

LA
MEDICINA
DE NUESTRO TIEMPO
EN COSTA RICA

Transformaciones
contemporáneas

Un cambio necesario



Dr. William Vargas González

2015

**MEDICINA DE NUESTRO TIEMPO
EN COSTA RICA**

**TRANSFORMACIONES CONTEMPORÁNEAS
UN CAMBIO NECESARIO**

WILLIAM VARGAS GONZÁLEZ

2015

©2015. Alajuela, Costa Rica

Diseño de Cubierta: Carlos Andrés Guerra Valerio

BINASSS, San José, Costa Rica

wvargassp@yahoo.com

Queda prohibida cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor.

Contenido

Contenido.....	4
Acerca del autor	7
Agradecimientos.....	8
Presentación	9
Introducción	10
I. INSTITUCIONES DE SALUD EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX	11
A. Evolución de las instituciones de salud.....	11
B. Eventos en los años cincuenta y sesenta.....	12
C. LA PRIMERA GRAN REFORMA: Los programas de salud rural y comunitaria .	13
D. LA SEGUNDA GRAN REFORMA: El modelo readecuado	13
E. La práctica de la medicina en los años sesenta y setenta	14
F. El Sistema Nacional de Salud (SNS)	17
G. Las farmacias privadas y comunitarias.....	18
I. TRANSFORMACIONES: DEMOGRÁFICAS, TECNOLÓGICAS, DE LAS ENFERMEDADES, DEL CONCEPTO DE SALUD Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	20
A. Cambios demográficos.....	20
B. Transformaciones tecnológicas	21
C. Cambios en la mortalidad y la morbilidad.....	23
Estrés	24
Sedentarismo	24
Obesidad y sobrepeso.....	25
D. Cambios en el concepto de salud	26
Evolución del modelo biomédico.....	26
Nuevos conceptos de la salud	27
Obstáculos	29
Producción social de la salud	29
Estilos de vida saludable	30
Las funciones de la medicina y de los médicos	30
II. FORMACIÓN MÉDICA	35
A. Antecedentes	35
B. Escuelas de medicina y su oferta académica.....	35
C. Planes de estudio de las Escuelas de Medicina	37

D. La educación médica	49
E. La oferta de médicos en Costa Rica.....	51
III. OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	53
A. Organización	53
Niveles administrativos	53
Niveles de atención	55
B. Programas prioritarios y la oferta básica del sistema de salud.....	56
C. Atención de emergencias, consultas generales y especializadas	57
IV. DEMANDA DE LA ATENCIÓN DE SALUD	59
V. LA MEDICINA DE NUESTRO TIEMPO.....	61
A. El dogmatismo y el cientificismo	61
B. La ética y la medicina actual.....	63
C. Los errores médicos	64
D. Escenarios de trabajo de los médicos	66
El médico en el hospital	66
El médico del EBAIS	68
El médico en los servicios de emergencias.....	69
El médico en la consulta especializada	70
El médico en su consulta privada	70
E. El estrés y las enfermedades de los médicos	71
VI. UN CAMBIO NECESARIO.....	73
A. Desafíos de la medicina	73
B. Medicina tradicional, complementaria y alternativa.....	74
Medicina holística	76
La salud espiritual	77
C. Un acercamiento al futuro	78
VII. CONCLUSIONES GENERALES	80
ANEXO I:.....	82
Estilo de vida saludable, alimentación sana y ejercicio físico.....	82
I. Estilo de vida saludable	82
II. Alimentación sana y equilibrada	83
III. Ejercicio físico	86
ANEXO II:	89
Terapias de la medicina tradicional, complementaria y alternativa	89
I. Enfoque mente-cuerpo	90
A. Meditación	90

B. Psicoterapia	90
C. Hipnoterapia	91
D. Terapia de la visualización	92
E. Musicoterapia	92
II. Terapias biológicas	93
A. Herboterapia	93
B. Alimentación-Nutrición	93
C. Medicina naturopática.....	95
D. Homeopatía	95
III. Métodos de manipulación y movimiento	96
A. Masoterapia	96
B. Reflexología	97
C. Quiropraxis	98
D. Osteopatía	99
E. Terapia de la danza.....	100
IV. Terapias sobre la base de energía.....	100
A. Acupuntura	100
B. Acupresura	101
Referencias Bibliográficas	103
Capítulo I.....	103
Capítulo II.....	104
Capítulo III.....	105
Capítulo IV	106
Capítulo V	106
Capítulo VI	107
Capítulo VII.....	108
Anexo II	109

Acerca del autor



Dr. William Vargas González, médico, posgrado en pediatría (Hospital Nacional de Niños) y MSc. en Nutrición Humana (Universidad de Londres). Exdirector de: Servicio de Nutrición y Departamento de Pediatría Social (Hospital Nacional de Niños), Programa de Salud Rural (Ministerio de Salud), Departamento de Medicina Preventiva (CCSS), Escuela de Salud Pública (UCR) y Programa de Atención Integral de Salud (UCR). Laboró con UNICEF en el Programa de Supervivencia Infantil para Centroamérica (1984-1989).

Inició su labor académica con la UCR en 1970 hasta su retiro en el 2003. Tiene publicados más de 65 trabajos en manuales y revistas científicas nacionales e internacionales. Reconocimientos por su destacada labor: Escuela de Salud Pública-UCR (1998), Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2002), Programa de Atención Integral de Salud-UCR (2004). La Universidad de Costa Rica le confiere el título de Catedrático en 1995 y la categoría de Profesor Emérito en mayo del 2005. En el 2006, EDNASSS (CCSS) publica su libro: *Atención Primaria de Salud en Acción*, en el 2006, *Prevención Vivir o Morir* y en el 2010, *Atención Primaria de Salud en Costa Rica* 2011.

Agradecimientos

Al Dr. Álvaro Salas Chaves, quien es un gran conocedor y estudioso de la medicina de nuestro tiempo, de la organización del sistema de salud y del proceso de evolución en las últimas décadas; al Dr. Luis Diego Vargas Rounda, quien ha trabajado en EBAIS por varios años, en zonas periurbanas y rurales, expuesto a la organización del sistema de salud y a la relación médico paciente. A Raúl Torres Martínez, escritor y filólogo quien tuvo a cargo la revisión filológica. A mi hija Patricia quien colaboró en la diagramación del libro. A todos ellos por sus importantes aportes y sugerencias, las que han mejorado el contenido y la presentación del documento.

Presentación

Hablar de la medicina encierra enormes desafíos, porque es exponerse a la crítica o a la indiferencia por parte de los colegas. Después de ejercer la medicina por cuarenta años: cuatro como médico general, 20 como pediatra en el Hospital Nacional de Niños y 16 en actividades de salud pública, me expongo a esa crítica sin temor; que sea bienvenida. La indiferencia es imposible de manejar. Sólo espero que este libro sea leído por un buen número de colegas y que extraigan de él algunas enseñanzas.

La *medicina de nuestro tiempo* está en crisis, como lo están otros muchos asuntos de la sociedad actual, de nuestro tiempo. Esa crisis se acentúa en el nuevo siglo. Está en crisis la formación médica, el sistema de salud y la relación médico paciente, así como otros muchos asuntos en que está inserta la medicina y los médicos. Por ejemplo, la población envejece aceleradamente, con problemas de salud singulares para esta edad y el perfil epidemiológico da un giro sustancial; el paradigma de las enfermedades infecciosas se desplaza a la de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y con esto cambia radicalmente el esquema conceptual de las enfermedades.

El libro está dirigido principalmente a los médicos, pero también a todo el personal de salud y a los estudiantes del área de la salud. Tiene como fundamento experiencias personales y observaciones en los EBAIS en la zona de San Carlos, en donde radico actualmente. Es una introducción a diversos temas que requieren de investigaciones con urgencia y de decisiones políticas, en la formación médica, en los servicios de salud, en el Colegio de Médicos, en los sindicatos del sector salud y de un replanteamiento del quehacer médico. El objetivo es beneficiar a la población general y a los enfermos que asisten a los servicios de salud de la seguridad social y a las consultas privadas.

Dr. William Vargas González

LA MEDICINA DE NUESTRO TIEMPO

Introducción

Son inmensas las transformaciones observadas en Costa Rica, en las instituciones y en los servicios de salud, los cambios demográficos, el perfil de las enfermedades, del concepto de la salud y la percepción de las personas con respecto a su salud. Estos cambios sugieren y requieren una transformación radical de las instituciones de salud de todos los niveles y en los médicos que ejercen en las consultas privadas.

Paralelo a los cambios mencionados, se han producido otros muchos que han impactado el estilo de vida de las personas, sus relaciones familiares y sociales. Por ejemplo, el sencillo telégrafo se transforma en el teléfono móvil; de la carreta y el caballo se pasa al automóvil, los aviones jet y los transbordadores al espacio; de la radio, a la televisión, Internet y las redes sociales; una noticia al otro lado del mundo se puede captar al mismo tiempo en cualquier punto del planeta con un aparato de televisión; el dinero circula no solo en efectivo sino en tarjetas plásticas y por medios electrónicos. Es decir, desde hace pocas décadas entramos en la era de la información y de la comunicación, en la era de las transformaciones. Todas ellas y muchas otras impactan nuestras vidas y, en consecuencia, nuestra salud.

Un siglo en la historia universal es un periodo insignificante. Sin embargo, en el siglo XX, principalmente a partir del último tercio, se observan cambios tan extraordinarios y significativos que vivimos un nuevo paradigma en la historia de la humanidad, lo que Alvin Toffler denomina "La Tercera Ola". La Primera Ola se inició 10,000 años a.C. cuando la humanidad descubrió la agricultura y ocurrieron los primeros asentamientos humanos. La segunda, en el siglo XVII, cuando se inicia y avanza la industrialización; esta segunda ola está concluyendo. Estamos viviendo en la cresta de la Tercera Ola (A. Toffler).

El propósito de estos ensayos -que corresponden a los siete capítulos del libro- es contribuir a explicar las relaciones de los diferentes procesos que generan los cambios en la salud de las personas, así como alentar la necesidad de profundas innovaciones en la formación médica y en las acciones de las instituciones de salud del país. Además, aportar al lector la información resumida y actualizada, con argumentos necesarios para la toma de decisiones en la dirección de un cambio requerido; podría ayudar a entender mejor la compleja actuación del médico y de la medicina de nuestro tiempo, de los servicios de salud, la utilidad de las terapias complementarias y alternativas y el incuestionable papel de nosotros mismos para mantener la salud y prevenir enfermedades; es decir, adoptar un estilo de vida saludable, promovido desde los servicios de salud.

I. INSTITUCIONES DE SALUD EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

Existe una clara diferencia entre los primeros cincuenta años del siglo XX y las cinco décadas posteriores. En la primera mitad se sentaron las bases, que evolucionaron con robustez a partir de los años 50. Anterior a esta década la población era escasa –el “niño millón” nació en 1956-, los servicios de salud tenían poca cobertura, se disponía de muy escasas tecnologías para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y el número de médicos, enfermeras y de otro personal de salud era reducido.

