tecnólogo médico. Recibían el título con la mención a la especialidad, ya sea radiología, laboratorio clínico o terapia física. Esta situación, generó problemas serios en el ámbito laboral. Por ejemplo, en el Seguro Social trabajaban, en el área de laboratorio, técnicos en laboratorio y tecnólogos egresados de la universidad. La diferencia en conocimientos, especialmente en el campo científico, era abismal. De ahí que algunos hacían la diferencia entre Tecnólogo Empírico y Tecnólogo Médico. Dicha situación encontró una fuerte reacción de parte de los centros laborales, dirigidos precisamente por los médicos.

Ciertamente, esta negativa a reconocer el título de médico era más notoria en la especialidad de Laboratorio Clínico, que en las demás, pues los médicos especializados

³ Algunos de los que participaron activamente en las reuniones en pro de la organización del Primer Seminario fueron Ricardo Riera, Enrique Sarmiento, Washington Otoy, Gerónimo Laura, Betsy Castro, Arturo Salinas, Margarita Rojas y Rosa Vergara.

en patología tenían el control de la especialidad y no querían perder el dominio en este campo. De ahí que no veían con simpatía a los nuevos profesionales de tecnología médica. Sin embargo, hubo médicos que sí reconocieron la importante alianza que podía establecer la medicina con la tecnología médica. Un buen ejemplo fue el del doctor Norberto Quesada, que estaba convencido de la importancia del tecnólogo médico, porque había tenido experiencia laboral en Chile.

Esta situación fue de la mano con la condición que tenía la carrera de tecnología médica, asumida como de mando medio. Era necesaria, entonces, una reforma curricular que promoviera la carrera de tecnología médica a la condición de carrera larga, con la obtención del grado de bachiller y la posibilidad de aspirar a una licenciatura o a estudios de posgrado.

Con respecto al tercer objetivo, este se vinculaba directamente con el ámbito laboral. En 1974, el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) expidió la RS N° 013-74-PCM, que estableció el Sistema Nacional de Clasificación de Cargos para la Administración Pública. En este nuevo esquema, se definían las diferentes opciones ocupacionales de los técnicos de salud, y establecía en términos muy generales el perfil del cargo y los requisitos del mismo. No obstante, las plazas eran tomadas por otros profesionales, como biólogos, químicos e incluso técnicos. El Primer Seminario tenía como objetivo revertir esta situación, pero para ello era necesario convocar a la mayor cantidad de tecnólogos médicos, no solo en Lima, sino en el país entero, con el fin de hacer valer sus reclamos y tener espíritu de cuerpo al momento de justificar sus reformas ante el Estado peruano.

Por ello, un hecho singular, fue que la Comisión Organizadora del Primer Seminario acordó, de forma unánime, que solo participen en este evento tecnólogos médicos, ya sean profesionales o estudiantes⁴. De este modo, fueron excluidos los técnicos en salud.

Consideramos que esto tiene una explicación. Siguiendo el planteamiento del sociólogo francés Pierre Bourdieu, la tecnología médica se puede considerar como un campo

⁴ La Comisión Organizadora estuvo integrada por los tecnólogos médicos Miguel Naka, Cecilia Burga, Jerónimo Laura, Javier León de la Torre, Enrique Sarmiento, José Ricardo Riera y María Garay de Molina.

social, pues otorga valor a un capital tanto simbólico como material. El capital simbólico son las concepciones y representaciones sobre la salud y la enfermedad; por otro lado, el capital material está compuesto por los recursos que dispone (económicos y materiales) para ejecutar sus prácticas. Así podemos considerar a la tecnología médica como campo profesional en el que están en juego capitales simbólicos y materiales. Este campo social dependió en buena medida de los actores socio-políticos para ir construyendo su autonomía, estableciendo sus propias regulaciones y adquiriendo privilegios legales.