A. Evolución de las instituciones de salud

En el transcurso del siglo XX, ocurrieron cuatro acontecimientos de gran relevancia en Costa Rica en el campo de la salud, que marcan un cambio de rumbo significativo, una vuelta de timón, de las instituciones de salud y de las acciones que se desarrollaron; ocurrieron con intervalos aproximados de 20 años:

- El primer de ellos se gesta a inicios de los años 20 y se materializa en 1927, con la creación la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social; el protagonista fue el Dr. Solón Núñez Frutos.
- El segundo, a principios de los años 50, inicia un nuevo gobierno producto de una revolución, se fortaleció Caja Costarricense de Seguro Social (la Caja) y el Ministerio de Salud y aparece la importante influencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- En el tercero de ellos ocurren a inicios de los años 70, la Primera Gran Reforma del sistema de salud costarricense: los Programas de Atención Primaria de Salud.
- El último, se desarrolla a mediados de los 90, la Segunda Gran Reforma: el Modelo Readecuado.

Terminando el tercer quinquenio del nuevo siglo y después de 20 años de la inauguración de los primeros EBAIS, del inicio del Modelo Readecuado–febrero de 1995-, estamos a las puertas de un nuevo cambio: la crisis de la Caja –financiera, organizacional, de eficiencia de los servicios-, las diversas evaluaciones de esta institución, las propuestas del Grupo de Notables y el cambio de Gobierno a mediados del 2014, auguran otra vuelta de timón al sistema de salud.

B. Eventos en los años cincuenta y sesenta

A inicios de los años cincuenta se dan circunstancias extraordinarias que marcan un despegue y un nuevo enfoque a los problemas de salud del país, entre ellas vale resaltar tres:

- El país acaba de concluir una revolución y la Junta de Gobierno que estuvo en el poder por 18 meses, entrega la presidencia a D. Otilio Ulate Blanco, con novedosas disposiciones –nuevas leyes y una moderna Constitución Política- que dan una lozana vertiente a la Nación. El Ministerio de Salud se fortalece y se crean nuevos programas. La Caja –creada a inicios de la década anterior- se remozó, aumenta significativamente su cobertura y extiende los servicios de salud a poblaciones rurales concentradas.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), como ente de las Naciones Unidas acaba de formarse, la cual le imprime un rumbo renovado a la salud pública –como se ha señalado antes-; por acuerdo de la Asamblea General, se adopta la bien conocida definición de salud: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948).
- Por esos años, por primera vez, se disponía de numerosas tecnologías innovadoras para prevenir y curar las enfermedades. Entre ellas, diversas vacunas y antibióticos, tratamientos para la malaria y la tuberculosis, antiparasitarios y nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos. El número de médicos y del personal de salud, había aumentado de forma significativa.

En 1950 Costa Rica tenía una población de 800,000 mil habitantes, la tasa de mortalidad infantil alcanzó la cifra de 89/mil nacidos vivos y la esperanza de vida de 56 años. Funcionaban 33 Unidades Sanitarias y 12 Centros Rurales de Asistencia, administrados por el Ministerio de Salubridad –así llamado entonces-, además, de seis hospitales en las cabeceras de provincia y dos en San José, el San Juan de Dios y el Chapuí.

La población asegurada para 1950 fue de 63,300 (7,8% de la población del país), no incluye a los familiares; 1960, 189,000 (15% e incluye a familiares); 1970, 809,000 (46% de la población); 1982, 1,648.600 (68%); 1991, 2,592.000 (83.4%) (G. Miranda, p.124).

En 1961, se inicia el Programa de Unidades Móviles. Se crean en esa década 12 unidades móviles terrestres y una marítima, con sede en cabeceras de cantones rurales, las que se desplazaban a los pequeños pueblos en un radio de 5-25 Km; la marítima, con sede en Puntarenas, recorría los poblados en el contorno de la Península de Nicoya. Son el antecedente de los programas de salud rural.

C. LA PRIMERA GRAN REFORMA: Los programas de salud rural y comunitaria

En los primeros años de la década de los 70s se gestan transformaciones de enorme relevancia para el Ministerio de Salubridad y la Caja. El primero desarrolló tres programas de gran alcance, con cobertura para casi la totalidad de la población del país y la Caja incurrió en un programa rural en el cantón de Nicoya y se extendió a las poblaciones urbanas con la construcción de clínicas y hospitales. Estos fueron:

- El Programa Hospital sin Paredes, ejecutado principalmente por Auxiliares de Enfermería y médicos del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde, de San Ramón (inicia en 1971). Tuvo resonancia nacional e internacional y fue centro de capacitación para estudiantes de la Universidad de Costa Rica.
- El Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, ejecutado por Asistentes de Salud Rural (inicia en 1972). Se extiende rápidamente a la población rural dispersa y llega a tener una cobertura cercana al millón de personas en 1989. Fue un ejemplo en la Conferencia Internacional de Alma Ata (1978), como un programa de amplia cobertura y bajo costo para poblaciones rurales dispersas.
- El Programa de Salud Comunitaria rural de la Caja, en San Antonio de Nicoya, ejecutado por Auxiliares de Enfermería, médicos del Hospital de la Anexión, estudiantes de medicina de la UCR y residentes de pediatría del Hospital de Niños y del Hospital México (inicia en 1974).
- El Programa de Salud Comunitaria Urbano del Ministerio de Salud, ejecutado por Auxiliares de Enfermería (inicia en 1976), las cuales tenían su sede en las Unidades Sanitarias y visitaban casa a casa, a la mayoría de las poblaciones urbanas marginadas.

En 1970, la población total fue de 1,762.000, la mortalidad infantil de 75/ mil nacidos vivos y la esperanza de vida de 63 años. Una década más tarde, en 1980, la mortalidad infantil descendió a 19/mil y la esperanza de vida fue de 73 años.

Estos cambios inéditos, como la de otros indicadores de salud, analizados por el Dr. Luis Rosero -investigador de la Universidad de Costa Rica- y sus colaboradores y por otros investigadores nacionales e internacionales, se debieron en buena parte, a las innovaciones desarrolladas con la estrategia de la Atención Primaria de Salud en las poblaciones rurales y urbanas marginadas.

D. LA SEGUNDA GRAN REFORMA: El modelo readecuado

A finales de los 80 los dirigentes políticos y los técnicos del sistema de salud coincidieron en la sensación de que el *"modelo se estaba agotando"*. Se realizaron diversas evaluaciones que evidenciaron graves deficiencias:

inequidad e ineficiencia de los servicios, desequilibrio entre servicios hospitalarios y los del primer nivel y cambios en el perfil de la morbilidad, entre otros.

En mayo de 1993, se publica oficialmente el Proyecto de Reforma del Sector Salud con ocho componentes. A dos de ellos se les dio prioridad y se ejecutaron: la Readecuación del Modelo de Atención y la Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud (M. de Salud-CCSS, 1993).

El nuevo modelo significó para el Ministerio de Salud ceder a la Caja la totalidad de los programas de atención a las personas, el traslado de centenares de trabajadores del primer nivel –ATAPS y auxiliares de enfermería, principalmente- asumir los nuevos roles de la Rectoría y, motivar y capacitar a todo su personal para las nuevas funciones.

Para la Caja, los retos fueron enormes: asumir la totalidad de la atención a las personas en todos los niveles del sistema; incorporar el concepto de prevención, de promoción y de *atención integral* a todo el personal, particularmente al del primer nivel; incorporar las funciones de planificación y vigilancia epidemiológica; establecer un sistema de información, monitoreo y evaluación por Áreas de Salud (los Compromisos de Gestión); construir, equipar y contratar personal para centenares de pequeños centros –las sedes de los EBAIS-; y, capacitar a centenares de técnicos y profesionales para los Equipos Básico y los Equipos de Apoyo.

En el 11 de febrero de 1995 se inauguró la primera Área de Salud en Barranca de Puntarenas, con 10 EBAIS. Para mediados de 1997 estaban en operación en el país 335 EBAIS, en 45 Áreas de Salud.

La Reforma de los noventa y los cambios ocurridos en esa década, se gestan en el primer nivel; en el segundo y el tercer nivel, no se implementaron cambios, ni en la organización ni en las funciones. Las rígidas estructuras no los permitieron.

E. La práctica de la medicina en los años sesenta y setenta

Algunos médicos y médicas, que aún viven, recuerdan claramente la práctica de la medicina de hace 50 y 60 años. El ejercicio de la medicina tenía otro significado y era muy diferente de lo que es en nuestro tiempo; el cambio ha sido transitorio, paulatino y es más evidente en las últimas dos décadas.

Para la década de los años cincuenta –como se mencionó- ya la medicina había evolucionado, producto de la investigación científica, y se disponía de numerosas herramientas para la prevención de enfermedades, el diagnóstico y el tratamiento, así como de los procedimientos quirúrgicos. Se había generalizado la penicilina y varios otros antibióticos; se contaba de tratamientos para la malaria y la tuberculosis. Las enfermedades cardiovasculares comenzaban a emerger, entre ellas la hipertensión y los infartos de miocardio; había escasas personas con obesidad. Al contrario, la desnutrición tenía una alta prevalencia, principalmente en niños. La encuesta

nutricional de 1966, revela que el 57% de ellos estaban desnutridos y alrededor del 4%, tenían desnutrición severa de tercer grado. La anemia ferropénica y las parasitosis intestinales –áscaris, tricocéfalos, anquilostomas y amebas- tenían una altísima prevalencia en niños y adultos, en particular, en las poblaciones rurales y de las zonas costeras y bajas.

La influencia de Sigmund Freud (1856-1939) fue determinante en la concepción psicoanalítica y en la relación médico-paciente. La influencia de Freud es enorme en la medicina, ya que establece la necesidad del diálogo, de la conversación con el enfermo, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la enfermedad y no sólo para los trastornos psiquiátricos. La medicina es además de táctil y visual, es también auditiva, al considerar un buen interrogatorio para un buen diagnóstico. Otro elemento relevante de la influencia de Freud, es la preocupación por ordenar de una forma comprensiva en la biografía del enfermo, el suceso de la enfermedad. La psiquiatría y la medicina psicosomática tienen gran relevancia en las décadas de la mitad del siglo pasado (Laín Entralgo).

A mediados del siglo XX toman auge la medicina preventiva y el proceso de socialización de la atención médica. Se dispone de diversas vacunas –contra la viruela, tifoidea, tétanos, difteria, tosferina, rabia-; en 1955 surge la primera vacuna contra la poliomielitis. La asistencia de la enfermedad es un derecho inalienable de la persona; atender al enfermo pobre deja de ser un acto de beneficencia y se convierte en un acto de justicia. Se incrementan los “seguros de enfermedad” en diversas partes del mundo y en Costa Rica, la Caja se fortalece y rápidamente incrementa su cobertura, como se señaló.