Un enfoque así permite entender la creación de una profesión. Se trata del resultado de la constitución de una dominación sobre los mercados, la cual permite excluir a los competidores, sobre la base de una mezcla de un abanico de intereses y privilegios y de la adquisición de una autoridad más o menos formal y, en la mayoría de los casos, legal. En este sentido, el estudio de la construcción histórica de la profesión de tecnólogo médico atendió en forma prioritaria a los vínculos complejos y cambiantes que sus miembros establecen con diferentes sectores de la sociedad, particularmente con el Estado.

Las actividades durante el Primer Seminario se caracterizaron por la formación de mesas de trabajo distribuidas según cada una de las especialidades. Si bien desde un inicio se había programado que el Primer Seminario durara cuatro días, este solo duró tres, debido a la disposición que hizo San Marcos de sus ambientes. Sin embargo, la clausura del día 27 de febrero fue llevada a cabo en el Paraninfo de la universidad, poniendo en evidencia, que por primera vez, los tecnólogos médicos del Perú podían estar reunidos y discutir temas relevantes con propuestas de soluciones a sus problemas.

Esta clausura en particular, y el evento en general, fue muy significativo, no solo porque muchos de los objetivos se lograron para el futuro, sino porque fue la primera vez que los tecnólogos médicos tuvieron una actividad gremial de gran magnitud, que se caracterizó por la asistencia masiva de profesionales de todas las universidades de Lima, incluso de aquellos que habían estudiado en Lima pero trabajan en provincias y que llegaron para participar del Primer Seminario. Fue precisamente en ese evento, que a iniciativa del tecnólogo médico Ernesto Meneses, se decidió crear el Día del Tecnólogo

Médico en el Perú, el 27 de febrero, fecha que se ha vuelto oficial en el calendario cívico peruano.

Finalmente, producto de este encuentro gremial, se logró la fundación de la Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos, institución responsable de defender los intereses de los tecnólogos médicos y de organizar la Primera Jornada Científica de Tecnología Médica en el Perú, tema que expondremos a continuación.

Primera Jornada Científica

La Primera Jornada Científica de Tecnología Médica se llevó a cabo del 27 de febrero al 05 de marzo de 1977 y estuvo organizada por la Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos. La inauguración del evento se llevó a cabo en la biblioteca del municipio de Jesús María. Las ponencias y mesas temáticas tuvieron como sede el auditorio N° 1 del Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú, actual Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ubicado también en el distrito de Jesús María.

Una primera diferencia que es necesario destacar es que mientras el Primer Seminario fue una actividad de carácter gremial, con objetivos de mejoras en el ámbito educativo y laboral, la Primera Jornada fue una actividad promovida por el gremio de tecnólogos, pero que contó con los aportes de diferentes profesionales del campo de la salud. Una segunda diferencia, es que la Primera Jornada sí contó con una serie de auspiciadores que apoyaron económica y/o logísticamente el desarrollo de la actividad; en comparación con el Primer Seminario que fue llevado a cabo gracias al empuje y tesón de los tecnólogos médicos, utilizando sus propios recursos sin recibir apoyo de ninguna institución. Entre las instituciones que brindaron apoyo para la realización de la Primera Jornada estuvieron la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Nacional Federico Villarreal, PERULAC, Canal 7, José R. Lindley e Hijos (empresa productora y comercializadora de la bebida gaseosa Inca Kola), el Hospital Central N° 2 y la Municipalidad del distrito de Jesús María. Igualmente, el Comité Organizador recibió el apoyo de algunos profesores, tanto de medicina como de tecnología médica, quienes brindaron su apoyo especialmente en el área propiamente académica del evento, es decir la exposición de los temas de investigación.