En los cincuentas (y antes), hasta mediados de los sesentas del siglo anterior, todos los médicos nos formamos en universidades de muy diversos países; algunos en Europa, otros en Suramérica y muchos en México. Estos médicos podían trabajar en algún hospital y después de un examen riguroso del Colegio de Médicos y Cirujanos, que duraba varios días, los que lo superaban, podían hacer el Servicio Social por un año: en las Unidades Sanitarias y en los Centros Rurales de Asistencia del Ministerio de Salud. Los que venían con alguna especialidad, se incorporaban al Hospital San Juan de Dios o alguno de los hospitales de las cabeceras de provincia. Después del año de Servicio Social, se incorporaban al Colegio de Médicos y Cirujanos y podían ejercer su profesión libremente, ingresar a alguna de las residencias o incorporarse a los centros de la Caja.

Personalmente, llegué al Hospital de San Ramón a finales de 1963; el hospital tenía en esos años cinco médicos, además del Director, el Dr. Juan Guillermo Ortíz. Mi formación fue en la Universidad de Madrid, en donde la práctica clínica era escasa. Dormía en el hospital y allí lo hacían otros dos colegas. El trabajo consistía en atender pacientes hospitalizados, la consulta externa, el servicio de emergencias y las guardias cada tres días. Una dificultad inmediata fue memorizar el nombre de los medicamentos. Desde el primer día sentí gran empatía por los colegas que me ayudaron en esos primeros pasos, especialmente en uno que llevaba varios años de trabajo en el hospital; en las

guardias del servicio de emergencias las enfermeras fueron mis tutoras, siempre dando apoyo en situaciones complejas. A los seis meses ya tenía la experiencia necesaria en muy diversos campos y conocía lo suficiente acerca de los medicamentos.

El siguiente paso, en enero de 1965, fue el servicio social (después de ganar el examen del Colegio de Médicos), cuatro meses en Nicoya y ocho en San Carlos; a principios de 1967 ingresé a la residencia de pediatría en el Hospital Nacional de Niños, inaugurado tres años antes, en mayo de 1964.

Por esa época había tres médicos en Nicoya, uno en el Centro Rural de Asistencia, el cual disponía de cuatro camas y un servicio de maternidad; otro que atendía de forma privada y el médico de servicio social. Hacíamos guardia de día por medio, sin remuneración adicional. Ese era el recurso médico para todo el cantón de Nicoya, incluyendo Nandayure y gran parte de la península. En Ciudad Quesada (Villa Quesada hasta 1953) además de la Unidad Sanitaria con un médico de servicio social, existía un pequeño hospital, de madera en su totalidad, incluyendo el piso, que resonaba y traqueaba con los pasos en algunos lugares –hoy los terrenos donde se ubica la sucursal de la Caja-. El hospital disponía de tres médicos y el Director; ese era entonces, el recurso de profesionales médicos para el cantón de San Carlos y lo que es hoy Guatuso, Los Chiles y Rio Cuarto de Grecia.

Las Unidades Sanitarias de esa época disponían de un pequeño laboratorio y una farmacia, atendidos por técnicos. El instrumental del laboratorio era un microscopio y algunos otros utensilios, para realizar unos pocos exámenes. La mayoría de los medicamentos llegaban en galones de vidrios y de allí se vertían en recipientes de todo tipo que aportaban los pacientes. Estos medicamentos se preparaban en la farmacia del Ministerio de Salud, en San José. El médico prescribía tres, seis u ocho onzas de la fórmula A, B o C, para la tos, para la gastritis o para los áscaris. En esas condiciones los médicos trabajábamos y afrontábamos los problemas de salud que se presentaran. Había que “apechugar” con todo; los servicios de emergencias de las poblaciones más allá del Valle Central estaban alejados, las ambulancias eran escasas y los caminos deteriorados, a veces intransitables.

Los recursos de las Unidades Sanitarias y de los pequeños hospitales –como el de San Ramón y el de San Carlos-, para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades eran escasos y limitados. En esos años había que afinar de manera particular los métodos del interrogatorio, la observación, la percusión y la palpación para elaborar el diagnóstico. Estas técnicas las habíamos aprendido con detalle en las Escuelas de Medicina. A todos los pacientes se le hacía una historia clínica dirigida y se le examinaba en la camilla con esmero. Tampoco había mucho tiempo, de 10 a 15 minutos como en la actualidad. En la Unidad Sanitaria se atendían todos los pacientes que llegaran y no había horas extra. La enfermera colaboraba en la atención prenatal y en otras consultas preventivas. La relación médico-paciente era de confianza y de gratitud de parte de los pacientes; con frecuencia retribuían al médico con productos de su pequeña granja -huevos, frutas o con un pollo vivo-.

Para ingresar al Hospital Nacional de Niños, a la residencia de pediatría, tuve una entrevista con el Director, el Dr. Carlos Sáenz Herrera, quien me indicó que podía ingresar al día siguiente; no lo hice, aún me faltaban dos semanas para concluir el servicio social; me reservó el ingreso. Allí encontré un grupo de médicos pediatras muy selecto, quienes fueron mis profesores. De nuevo, aprendí la importancia de la historia clínica y del examen físico minucioso del paciente para alcanzar un diagnóstico. Los exámenes de laboratorio eran muy selectivos, al igual que las radiografías y otros medios. Uno de los grandes pediatras de entonces, nos hacía oler los pañales con heces, para afinar el diagnóstico diferencial entre una diarrea bacteriana y la de origen viral. Eran otros tiempos.

F. El Sistema Nacional de Salud (SNS)

Se define el Sistema Nacional de Salud (SNS) como “el conjunto de instituciones, servicios y programas orientados a lograr la salud y bienestar para todos en forma racional, coherente e interactuante” (N. Ayala y col. 1998). El SNS es una extensa red de instituciones, servicios y de la comunidad, representada por diversas organizaciones, las familias y cada uno de los habitantes del país, que deben asumir su propia responsabilidad adoptando estilos de vida saludables y el autocuidado. Los siguientes organismos constituyen e integran el SNS (N. Ayala y col. 1998):

- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Nacional de Seguros (INS)
- Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
- Universidades
- Municipalidades (81)
- Servicios médicos privados y farmacias comunitarias
- La comunidad

Ministerio de Salud es el ente rector del SNS; le corresponde la definición de la política nacional de salud, establecer normas, conducir la planificación y la coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme con la ley.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): es la institución, creada para la atención directa de las personas y para aplicar el seguro de salud de los residentes en el país, según las disposiciones legales vigentes; brinda los servicios de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación. Colabora con el Ministerio de Salud en acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Instituto Nacional de Seguros (INS): coadyuva a reducir en forma amplia y socialmente beneficiosa la incertidumbre económica que, individual y colectivamente, enfrenta la población. Le corresponde promover la prevención

y otorgar a los lesionados en el ámbito laboral y de tránsito, los servicios médicos de emergencias, hospitalarios y de rehabilitación en forma integral.

Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (AyA): se encarga de manejar y resolver todo lo relativo al suministro de agua potable para usos domiciliario, industrial y de cualquier otra naturaleza, a todos los habitantes de la república; disponer lo relativo a aguas negras y pluviales en el país, asesorar a otros organismos del Estado e instituciones públicas y privadas en lo relativo al abastecimiento de agua potable y a la disposición sanitaria de las aguas negras.

Universidades: son las instituciones docentes superiores que tienen por misión, entre otras, formar y capacitar a los profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas para las instituciones y establecimientos que conforman el SNS y responder a las necesidades de formación de profesionales en el país.

Servicios médicos privados, cooperativas y farmacias comunitarias: son los servicios de salud de atención directa que se brindan en hospitales, clínicas y consultorios privados, cooperativas, empresas de autogestión y las farmacias comunitarias con el fin de promocionar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud.

Municipalidades: son los gobiernos locales, a los que corresponde la administración de servicios e intereses de la comunidad en su área de atracción, que promueven el desarrollo integral de los cantones en armonía con el desarrollo nacional. Funciones básicas de los municipios, desde hace años, son la recolección y disposición de los desechos sólidos, el ornato de las ciudades, el cuidado de los parques y áreas de recreación y los planes reguladores para el uso de la tierra y las construcciones.

Comunidad: como parte integral del SNS, participa por medio de muy diversos grupos organizados en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos, control de su uso y en especial, en la adopción de estilos de vida saludable y el autocuidado de la salud.

G. Las farmacias privadas y comunitarias

Por su importancia en la atención de salud a la población se hace aquí una breve reseña de sus funciones. Las farmacias privadas comunitarias cumplen diversas funciones, importantes para la prevención y la recuperación de la salud; además, los farmacéuticos utilizan buena parte de su tiempo en consultas a los usuarios, principalmente orientándoles para el mejor uso de los medicamentos, sus contraindicaciones y de sus posibles efectos secundarios.

Por ley, cada farmacia debe disponer de un Regente Profesional, durante el tiempo que esté abierta al público, quien asume la dirección técnica y la responsabilidad administrativa del establecimiento. Para el funcionamiento de una farmacia privada comunitaria se debe cumplir una complicada normativa,

incluida en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos Privados, el Manual de Normas para la Habilitación de Farmacias y el Reglamento de Control de Drogas, Estupefacientes y Psicotrópicos. Hay más requisitos.

Para el 2009 operaban en Costa Rica 870 farmacias privadas; 65% de ellas ubicadas en la gran Área Metropolitana (Jiménez Díaz y col, 2012). En este estudio efectuado en una muestra de 90 farmacias, se determinó que cumplían las siguientes funciones:

- Despacho de medicamentos, con o sin receta médica.
- Despacho de sicotrópicos y estupefacientes (siempre con receta médica).
- Despacho y aplicación de vacunas (estas deben cumplir las normas de conservación del Ministerio de Salud).
- Consulta farmacéutica (la mayoría de estas consultas tienen una duración entre 3 y 15 minutos).
- Toma de presión arterial (gratuita y muy solicitada por el público).
- Información impresa para la promoción y educación de la salud.
- Aplicación de medicamentos inyectables.
- Medición de glicemia (alrededor del 15% de ellas).
- Referencias a servicios médicos ante ciertos problemas de salud.
- Venta de cosméticos, colorantes de cabello y gran variedad de artículos de embellecimiento y de higiene personal.

Para el 2012 el número de farmacias comunitarias fue de alrededor de un millar, cifra semejante a la de los EBAIS; un promedio de 4,700 personas por cada una de ellas.