Efectivamente, este evento fue esencialmente de carácter académico. Las áreas de la tecnología médica sobre las que expusieron diferentes ponentes fueron tres: Laboratorio Clínico, Radiología y Terapia Física y Rehabilitación. El contenido de los trabajos fue organizado en dos grandes grupos: cursos, conferencias y temas libres. En el cuadro siguiente podemos apreciar todas las actividades:

ÁREAS	Cursos	Conferencias	Temas libres
Laboratorio Clínico	3	4	5
Radiología	2	2	4
Terapia Física y Rehabilitación	4	5	6
TOTALES	9	11	15

Fuente: Asociación Peruana de Tecnología Médica (1977)

Una primera observación que se extrae a partir de la información del cuadro anterior es que el área de Terapia Física y Rehabilitación fue la que presentó la mayor cantidad de trabajos, tanto en cursos como en ponencias. En buena medida esto se explica por la mayor oportunidad de trabajo, para desplegar su campo de acción, que tuvieron los tecnólogos médicos especializados en esta área.

Una segunda observación es la menor cantidad de actividades vinculadas con la especialidad de radiología. La explicación a esto se debe al menor desarrollo que tenía la especialidad en los años setenta que se concentraba esencialmente en el uso diagnóstico y preventivo de la radiografía, o en el uso del radio para el tratamiento del cáncer, por ejemplo. No obstante, en la actualidad esta especialidad de la tecnología médica ha alcanzado un ostensible crecimiento a partir de la implementación de nuevos y modernos equipos que permitieron el desarrollo de áreas como la resonancia magnética, la densitometría, el ultrasonido o la medicina nuclear, etc.

Otro aspecto interesante de la Primera Jornada Científica tiene que ver con los profesionales que participaron en este encuentro académico. A continuación,

apreciamos el número de profesionales que tuvieron a su cargo el desarrollo de los cursos, las conferencias y los temas libres:

ACTIVIDADES / PONENTES	Médicos	Tecnólogos médicos	Otros
Cursos	12	2	1
Conferencias	2	12	2
Temas libres	0	15	5
TOTALES	14	29	8

El cuadro anterior demuestra que, a diferencia del Primer Seminario, la Primera Jornada Científica reunió a médicos y tecnólogos médicos para el desarrollo de las actividades. Con relación a los cursos, se puede observar el mayor número de médicos a cargo de estas actividades. Resulta un hecho relevante este dato, pues demuestra que no existía una pugna entre ambos profesionales, sino una mutua colaboración en el campo de la salud. Precisamente, en el caso de las conferencias y especialmente de los temas libres, la mayoría de los ponentes fueron tecnólogos médicos. En la columna otros se indican la participación de personas que no figuran con ningún título profesional, es decir o se trataba de alumnos que estaban cursando los últimos ciclos; o presumiblemente eran otros profesionales vinculados al área de la salud o científica como por ejemplo biólogos y químicos que tenían un conocimiento cabal del área.

Finalmente, resulta revelador el carácter multidisciplinar de la Primera Jornada Científica, no solo por la colaboración de médicos y tecnólogos médicos, sino porque dicha actividad también incluyó un ciclo de cine en el que se proyectaron películas cuya temática estaba relacionada con cada una de las tres especialidades materia del evento.

En conclusión, la Primera Jornada Científica no fue una actividad gremial, sino académica, en la que fueron expuestas una serie de investigaciones de calidad realizadas por médicos, tecnólogos médicos y otros profesionales. Esta fue la prueba de que la alianza entre disciplinas funcionó perfectamente.

Las asociaciones y las condiciones laborales

Si hasta los años sesenta el sistema de salud pública en el Perú era insuficiente y precario, tras el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (1968-1980) hasta finales de los ochenta, en que retornó la democracia, el servicio empeora a niveles críticos. Con el cierre de las importaciones en los años setenta, por el discurso nacionalista del gobierno militar, un área tan susceptible a la innovación tecnológica como la salud, sufrió un duro revés.

En el caso de la tecnología médica, esto se agravó a niveles lamentables. Los tecnólogos tuvieron que “agenciarse”, usando hasta el límite insumos y materiales de salud para poder cumplir con la atención médica en los hospitales. Llegaron al extremo de tomar muestras de sangre únicamente con agujas, improvisando recipientes para preservar la sangre; repararon ellos mismos el equipo de laboratorio; e incluso realizaron el análisis bacteriológico y microbiano sin los implementos de protección necesarios para hacer dichas pruebas.

Ante esta situación, en pleno contexto de movilización social, asociación sindical, de reivindicaciones sociales y laborales, se forman en los hospitales asociaciones de los profesionales de salud para exigir mejoras salariales y condiciones de trabajo adecuadas. La asociación es por definición un grupo de individuos que entran en un acuerdo como voluntarios para formar una organización y lograr un propósito. La primera asociación donde participaron activamente los Tecnólogos Médicos fue la que se creó en el seno del hospital Edgardo Rebagliati (entonces Hospital n° 2) y que albergara a todos los profesionales de la salud. Incluso la TM, Lic. Mirtha Hernández Acasiete, actual Vice Decana, quedó como Presidenta de la Asociación en la huelga y paro de abril de 1984, en que por circunstancias de fuerza mayor o casualidad, no pudieron asumir la presidencia las tres personas que jerárquicamente le antecedían.

Esta movilización general del personal médico sirvió para mostrar, a nivel colectivo, la capacidad de organización de estos profesionales. Detrás de la organización de la paralización se encontraba “la coordinadora de gremios”, que improvisaba sus

reuniones en la sede de la Federación Bancaria. Paralelamente, funcionaba el Sindicato del Centro Federado del Hospital Rebagliati.

A nivel gremial, tras la huelga, los diferentes colectivos de profesionales evaluaron y reconocieron su peso dentro del sistema de salud. Ello llevó a la elaboración de plataformas propias de reclamos y expectativas de desarrollo profesional, lo cual trajo la disolución de la Asociación. Los primeros en separarse y formar sus propias asociaciones fueron médicos y enfermeras. En el mediano y largo plazo les sirvió a estos colectivos independizarse, pues plantearon sus demandas concernientes a su sector en la medida que aumentaba su influencia dentro de la administración y organización de los hospitales.

En el caso de los Tecnólogos Médicos, la huelga sirvió para “efectivizar” su reconocimiento dentro del grupo ocupacional de los profesionales de las ciencias de la salud. Ello motivó, a su vez, la creación de la “Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos” en mayo de 1984, que será la primera piedra de lo que sería el Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú.

El espíritu de la Asociación era el de asumir la representación de los profesionales en Tecnología Médica, como se señala en su primer artículo: “Con la designación de Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos, se constituye una entidad de carácter civil, gremial y científica; que es representativa de los tecnólogos médicos del país”. Lejos de ser una entidad impositiva, a lo largo de su existencia, buscó ser más un organismo dialogante con sus asociados. Recogía las inquietudes y sugerencias de las universidades donde existía la carrera, y construía a partir de ahí sus propuestas que servirían de base a los anteproyectos de ley para la creación del Colegio.

Su trabajo fue difícil, puesto que la inscripción en Registros Públicos era mucho más complicada de lo que es en la actualidad, y ello en aquel entonces era un requisito para poder asumir la representación de un colectivo. Además, como en todo grupo profesional, existían diferencias entre los tecnólogos, mayormente por la universidad de procedencia y por el hecho de tener distinta formación universitaria: unos de 3 o 4 años

y otros de 5 años. Estas tensiones dificultaron el entendimiento y la agilización de los debates, entrampados más por cuestiones personales que por temas sustanciales.

Si bien la Asociación recogía las propuestas de las universidades, estas se encontraban matizadas por las posturas políticas de sus autoridades. Es de resaltar que, para la consecución del Decreto Ley que da origen a la formación del Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú, se dio gracias al apoyo de la cédula aprista en el Congreso, encabezada por el doctor Luis Carranza, médico de profesión.

Colegio de Tecnólogos Médicos

El Colegio Tecnólogo Médico del Perú es una institución autónoma de derecho público interno sin fines de lucro, creado por la Ley N° 24291, que representa los profesionales de Tecnología Médica con criterios de equidad, eficiencia y calidad y dentro de los principios y valores éticos, morales y deontológicos, vigilando e impidiendo el ejercicio ilegal de la profesión de Tecnología Médica.