I. TRANSFORMACIONES: DEMOGRÁFICAS, TECNOLÓGICAS, DE LAS ENFERMEDADES, DEL CONCEPTO DE SALUD Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Como se anotó al inicio de este trabajo, durante el siglo XX se dieron transformaciones profundas en todas direcciones, principalmente a partir de los 50; algunas a gran velocidad, que impactan todas las esferas del ser humano y que repercuten en la salud. En este capítulo se analizarán algunas de ellas, las que tienen mayor influencia en las personas, en las instituciones de salud y en la orientación del quehacer del personal de salud, principalmente la del médico. Al inicio del siglo XXI nos encontramos ante un nuevo paradigma, el de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de grandes proporciones, como los huracanes del Caribe, que se debe comprender y actuar de manera sensata, organizada y reflexiva para no ser aniquilados.

A. Cambios demográficos

En 1900, Costa Rica tenía una población de alrededor de 300,000 personas; en el año 2000 cerca de 4 millones; en el 2015, 4.7 millones (INEC). En 1956 nació en Cartago el "niño millón", el que todo el país conoció porque había gran entusiasmo por haber alcanzado esa cifra en particular. En 1975, 19 años más tarde, se llega al segundo millón, casi nadie lo recuerda; el tercer millón de habitantes se produce en 1990, 15 años después y, el cuarto millón en el 2001, con un intervalo de 11 años. De seguir este ritmo de crecimiento poblacional para el 2100, Costa Rica tendría 60 millones de habitantes (L. Rosero). Para preocuparse.

En este crecimiento explosivo de la población concurren tres factores: una *tasa de natalidad muy elevada*, que se mantiene hasta 1961, en que las parejas empiezan la utilización de anticonceptivos; la *reducción de la mortalidad*, debida principalmente al control de las enfermedades infecciosas y, a la *inmigración masiva* de las últimas dos décadas del siglo (L. Rosero).

La reducción del impacto debido las enfermedades infecciosas y la desnutrición infantil asociada, se manifiesta principalmente, en dos indicadores: la mortalidad infantil y la esperanza de vida. La primera estaba en 95/mil nacidos vivos en 1950, se reduce 67.8/mil en 1970 y 9.8/mil en el 2000.

Para 1900 la *esperanza de vida* en Costa Rica era de 35 años y de 42 años en 1930; gracias al DDT, los antibióticos y las sulfas introducidas en la década de los cuarenta, al final de esta, la esperanza de vida fue de 55 años; en 1990 fue de 76.9 y para el 2002 de 78.5 (L. Rosero). Las perspectivas de mayores incrementos son escasas, como puede observarse en países altamente desarrollados, a no ser que ocurran, por ejemplo, descubrimientos que retarden el envejecimiento celular.

El ritmo de crecimiento de la población observado en las últimas décadas del pasado siglo, se detiene bruscamente al alcanzar la fecundidad el número mágico de *2.1 hijos por mujer*, que es considerado la tasa de fecundidad de reemplazo; esto se alcanzó en el 2002.

Si se mantiene esa tasa de crecimiento a finales del siglo XXI la población de Costa Rica estaría entre 6 y 7 millones y no de 60 millones, con el ritmo acelerado de hace tres décadas. Incluso, si la fecundidad se reduce a niveles de 1.6 nacimientos como en países europeos actualmente, la proyección de la población podría ser aún menor (L. Rosero).

El otro factor determinante del crecimiento de la población está relacionado con las inmigraciones. Las observaciones de la primera década del siglo XXI es que la inmigración de nicaragüenses ha disminuido sensiblemente y la proyección para el 2025 es que llegue a ser nula. Una hipótesis bastante aceptable, es que el saldo de inmigrantes de diversas nacionalidades se mantenga alrededor de 20.000 por año a lo largo del siglo, lo que podría incrementar la población moderadamente sobre los 6 millones (L. Rosero).

Los cambios demográficos repercuten en la estructura de la población a mediano y a largo plazo. En 1970, la población mayor de 60 años ocupaba el 5.7% del total y había 100,000 adultos mayores de esa edad. En el 2000, los mayores de 60 son el 7.6%, lo que representa una población de 300,000 personas. Sin embargo, la situación del envejecimiento se acelera rápidamente a partir de esta primera década, de tal forma que para el 2020 se estima que sobrepasan los 700.000 -13.4%- y la proyección para el 2030 -a la vuelta de la esquina- esta población supere el millón de personas, 18.5% (O. Ramírez); para preocuparse.

Los cambios demográficos tienen un efecto decisivo en la estructura de la morbilidad y de la mortalidad de la población y, un impacto extraordinario en el quehacer de los médicos y de los servicios de salud.

B. Transformaciones tecnológicas

A principios del siglo XX la medicina occidental había avanzado en los métodos para diagnóstico clínico: la observación, la percusión y la auscultación; estas fueron las herramientas que se perfeccionaron en diversos centros de enseñanza de Europa y de Norteamérica a lo largo de dos siglos. Además, se conocía el origen de numerosas enfermedades infecciosas mediante las técnicas de laboratorio, pero se carecía de medios para su tratamiento.

Las herramientas terapéuticas de los médicos consistían en indicaciones dietéticas muy detalladas -a veces absurdas- sangrías, purgantes, la medicina natural, con el uso de numerosas plantas medicinales, además de algunas pocas sustancias químicas. La cirugía había avanzado significativamente con nuevas técnicas quirúrgicas, el uso de la anestesia y las medidas estrictas de asepsia.

El *salvarsán*, un producto basado en el arsénico, es el primer medicamento efectivo para la sífilis, descubierto por Paul Ehrlich en 1909. En esa época la sífilis era una enfermedad frecuente y devastadora en Europa y otros países. En la década de los 20 se descubre la *sulfamida*, útil para el tratamiento de estreptococias, incluso la meningitis y Alexander Fleming descubre la *penicilina*, aunque esta no se generalizó en su uso hasta los años 40, durante la segunda guerra mundial. Por esta época también se descubre la *estreptomycinina*, útil para la tuberculosis, otra enfermedad infecciosa frecuente y con gran impacto en la población.

A partir de los 50 hay un verdadero salto cualitativo y cuantitativo en la oferta de los medios de diagnóstico y tratamiento y, proliferan las especialidades médicas y quirúrgicas. Las tecnologías impregnan todos los campos del quehacer del médico. Como ejemplo de esos avances se pueden citar los siguientes:

- Se dispone de antibióticos y antimicrobianos para casi todas las infecciones, así como de antiparasitarios.
- Se descubren una gran variedad de vacunas contra enfermedades bacterianas y virales.
- Se dispone de medicamentos para controlar y atenuar casi todas las enfermedades de origen físico y mental, entre ellos la quimioterapia, la radioterapia y los antidepresivos.
- Se descubren las vitaminas, las hormonas y los anticonceptivos.
- Se descubren los métodos de hidratación parenteral, por vía oral, la alimentación parenteral, transfusiones de sangre, de plasma y sus derivados.
- Se descubren nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes: el TAC (tomografía axial computarizada), angiografías por sustracción digital, resonancia magnética nuclear, ultrasonido, mamografía, densitometría ósea.
- Uso de sondas y aparatos para explorar cavidades: endoscopías, gastroscopía, colonoscopia, uroscopía.
- Captación de ondas eléctricas de algunos órganos: electrocardiograma, encefalograma, miograma.
- Exámenes de laboratorio muy diversos para identificar bacterias, virus, hongos, parásitos, análisis de orina, sangre, plasma, líquido cefalorraquídeo, saliva, ADN y otros.
- En cirugía se dispone de numerosas nuevas técnicas: trasplante de órganos, cirugías a corazón abierto, cirugía con láser, reposición de caderas, la microcirugía, cirugía endoscópica y otras.

- Los avances en la genética a partir del descubrimiento del modelo del ADN, y en particular después de descifrar el genoma humano en el año 2001.
- La neurociencia ha avanzado en el descubrimiento de diversas funciones de la mente, el mecanismo de almacenamiento de la memoria, las funciones del sueño, las emociones, las inteligencias múltiples y el proceso del aprendizaje, entre otras.
- Se conoce mejor el proceso de envejecimiento, la importancia del ejercicio físico, la alimentación saludable y del cuidado del cerebro; los efectos negativos de la comida chatarra, de las grasas trans y del sedentarismo, así como las ventajas para la salud al adoptar un estilo de vida saludable.

Con estas herramientas para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la medicina alopática practicada en Occidente avanza extraordinariamente y tiene enormes éxitos. Sin embargo, todo ese instrumental está circunscrito principalmente a lo que se ha llamado la biomedicina. Además, buena parte de estos avances tecnológicos se quedan en los hospitales, principalmente los del tercer nivel, los especializados y los regionales, que a su vez, disparan los costos de la atención.

C. Cambios en la mortalidad y la morbilidad

Para 1930 las enfermedades infecciosas –diarreas, malaria, tuberculosis, respiratorias agudas, parasitosis intestinal y las prevenibles por vacunación- ocupaban el 70% de las muertes; en 1950 algo más del 50%; para 1980, sólo representan el 6% de las defunciones; para el 2012 no alcanza el 2% (Instituto Nacional de Estadísticas, INEC). Este cambio se debe a la adopción de medidas de higiene y de salud pública –higiene personal, agua potable, disposición sanitaria de excretas, higiene de los alimentos y otras-, al uso progresivo de los antibióticos y antimicrobianos y, los programas de vacunación para los infantes, escolares, adultos y mujeres embarazadas –la antitetánica-.

Al inicio del siglo XXI predominan las defunciones de origen cardiovascular con un 29%, seguida de los tumores con 21%; otras enfermedades crónicas -encabezada por la diabetes- representan el 20%; las patologías de origen social que incluyen suicidios, homicidios y accidentes alcanzan el 12%. Un residuo del 18% lo constituye el resto de las enfermedades (INEC).

En cuanto a la morbilidad observada en los EBAIS, ocupan los primeros lugares la hipertensión, la diabetes e hiperlipidemias lo que se conoce en su conjunto como el síndrome metabólico. En algunas épocas del año predominan las diarreas agudas; en otras, las infecciones respiratorias agudas, casi siempre virales y principalmente ocurren en la población menor de 10 años.

Aunque no se refleja en las estadísticas de morbilidad, buena parte de las personas adultas que acuden a los EBAIS, clínicas, hospitales y servicios de

urgencias, están con sobrepeso o son personas obesas. Los médicos refieren que muchos de sus pacientes consultan por síntomas como ansiedad, depresión, insomnio, síntomas digestivos –estreñimiento, gastritis, colitis, úlceras-, dolores de espalda, disfunción eréctil, osteoporosis y otros similares; además de los efectos conocidos del síndrome metabólico –diabetes, hipertensión, hiperlipidemias y la resistencia a la insulina-. Muchas de estas personas son policonsultantes por los problemas antes señalados.

Si se analiza con cuidado el panorama de lo que las personas adultas y adultos mayores perciben como enfermedad y acude a las consultas médicas, se relaciona con los síntomas de tres grandes síndromes: el *estrés*, el *sedentarismo* y la *obesidad* y existe una estrecha relación entre ellos. Seguidamente se analiza cada uno de estas condiciones y sus manifestaciones clínicas:

Estrés

Prevalencia: se estima que al menos dos tercios de la población adulta de Costa Rica, presenta algún grado de *estrés que le produce perturbaciones*.

Efectos del estrés en la salud

- Gastritis/colitis/úlcera gástrica y duodenal
- Adicciones: comida/tabaco/alcohol/medicamentos/ drogas ilícitas sexo/compras compulsivas/juegos
- Depresión del sistema inmune: aumento de las infecciones de todo tipo
- Depresión/ansiedad/falta de concentración/pérdida de autoestima
- Tendencia a la violencia
- Tendencia al suicidio
- Alteraciones emocionales, con predominio de las negativas: pesimismo, ansiedad, desesperación, inquietud, nerviosismo, pánico, enojo, negligencia, descuido, abandono y celos acentuados, entre otras
- Problemas de relaciones personales: familia/amigos/compañeros de trabajo
- Insomnio

Sedentarismo

Prevalencia: 50% de la población adulta son sedentarios; 25% hace algún tipo de ejercicio, insuficiente para sus necesidades fisiológicas y sólo el 25% hace algún deporte u otro tipo de ejercicio para estar en forma; principalmente antes de los 30 años de edad.

Efectos del sedentarismo en la salud

- Sobrepeso y obesidad
- Factor de riesgo de la hipertensión y la diabetes
- Hiperglicidemia/hipercolesterolemia

- Osteoporosis/tendencia a fracturas en especial de las caderas
- Propensión a desgarros musculares
- Hipotrofia muscular/metabolismo lento
- Dolores de espalda
- Depresión/ansiedad
- Astenia/cansancio físico/cansancio mental

Obesidad y sobrepeso

Prevalencia: mujeres de 20-44 años, 70%; mujeres 45-64 años, 77%; hombres, de 20 a 64 años, 62%; niños de 5-12 años, 21%; adolescentes, 21%. (Encuesta Nacional de Nutrición, 2009).

Efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud

- Síndrome metabólico: hiperglicidemias/diabetes/resistencia a la insulina/hipertensión
- Incontinencia urinaria
- Disfunción eréctil
- Reflujo gastroesofágico
- Osteoporosis
- Artritis y otros problemas osteoarticulares de extremidades inferiores y de caderas
- Apnea obstructiva del sueño
- Insomnio
- Apnea, asma bronquial
- Desórdenes menstruales
- Infertilidad.
- Depresión/pérdida de autoestima
- Alteraciones emocionales, casi siempre negativas, semejante a las producidas por el estrés
- Problemas de relaciones personales: familia/amigos/compañeros de trabajo

Una proporción elevada de la población adulta y adulta mayor está con estrés, es sedentaria y tiene sobrepeso u obesidad y sus síntomas; algunos de ellos son semejantes y se potencializan en cada persona, lo cual provoca consecuencias devastadoras para la salud física, mental y social.

En los EBAIS y en el segundo nivel, se atienden a los "heridos leves", es decir, los síntomas de esta pandemia nacional y los médicos tratan tales síntomas con diversos medicamentos. En los servicios de emergencia y en el tercer nivel se atienden a los "heridos graves", es decir, infartos de miocardio, derrames cerebrales, trombosis y complicaciones de la diabetes. Muchos de ellos fallecen y engrosan las listas de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y por la diabetes, que ocasionan la mayoría de las muertes en el país, como se analizó.

Las acciones médicas para el manejo de la obesidad, el sedentarismo y el estrés están desenfocadas, con escasos resultados, atendiendo únicamente los síntomas en los EBAIS y los problemas graves en los servicios de emergencias y los hospitales. Este enfoque, produce enormes gastos financieros en la Caja y para quienes acuden a los servicios privados.

La solución no está en la prescripción ilimitada de medicamentos para el tratamiento sintomático de tales dolencias. Se necesitan acciones diferentes en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, que trasciende los servicios de atención médica. La alimentación sana y el ejercicio físico es un proceso que dura toda la vida y debe promoverse desde los servicios de salud y los consultorios médicos (ver anexo I). La medicina moderna que se practica en el país no implementa las acciones de prevención y promoción que corresponden a la solución de los problemas señalados.

D. Cambios en el concepto de salud

A partir de los años 50, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos relacionados han propuesto e impulsado transformaciones en el concepto de la salud y la enfermedad, así como cambios en el modelo de la atención de salud y del quehacer del médico. En la práctica, se identifican dos modelos que se contraponen y están enfrentados desde hace décadas: el *modelo biomédico* y el *modelo de la medicina integrativa*. Actualmente predomina el modelo biomédico, aunque el segundo penetra con fortaleza ante las restricciones y fracasos del primero mencionado.

Evolución del modelo biomédico

En el Renacimiento irrumpe la llamada *teoría celular* de la enfermedad: la célula es la unidad fundamental donde reside la vida y su perturbación provoca la enfermedad, extendiéndose a los órganos y a los sistemas. El *concepto clínico* aparece más tarde con el desarrollo de la *propeodéptica*, que es la descripción minuciosa de los más variados signos y síntomas para identificar una determinada enfermedad. El concepto clínico tiene un sustrato en la lesión de un órgano o de un sistema del cuerpo humano y de aquí surge la *anatomía patológica*.

Con el desarrollo del concepto clínico y de la anatomía patológica en la segunda mitad del siglo XX, se fomenta a la vez, las especialidades médicas y quirúrgicas, con el propósito de elaborar el diagnóstico más preciso y prescribir los tratamientos específicos; es lo que se ha denominado el "concepto biomédico" de la medicina. Esta es la vertiente "dura" que se adopta y se generaliza en la cultura médica occidental y que prevalece en la enseñanza de las Escuelas de Medicina, desde principios del siglo pasado -el modelo Flexeriano- y que continúa hasta nuestros días.

El *modelo biomédico* se puede sintetizar de la siguiente forma: la enfermedad tiene un sustrato orgánico y la función del médico es diagnosticarla, para lo cual se desarrollan nuevas técnicas de laboratorio, el ultrasonido, todo el

aparataje de las imágenes y de otras muchas técnicas. Una vez que se posee con bastante certeza el tipo de enfermedad, se procede a los diversos tratamientos con la terapia medicamentosa o quirúrgica, según corresponda a la enfermedad identificada. Los hospitales en la actualidad están sobresaturados de aparatos de todo tipo, como medios para el diagnóstico de las enfermedades y de sofisticados instrumentos y procedimientos para los tratamientos médicos y quirúrgicos. Un ejemplo de ello son las unidades de cuidados intensivos.

Para el manejo de este arsenal, se requiere de numerosos expertos en diversos campos y un enorme número de variados especialistas. En este ambiente y con ese marco conceptual se forman los futuros médicos. A la vez, es un proceso continuado de encarecimiento de la medicina que a la larga se torna insostenible. El *modelo biomédico* está apoyado fuertemente por la gran industria farmacéutica en el mundo.

Hoy en día, el modelo biomédico es más que un modelo. En la profesión médica adquirió el estatus de dogma y para el gran público está vinculado al sistema común de creencias culturales. Las deficiencias en términos de costos, eficacia y satisfacción de las necesidades de los usuarios, son cada vez más notorias (O. Rojas). La adopción de un *modelo ampliado o integrativo* de la salud, en la teoría y en la práctica, requerirá un cambio conceptual en las ciencias médicas y también una reeducación masiva de la población.

Nuevos conceptos de la salud

Estar sano tiene significados diferentes para diversas personas y en diferentes culturas. Se podría definir en términos amplios como la capacidad del organismo de mantener un equilibrio de sus funciones –físicas, mentales y sociales-, mantenerse libre de malestar, dolor, incapacidad o limitaciones para las actividades cotidianas.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948). En esta definición, así de sencilla, hace referencia por primera vez al componente social e introduce un nuevo concepto: “no sólo la ausencia de enfermedad”. A lo largo de décadas la definición ha recibido diversas críticas, pero es aceptada por la mayoría de los expertos de este campo, con las salvedades correspondientes. En los últimos años los estudiosos del tema introducen la dimensión espiritual (H. Koenig, L. Culliford). Se puede conceptualizar la salud, entonces, en cuatro dimensiones: *salud física, mental, social y espiritual*.

En 1974, el Informe Lalonde (ministro de salud del Canadá) estableció las coordenadas del “campo de la salud” –los determinantes -: *estilos de vida, medio ambiente (físico y social), la biología humana* y los *servicios de salud*. Estableció que el principal instrumento para la intervención sanitaria era la “promoción de la salud”, además de privilegiar lo preventivo de lo curativo (M. Lalonde, 1974).

En 1978, Conferencia de Alma Ata, convocada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); se establece el eslogan "Salud para todos en el año 2000" y el concepto de "Atención Primaria de Salud". Reafirma la importancia de la participación social; el derecho a la salud es responsabilidad de los gobiernos; desarrollar las acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación; de la participación de otros sectores para obtener la salud y, la importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo (OMS, 1978).

En 1986, Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá) patrocinada por la OMS; asisten 112 delegados de 38 países; sus recomendaciones se conocen como "La Carta de Ottawa". Define cinco puntos medulares para la promoción de la salud: a) construir estrategias públicas saludables; b) conformar entornos saludables (ambiente); c) la participación social; d) capacitación de las personas para el autocuidado -estilos de vida- y el fomento de la ayuda mutua; y, e) reorientar los servicios de salud hacia la comunidad. La promoción de la salud "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OMS, 1986).

Después de esta Conferencia se han desarrollado un buen número de ellas en diversas partes del mundo, auspiciadas por la OMS y por otros organismos internacionales, enfatizando la importancia de la *promoción de la salud* y los cinco puntos medulares señalados anteriormente.

En el 2005, la Consulta Regional de Montevideo, auspiciada por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), en donde asisten delegados de todos los países del continente. Uno de los problemas encontrados es que la Atención Primaria de la Salud (APS) en los países en desarrollo, es sobre todo "selectiva", o sea, concentra las acciones en pocas intervenciones o en áreas geográficas específicas y casi siempre con financiamiento externo. Otras conclusiones de esta Consulta: *la Renovación de la APS debe ser parte integral del sistema de salud; la esencia de la APS Renovada sigue siendo la misma de la señalada en la declaración de Alma Ata* (OPS, 2007).

En el 2008, "La Atención Primaria de Salud más Necesaria que Nunca", es el título del Informe sobre Salud en el Mundo presentado en la Reunión general de la OMS en octubre del 2008, en Almaty (Alma Ata), con motivo de la celebración del 30 aniversario de la Conferencia sobre APS en esa ciudad (OMS, 2008).

El Informe señala: *"las inequidades en las que se refiere los resultados sanitarios son ahora mayores que en 1978". "Frecuentemente la atención de salud se presta según un modelo centrado en enfermedades, alta tecnología y atención especializada y la salud se considera un producto de intervenciones biomédicas. Seguir haciendo lo que hasta ahora se hace no es una opción viable para los sistemas de salud"*.