CRONOLOGÍA DE DECANOS
<ul style="list-style-type: none">• Lic. Flor de María Zuzunaga Infantes (1988-1990)• Años Oscuros (1990-1997)• Lic. María Bazán Naupay (1997-1999 y 1999-2001)• Lic. Nancy Oliveros Tamayo (2002-2004)• Lic. Rubén Verástegui Carrasco (2004-2006)• Lic. María Bazán Naupay (2006-2008 y 2008-2010)• Lic. Sara Valer Gonzáles (2011-2014)

BIBLIOGRAFÍA

Academia Peruana de Salud (2009). *Historia de la salud en el Perú*. Lima: Academia Peruana de Salud.

Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos (1977). *I Jornada Científica de Tecnología Médica* [brief].

Colegio Tecnólogo Médico del Perú (2015). *Colegio Tecnólogo Médico el Perú: Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Terapia Física y Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Optometría, Radiología* [brief].

Contreras, Carlos (1996). *Maestros, mistis y campesinos en el Perú rural del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos [Documento de trabajo, 80].

Contreras, Carlos y Marcos Cueto (2004). *Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la independencia hasta el presente*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cueto, Marcos (1989). *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Grade.

Garay de Molina, María (2013). *Mis memorias de la Primera Convocatoria Nacional de tecnólogos médicos (1975-1976): Primer Seminario Nacional de Tecnólogos Médicos del Perú*. Lima, documento de trabajo.

López Soria, José Ignacio (2002). "Apuntes para la historia de la formación técnica en el Perú". En Guerra, Margarita, Holguín, Oswaldo y César Gutiérrez (editores). *Sobre el Perú: homenaje a José Agustín de la Puente Candamo*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, Volumen 2, pp. 769-790.

Perú. Dirección Nacional de Estadísticas y Censos (1958). *Anuario estadístico del Perú 1955*. Lima: s/e.

Pinillos Ganoza, Luis (2000). "Radioterapia". En Salaverry, Oswaldo y Gustavo Delgado (editores). *Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX (739-753)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Asociación de Historia de la Medicina Peruana, Tomo I, pp. 755-760.

Pino de Soto, Ladis del (2000). "Radiología". En Salaverry, Oswaldo y Gustavo Delgado (editores). *Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX (739-753)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Asociación de Historia de la Medicina Peruana, Tomo I, pp. 739-753.

Quevedo, Emilio, M. Hernández y otros (2013). "Un modelo para armar: una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad". *Revistas de Ciencias de la Salud*. Rosario, volumen 11, número 3, pp. 295-321.

Riera Luna, José Ricardo (2013). *Selecciones fisioterápicas. Petit historia de la fisioterapia*. Consulta: 15 de enero de 2016. <http://seleccionesfisioterapicas.blogspot.pe/2013/12/petit-historia-de-la-fisioterapia.html>

Ríos Burga, Jaime (2009). *La universidad en el Perú: historia, presente y futuro*. Lima Asamblea Nacional de Rectores.

Rivas Cortez, Roberto (2002). *Haciendo historia de tecnología médica en el Perú*. Lima, documento de trabajo.

Swartz, David (2013). *Symbolic power, politics, and intellectuals: the political sociology of Pierre Bourdieu*. Chicago: The University Chicago Press.

Universidad Nacional Federico Villarreal (2012). *Guía del estudiante 2012* [folleto]. Consulta: 02 de enero de 2016. http://www.unfv.edu.pe/vrac/images/documentos/guia_estudiante/15_guia_estudiante_fm.pdf

Valdivia, Néstor (1995). “La educación técnica: ¿una alternativa de profesionalización para los jóvenes? *Páginas*, Volumen 20, Número 131, pp. 53-60.

Webb, Richard y Graciela Fernández (1996). *Perú en números 1996: anuario estadístico*. Lima: Cuánto.

Zaror, Luis (2004). *Tecnología médica: 65 años, una perspectiva*. Temuco: Universidad Mayor, Escuela de Tecnología Médica.