Obstáculos

Las grandes esperanzas de Alma Ata, Ottawa, los diversos acuerdos y las buenas intenciones de múltiples reuniones internacionales, auspiciadas por la OMS y por otros organismos, fueron incumplidos. Hay una creciente mercantilización de la enfermedad y los costes son cada día mayores. El *modelo biomédico* predominante es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales (no colectivos), de una maquinaria biológica (mecanicista), que se puede reparar (curación), de manera fragmentaria –órganos o sistemas-, (reduccionista) (C. Ponte).

El modelo biomédico margina la prevención, la promoción y la salud pública; se piensa en la enfermedad antes que en la persona, en los síntomas, antes que en las causas, en las enfermedades de órganos antes que en el todo. Ignora la dimensión mental, social y espiritual de la salud y transfiere todo el protagonismo a las élites profesionales y a la alta tecnología. Esta es la cruda realidad, que impregna la formación médica, las organizaciones gremiales, la práctica de la medicina y las creencias culturales de la población (C. Ponte).

Producción social de la salud

Otro concepto que se desarrolló con fortaleza a partir de la década de los 70 es el de la *producción social de la salud*. La salud no depende exclusivamente de las acciones de las instituciones vinculadas a la salud, sino que es el resultado del desarrollo armónico de la sociedad.

Se entiende como el “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población” (M. de Salud C. R., 2007). Se define como actor social a todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre la salud, sea este positivo o negativo. De aquí la importancia que se le otorga a la participación comunitaria en la Atención Primaria de la Salud. La producción social de la salud son todas aquellas acciones de los actores sociales que actúan sobre los *determinantes* –ambiente físico y social, estilos de vida, economía familiar- de forma positiva.

Por el contrario, si las acciones son negativas, entonces se está ante la *producción social de la enfermedad*; esto último ocurre con gran intensidad en nuestros tiempos, provocando pandemias de gran magnitud, como la del sobrepeso y la obesidad.

El concepto de la *producción social de la salud* no es nuevo; desde la primera mitad del siglo XIX, en Francia (Villermé) y en Inglaterra (Chadwick) se desarrollaron varios estudios poblacionales que documentaron de forma definitiva la asociación de la mortalidad y la morbilidad al gradiente social, es decir, a las condiciones de vida de las diferentes clases y grupos sociales; dichos resultados propiciaron políticas de manejo social y ambiental, dirigidas a enfrentar el círculo vicioso de la pobreza-enfermedad, con éxitos bastante

notables (Carvalho y Marchiori, 2008). Desde entonces se maneja este concepto, sólo que en las últimas décadas toma auge y se le considera un gran soporte para la mejora de la salud de la población.

Estilos de vida saludable

Son todas aquellas decisiones y conductas que adopta cada persona para prevenir enfermedades y conservar su salud. *“Es el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce buen grado de control”* (M. Lalonde, 1974). Estas conductas pueden ser decisiones inmediatas como abrocharse el cinturón o cepillarse los dientes, o decisiones, que van a influir en su salud a mediano y a largo plazo, como una alimentación sana o el ejercicio físico cotidiano.

Un estilo de vida sano incluye: la alimentación saludable, el ejercicio físico, cero tabacos, la higiene corporal, dormir 7-8 horas cada día, fortalecer las funciones de la mente, una buena dosis de amor y tolerancia consigo mismo, con los demás y con la naturaleza y el buen uso del ocio y del tiempo libre (ver Anexo I).

Aunque este concepto -estilo de vida saludable- se definió desde 1974 en el Informe Lalonde, como una de las coordenadas y determinantes para que la población sea más sana, es poco lo que se ha avanzado en estos 40 años; tiene escasa o nula relevancia la promoción de un estilo de vida saludable en el modelo biomédico.

Las funciones de la medicina y de los médicos

Henry E. Sigerist, médico suizo, el gran historiador de la medicina, radicado en Norteamérica en la década de los 30, en 1945, rescatando las ideas de sus precursores, propuso las cuatro grandes funciones de la medicina, en el siguiente orden de importancia:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Restablecimiento de los enfermos (curación)
- Rehabilitación

A estas cuatro funciones hay que agregar el alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y, el apoyo para una muerte tranquila y con dignidad.

Sigerist, por primera vez introduce el término de **“promoción de la salud”**, el que toma importancia de manera sucesiva hasta culminar en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá (1986): la Carta de Ottawa. La promoción de la salud se promueve *“proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”* (H. Sigerist). En apartado anterior se anotaron los alcances de la promoción de la salud.

La *prevención de la enfermedad*, por su parte, consiste en aplicar estrategias y procedimientos para atenuar o eliminar los riesgos de una enfermedad; **es toda medida que permita reducir la probabilidad de enfermar o interrumpir la progresión de la enfermedad.**

La prevención de la enfermedad es un concepto que se adopta, en grupos de población desde hace siglos; se observa desde tiempos remotos en el antiguo pueblo hebreo en los relatos de la Biblia, en que se recomienda una larga lista de preceptos preventivos: la inspección de las carnes, la cuarentena, la esterilización por el fuego y el aislamiento de los leprosos, entre otros.

A partir del siglo XIX cuando se comienzan a identificar las causas de las enfermedades transmisibles, la *prevención* toma cada vez más importancia. Actualmente se conoce que la mayoría de las enfermedades son prevenibles, si se aplica el conocimiento y las técnicas disponibles y se adopta un estilo de vida sano.

Las acciones de *prevención* pueden ejecutarse en cuatro ámbitos (W. Vargas, 2010):

- **Desde la perspectiva personal:** estilos de vida saludable, que depende del conocimiento y las conductas que adopte cada persona (ya se mencionó anteriormente las principales acciones de esta conducta, ver Anexo I).
- **Desde los programas de salud pública:** por ejemplo, el control sanitario de alimentos, el agua potable, control de enfermedades por vectores -dengue, paludismo, fiebre amarilla-, control de zoonosis -rabia, tuberculosis bovina-, manejo de los desechos sólidos y rellenos sanitarios, prevención de accidentes de tránsito y del trabajo, del consumo de cigarrillos, entre otros.
- **Desde los grupos de ayuda mutua y las redes sociales:** por ejemplo, los grupos de alcohólicos anónimos, grupos de mujeres maltratadas, de adolescentes, de adultos mayores, de personas con enfermedades crónicas específicas y otros muchos.
- **Desde los servicios de salud y la atención médica –pública y privada-.** En este ámbito se identifican tres categorías o niveles:
 - a) **Prevención primaria:** son aquellas acciones que se ejecutan para *evitar la enfermedad*; por ejemplo, las vacunas y el lavado de manos del personal de salud en los hospitales.
 - b) **Prevención secundaria:** son las acciones que se aplican para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno: los “tamizajes”, entre ellos están: el análisis de esputo para detectar tuberculosis, de glicemia, prueba del PAP, prueba del talón en los recién nacidos; control de crecimiento y desarrollo de los niños; el

control prenatal; la toma de presión arterial en toda consulta médica; el manejo correcto del enfermo crónico: por ejemplo, del paciente diabético y del hipertenso, para prevenir complicaciones.

c) Prevención terciaria: son todas las acciones de rehabilitación física, mental y social; puede realizarse en los EBAIS, en el segundo nivel y en los hospitales.

El *restablecimiento de los enfermos* –diagnóstico y tratamiento- y la *rehabilitación*, se explican por sí mismos.

E. Cambios en la relación médico-paciente

Estos cambios son especialmente significativos y pareciera que son profundos y de enorme relevancia para el ejercicio moderno de la medicina. No es un hecho particular de Costa Rica; tiene repercusiones en todos los países. La percepción de los médicos en una investigación que se llevó a cabo en Chile en el 2005, mediante la técnica de “grupos focales” y publicados en la Revista Médica de Chile (M. L. Bascuñán, ver referencia), son muy reveladores. Por su alcance se transcriben a continuación algunos de sus resultados:

Tecnificación y especialización de la medicina:

Según la percepción de los médicos, la tecnificación y especialización médica han provocado en gran parte su deshumanización. También contribuye al *«desmembramiento del paciente en órganos y a la pérdida de la visión de conjunto»*. En este sentido el *«adelanto tecnológico desvirtúa la vocación médica»*. Así mismo la *«burocratización de la medicina se refleja en una progresiva despersonalización de la relación»*. *«No hay tiempo para crear un lazo afectivo con el paciente»*.

Los estándares internacionales, la medicina basada en la evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y habilidades clínicas del médico. *«Todo está programado; el número de pacientes, el tiempo para cada uno, lo que debe hacerse en cada caso»*. El médico se ha ido transformado en *«un funcionario que debe aplicar estos estándares y satisfacer las demandas de un cliente»*.

Judicialización de la medicina:

La creciente introducción del derecho en medicina interferiría en la tradicional relación uno a uno pues *«el paciente está respaldado por otros (actores sociales)»*. *«La sociedad y los pacientes están mucho más exigentes en reclamar responsabilidad legal a los médicos»* generando un tipo de medicina defensiva. Los médicos *«deben cubrirse las espaldas»*. *«Empieza la medicina por el miedo, miedo de que todo lo del paciente caiga encima»*.

Cambios sociales y características de los usuarios:

- **Explosión y masificación del conocimiento:** los pacientes están más informados *«obtienen datos en Internet o en la prensa no especializada, lo que hace que incluso en muchas oportunidades cuenten con información mayor o más actualizada que las de los médicos»*. También *«la tecnología ha llegado a conocimiento del paciente por lo tanto el paciente llega pidiendo exámenes»*. *«El mayor conocimiento aunque sea superficial... les da más seguridad a los pacientes»* y cambia el tipo de relación que se establece.
- **Pérdida de respeto y deferencia:** existe una sensación de nostalgia *«del reconocimiento y respeto de la sociedad y los pacientes»*. *«La relación médico-paciente se ha aplanado y se cuestiona lo que el médico hace, se pierde el respeto de los pacientes»*. La mayor *«ingratitude y agresividad de la gente hace que sea otra cosa»*. *«Eso del -gracias Dr. usted me ayudó- es lo que satisface y hoy no es así, se debe hacer lo que tiene que hacer y pobre si no lo hace»*.
- **Redefinición de expectativa:** se percibe *«un cambio fundamental y masivo en el nivel de exigencia y expectativas del paciente y la sociedad»*. *«Se cae en el juego de responder a las expectativas... y uno pide y pide exámenes, este es un globo que tiene que reventar»*. La medicina se encarece pero *«si no se hacen todos esos exámenes la gente está insatisfecha»*. Muchas expectativas son poco realistas. Los avances en medicina no pueden evitar acontecimientos naturales de la vida como el envejecimiento, el sufrimiento y la muerte. *«El público ha cambiado y siente derecho a exigir a estar sano... nos exigen que no se mueran»*. Por un lado *«ya no somos dioses, pero sí somos dioses porque no podemos equivocarnos ni fallar»*.

Los cambios descritos son asociados a un clima de creciente desconfianza, generando un importante impacto en el nivel de satisfacción del médico.

El problema es la *«desconfianza... se supone que todo lo malo que pasa es por una mala praxis o porque existe un inconfesado interés económico detrás»*. *«Hay una sensación de estar en guardia por el cuestionamiento y desconfianza de pacientes»*. En este contexto se reporta un desencanto con la profesión. *«La mayoría estudió la carrera porque nos gustaba y creíamos que podíamos ser útiles, pero se enfrenta una realidad distinta»*. *«Existe la vocación de dar pero no hay quien la reciba»*. *«Produce frustración que los pacientes se sientan insatisfechos a pesar de los esfuerzos que uno ha hecho»*.

El vínculo con el paciente aparece también como un factor central para afrontar los cambios. Resguardar este vínculo constituiría entonces un mecanismo de protección ante la frustración experimentada. *«Tengo la esperanza que una medicina humana y racional me conserve en contacto con mis pacientes»*. Se enriquece enormemente *«la vida personal viendo la retribución afectiva de una buena relación médico paciente»*. *«Mis estrategias*

personales (ante los cambios) han sido revisar los fundamentos del que hacer y buscar espacios para recrear las bases de una práctica más satisfactoria con los pacientes».

En general, los cambios en la medicina y en la relación con el paciente tienden a ser percibidos como heterónomos más que autónomos. Esto es, como eventos más determinados por factores externos que no guardan relación con la propia voluntad ni la acción individual. *«Hay que bailar al son que nos pongan... debiera promoverse este tipo de discusión para participar, tener presencia y que se escuche nuestra voz».* Se observa entonces la necesidad de los médicos de expresar su malestar y de disponer de espacios de reflexión e intercambio de experiencias. *«Esto (grupo focal) es como una catarsis... rara vez viene alguien a preguntarnos cómo nos sentimos».* *«No hay canales de comunicación para solucionar nuestros problemas».*

Los relatos que hacen los médicos en este estudio son de frustración e incertidumbre; pareciera que los pacientes van adquiriendo más poder conforme tienen mayores conocimientos de sus problemas de salud y de cómo enfocarlos, *"en muchas oportunidades cuentan con información mayor o más actualizada que las de los médicos"*. Esto conduce a reconocer que la medicina es ciencia, arte y oficio. La ciencia está sujeta a modificaciones; lo que hoy es una verdad, en poco tiempo no lo es.

Otro conflicto es el de las demandas judiciales a que se exponen los médicos cada vez con más frecuencia. Esta es una situación que provoca incertidumbre y temor en muchos profesionales de la medicina.

La relación médico-paciente está basada en la confianza que el paciente tiene del médico -de su conocimiento para resolver sus problemas de salud- y la del médico: de su experiencia y conocimiento de la medicina. Hay una percepción de desconfianza por parte de los pacientes, en los médicos que participaron en este estudio. Los pacientes exigen más exámenes y más de todo; tienen todo tipo de expectativas de los acontecimientos naturales de la vida, como el envejecimiento o de ciertos padecimientos crónicos -sin cura conocida- lo que a los médicos no debería de sorprender.

II. FORMACIÓN MÉDICA

A. Antecedentes

En la primera mitad del siglo XX –y anteriormente- los jóvenes costarricenses estudiaban medicina, principalmente en Bélgica (Universidad de Lovaina y la Universidad Libre), Suiza, Francia e Italia. Por entonces no había becas y decenas de familias, costearon los estudios de estos jóvenes, algunas veces con mucho sacrificio.

A partir de 1939, con los efectos de la guerra en Europa, los médicos se formaron en países de América Latina, principalmente en México, Colombia, Argentina, Chile, Guatemala y El Salvador. A partir de los 50, España abrió las universidades para los países hispanoamericanos, la matrícula era gratuita, el costo de la vida reducido y no había barreras de idioma; por entonces numerosos jóvenes costarricenses decidieron estudiar medicina en las universidades españolas.

La Escuela de Medicina de la UCR es el primer centro de formación médica del país, abre sus puertas en 1959 y los primeros 11 médicos se graduaron en 1965. En las primeras cinco promociones -1965-1969- la Universidad de Costa Rica graduó 96 médicos (un promedio de 20 por año). A partir de ese año su número se incrementó y en 1979 se graduaron 180, el mayor número de graduados en la historia de esta Escuela.

Esta situación coincide con los grandes cambios que ocurren en el sistema de salud de los setentas, principalmente en la Caja, con la Ley 4750 (1971) que obliga la cobertura universal de los servicios de salud y la Ley 5349 (1973), llamada del “traspaso de hospitales”; los hospitales de las Juntas de Protección Social a la Caja. Esto implica la contratación de centenares de médicos para el funcionamiento de las nuevas clínicas y de los hospitales.

B. Escuelas de medicina y su oferta académica

En Costa Rica, para el 2015 funcionan ocho Universidades con Escuelas de Medicina, siete de ellas son privadas:

- Universidad de Costa Rica-UCR (estatal)
- Universidad Autónoma de Centro América-UACA
- Universidad de Ciencias Médicas-UCIMED
- Universidad Iberoamericana-UNIBE
- Universidad San Judas Tadeo
- Universidad Hispanoamericana de Costa Rica
- Universidad Internacional de las Américas-UIA
- Universidad Latina

El Plan de Estudios de la carrera de medicina de las universidades se estructura en tres bloques, bien diferenciados para todas ellas:

- Un primer bloque de *ciencias básicas y afines*, presenta ligeras variaciones entre ellas; abarca los primeros seis cuatrimestres en las universidades privadas o cinco semestres en la UCR. Este primer bloque incluye: física, química, bioquímica, fisiología, bioestadística, anatomía, anatomía patológica, genética, parasitología, microbiología, inmunología, farmacología y alguna otra.
- Un segundo bloque de *ciencias médicas y quirúrgicas* abarca la segunda mitad de la carrera, incluye: medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría, cirugía, psiquiatría y especialidades (variables en cada escuela): dermatología, oftalmología, ortopedia, urología, medicina legal, radiología. La mayoría incluye, además, un curso de historia de la medicina y un curso de ética.
- Un último bloque, uniforme para todas las Escuelas, es el año del *Internado Rotatorio*, con una duración de diez semanas en cada modalidad: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria.

La duración de la carrera en las Universidades privadas es de cuatro años, 12 cuatrimestres, además del Internado Rotatorio (cinco años en total). La UCIMED utiliza la modalidad de semestres, nueve de ciencias básicas y clínicas y dos del Internado (cinco años y medio). La UCR utiliza la modalidad de semestres, diez en ciencia básicas -incluye los cursos de humanidades- y las clínicas y un año del Internado (seis años en total).

En los siete Planes de Estudio analizados, todos ellos reúnen el mismo esquema básico en la formación clínica: medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía y psiquiatría; en todas se imparte un curso de radiología/imágenes; en todas, excepto San Judas Tadeo e hispanoamericana, se imparte un curso de medicina legal; sólo en San Judas Tadeo e hispanoamericana se imparte un curso de geriatría; en todas se omite el tema de adolescentes. Los cursos de especialidades varían para cada una de las universidades, como se mencionó.

Existen variaciones en cuanto a los cursos de salud pública, salud comunitaria y afines. Se destaca la Universidad San Judas Tadeo por impartir siete cursos a lo largo de la carrera, relacionados con salud ambiental, epidemiología y salud comunitaria; en el otro extremo, la UCR, sólo imparte un curso de medicina social en el noveno semestre.

- UCR: un curso de medicina social. En el 2000 la Escuela suprimió cuatro cursos de epidemiología y salud comunitaria.
- UACA: un curso de atención primaria de salud; un curso de medicina familiar y salud pública; un curso de principios de administración.

- UCIMED: un curso de salud comunitaria y atención de desastres; un curso de medicina familiar; un curso de dirección general de instituciones de salud.
- UNIBE: dos cursos de salud pública. Esta Universidad enfatiza la enseñanza del inglés con cinco cursos.
- UIA: dos cursos de salud pública y un curso de medicina comunitaria.
- San Judas Tadeo: 3 cursos de atención primaria ambiental; un curso de salud pública; un curso de epidemiología; un curso de administración de servicios de salud; un curso de medicina comunitaria.
- Hispanoamericana: un curso de salud pública y epidemiología y un curso de salud comunitaria.
- Universidad Latina: sin información por Internet.

En el ámbito de las prácticas, todas ellas disponen de laboratorios de anatomía, fisiología, bioquímica, histología y de química como parte de la formación básica. Las prácticas clínicas se hacen en los hospitales especializados de la Caja del tercer nivel, hospitales regionales y algunas clínicas mayores. Los profesores, en todas ellas, son especialistas en algún campo de la medicina y de la cirugía; lo mismo ocurre con las prácticas del Internado Rotatorio, en los cuatro bloques de las áreas clínicas y de cirugía. En el bloque de salud familiar y comunitaria, los estudiantes entran en contacto con los Equipos Básicos (EBAIS), algunos por primera vez.

C. Planes de estudio de las Escuelas de Medicina

Universidad de Costa Rica

En octubre de 1953 la Asamblea Universitaria aprueba la creación de la Facultad de Medicina. A partir de entonces se desarrolla un proceso complejo de organización, la construcción de las instalaciones físicas, la compra de equipos y la formación del cuerpo docente. Su primer Decano fue el Dr. Antonio Peña Chavarría.

Plan de estudios de medicina

<http://www.ucr.ac.cr/estudiantes/carreras/salud.html>
(Consultado 28 de setiembre 2015)

I Semestre

Actividad deportiva
Curso de arte
Curso integrado de humanidades I
Estrategias de lectura en inglés I
Cálculo I
Química general intensiva

Lab. química general intensiva

II Semestre

Biología general

Laboratorio de biología general

Curso interg. de humanidades II

Laboratorio de física para ciencias de la vida

Física para ciencias médicas

Lab. de fundamentos de química orgánica

Estadística para biociencias

III Semestre

Laboratorio de bioquímica para medicina

Bioquímica para medicina

Fundamentos de psiquiatría

Histología

Anatomía descriptiva

Embriología

Seminario de realidad nacional I

IV Semestre

Anatomía topográfica radiológica y clínica

Neuroanatomía

Introducción a la investigación en medicina

Fisiología

Propedéutica psiquiátrica

Repertorio

Seminario de realidad nacional II

V Semestre

Enfermedades infecciosas

Patología humana I

Fisiopatología y semiología

VI Semestre

Enfermedades infecciosas II

Patología humana II

Medicina interna I

VII Semestre

Ética profesional médica

Farmacología básica I

Historia de la medicina

Obstetricia

Ginecología

Medicina legal

VIII Semestre

Farmacología básica II

Genética médica

Pediatría

Psiquiatría

IX Semestre

Farmacología clínica I

Toxicología clínica

Medicina interna II

Medicina social

X Semestre

Cirugía

Farmacología clínica II

Radiología

INTERNADO ROTATORIO (un año)

Universidad Autónoma de Centro América-UACA

Es la primera universidad privada de Costa Rica, inaugurada en 1976.

En sus primeros años funcionó en las instalaciones del antiguo Hospital Chapuí, contiguo al Hospital San Juan de Dios; de aquí se traslada a Sabana Oeste. En 1999 se divide en dos universidades: la UACA que se traslada al distrito Los Cipreses de Curridabat y la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), que se mantiene en la sede inicial de la UACA de Sabana Oeste.

Plan de estudios medicina

<http://www.uaca.ac.cr/sites/default/files/documents/medicina.pdf>

(Consultado 28 de setiembre 2015)

I Cuatrimestre

Biología

Física

Introducción a la medicina

Química general

II Cuatrimestre

Anatomía I

Informática médica

Química orgánica

III Cuatrimestre

Anatomía II

Bioquímica I

Histología

IV Cuatrimestre

Bioquímica II

Embriología

Microbiología médica

Bioestadística

V Cuatrimestre

Parasitología
Fisiología
Patología general

VI Cuatrimestre

Patología especial
Fisiopatología
Genética médica

VII Cuatrimestre

Semiología propedéutica
Farmacología I
Historia de la medicina
Epidemiología

VIII Cuatrimestre

Farmacología II
Medicina interna y especialidades
LICENCIATURA

IX Cuatrimestre

Cirugía y especialidades quirúrgicas
Radiología e imágenes

X Cuatrimestre

Ginecología y obstetricia
Farmacología II

XI Cuatrimestre

Pediatría
Medicina Legal

XII Cuatrimestre

Psicología y psiquiatría
Medicina comunitaria,
Familiar y salud pública
Deontología
Medicina del trabajo y rehabilitación
Principios de administración
INTERNADO ROTATORIO (un año)

Universidad de Ciencias Médicas-UCIMED

Su base está en la antigua sede de la UACA, 400 m al oeste del Ministerio de Agricultura, en Sabana Oeste.

Plan de estudios de medicina

<http://www.ucimed.com/index.php/medicina/plan-de-estudios>
(Consultado 28 de setiembre 2015)

I Semestre

Química General I
Laboratorio de química general
Biología y laboratorio
Cálculo 1
Técnicas de la comunicación
Introducción a la Medicina

II Semestre

Fundamentos de química orgánica
Laboratorio de química orgánica
Física para ciencias medicas
Anatomía I
Histología

III Semestre

Ética Médica
Anatomía II
Bioestadística
Manejo de desechos hospitalarios, asepsia y antisepsia
Embriología

IV Semestre

Fisiología
Bioquímica
Microbiología

V Semestre

Semiología
Anatomía patológica
Fisiopatología
Parasitología

VI Semestre

Medicina interna y especialidades
Farmacología
Radiología e imágenes médicas

VII Semestre

Cirugía y especialidades
Psiquiatría
Historia de la medicina
Epidemiología
Dirección general de instituciones de salud

VIII Semestre

Genética médica
Pediatría
Medicina legal
Seminario de cirugía
Farmacología clínica

IX Semestre

Ginecología y obstetricia
Salud comunitaria y administración de desastres
Seminario de medicina interna
Medicina familiar
Curso electivo

X – XI Semestre

Internado en medicina interna
Internado en cirugía
Internado en medicina familiar y comunitaria
Internado en pediatría
Internado en gineco-obstetricia

Universidad Iberoamericana-UNIBE

Su sede está en la Florida de Tibás, 200 m al este del ICE.

Plan de estudios de medicina

<http://www.unibe.ac.cr/programas-academicos.html>
(Consultado 28 de setiembre 2015)

Curso propedéutico

Castellano
Métodos y técnicas de estudio
Lógica y filosofía
Primeros auxilios y soporte vital

I Cuatrimestre

Historia desarrollo cultura.
Expresión oral y escrita
Introducción a la informática
Historia y filosofía de la medicina
Química general (teoría)
Química general (laboratorio)
Salud y sociedad

II Cuatrimestre

Matemática y bioestadística
Biología y genética
Biología y genética (laboratorio)
Física general
Métodos de investigación
Química orgánica (teoría)
Química orgánica (laboratorio)
Inglés I

III Cuatrimestre

Epidemiología y demografía
Anatomía general
Neuroanatomía
Ingles II

IV Cuatrimestre

Fisiología
Fisiología (laboratorio)
Bioquímica
Bioquímica (laboratorio)
Embriología
Embriología (laboratorio)
Histología
Histología (laboratorio)
Ingles III

V Cuatrimestre

Fisiopatología
Microbiología médica
Microbiología médica (laborat.)
Patología I
Ingles IV

VI Cuatrimestre

Pediatría I
Parasitología
Parasitología (laboratorio)
Patología II
Propedéutica clínica
Ingles técnico

VII Cuatrimestre

Pediatría II
Medicina I
Farmacología I

VIII Cuatrimestre

Radiología
Radiología (laboratorio)
Medicina II
Ética médica

IX Cuatrimestre

Ginecología
Obstetricia
Cirugía I

X Cuatrimestre

Salud pública I
Farmacología II
Cirugía II

XI Cuatrimestre

Salud pública II
Dermatología
Medicina legal
Psiquiatría

XII Cuatrimestre

Geriatría
Medicina del trabajo y Rehabilitación
Epidemiología clínica

XIII Cuatrimestre

Medicina Comunitaria y Familiar
Medicina de Emergencias
Práctica de Medicina de Emergencias
Investigación dirigida
INTERNADO ROTATORIO (un año)

Universidad Hispanoamericana de Costa Rica

Sede, Barrio Aranjuez, Distrito El Carmen, San José.

Plan de estudios medicina

<http://www.uhispanoamericana.ac.cr/>
(Consultado 28 de setiembre 2015)

I Cuatrimestre

Biología general
Fisicoquímica
Laboratorio de fisicoquímica
Historia de la cultura
Técnicas de comunicación

II Cuatrimestre

Química orgánica
Neuroanatomía
Matemática y Bioestadística
Inglés I

III Cuatrimestre

Anatomía músculo esquelética
Histología
Bioquímica
Informática aplicada a medicina

IV Cuatrimestre

Anatomía y disección
Embriología
Fisiología
Historia de la medicina

V Cuatrimestre

Propedéutica
Fisiopatología
Anatomía patológica I
Farmacología básica

VI Cuatrimestre

Anatomía patológica II
Medicina I
Microbiología

VII Cuatrimestre

Medicina II
Parasitología
Imágenes médicas
Farmacología clínica

VIII Cuatrimestre

Ginecología
Obstetricia
Psicología y psiquiatría médica

IX Cuatrimestre

Cirugía I
Pediatria I
Genética

X Cuatrimestre

Cirugía II
Pediatria II
Medicina del trabajo
Métodos de investigación

XI Cuatrimestre

Medicina de urgencias
Medicina legal y deontología
Salud pública y epidemiología

XII Cuatrimestre

Dermatología
Medicina Comunitaria
Geriatría
INTERNADO ROTATORIO (un año)

Universidad San Judas Tadeo

Su sede se encuentra en el Barrio Rohrmoser, distrito Mata Redonda, San José. Fue fundada en 1992 por el conocido comunicador Rodrigo Fournier y la doctora Helia Betancour. En 1999 inicia la Escuela de Medicina, con énfasis especial en la atención primaria de la salud.

Plan de estudios

[http://www.universidadsanjudas.ac.cr/pdf/plan de estudios medicina y cirugia.pdf](http://www.universidadsanjudas.ac.cr/pdf/plan_de_estudios_medicina_y_cirugia.pdf)

(Consultado el 28 de setiembre del 2015)

I Cuatrimestre

Química
Métodos de la Investigación y Bioestadística.
Anatomía I
Histología I
Atención Primaria Ambiental I

II Cuatrimestre

Histología II
Embriología
Anatomía II
Biología Celular y Molecular
Salud Pública

III Cuatrimestre

Genética Médica
Fisiología I
Bioquímica I
Psicología Médica
Atención Primaria Ambiental II
Historia y Filosofía de la Medicina

IV Cuatrimestre

Neurociencias
Bioquímica II
Fisiología II
Anatomía Patológica I

V Cuatrimestre

Propedéutica Clínica y Fisiopatología I
Anatomía Patológica II
Atención Primaria Ambiental III
Farmacología

VI Cuatrimestre

Propedéutica Clínica y Fisiopatología II
Parasitología
Microbiología
Epidemiología

VII Cuatrimestre

Radiología
Laboratorio Clínico
Inmunología
Medicina Interna I (teoría)

Medicina Interna I (práctica)
Farmacología Clínica

VIII Cuatrimestre

Medicina Legal
Dermatología
Medicina Interna II (teoría)
Medicina Interna II (práctica)
Psiquiatría

IX Cuatrimestre

Cirugía General (teoría)
Cirugía General (práctica)
Oftalmología
Administración de la Salud

X Cuatrimestre

Ginecología y Obstetricia (teoría)
Ginecología y Obstetricia (práctica)
Urología
Deontología Médica

XI Cuatrimestre

Ortopedia
Otorrinolaringología
Pediatría I

XII Cuatrimestre

Pediatría II
Medicina Comunitaria
Geriatría
INTERNADO ROTATORIO
Pruebas de grado de bachillerato.
Pruebas de grado de licenciatura

Universidad Internacional de las Américas-UIA

Las instalaciones se ubican en el Barrio Aranjuez, Distrito del Carmen, San José.

Plan de estudios de medicina

<http://www.uia.ac.cr/images/pdf/MedicinayCirugia.pdf>
(Consultado el 28 de setiembre del 2015)

I Cuatrimestre

Química general (teoría y práctica)
Biología
Técnicas de comunicación
Inglés I

II Cuatrimestre

Histología
Química orgánica (teoría/práctica)
Anatomía (teoría/práctica)
Inglés II

III Cuatrimestre

Anatomía II (teoría/práctica)
Bioquímica
Fisiología (teoría/práctica)

IV Cuatrimestre

Embriología humana
Fisiopatología
Patología
Bioestadística

V Cuatrimestre

Patología II
Parasitología
Microbiología médica (teoría/práctica)
Historia de la Medicina

VI Cuatrimestre

Medicina I
Propedéutica clínica
Salud Pública I

VII Cuatrimestre

Medicina II
Farmacología I
Metodología de investigación (salud)

VIII Cuatrimestre

Ginecología
Obstetricia
Salud Pública II

IX Cuatrimestre

Pediatría
Genética médica
Ética médica

X Cuatrimestre

Cirugía
Farmacología II

XI Cuatrimestre

Medicina legal
Radiología humana
Psiquiatría
Medicina del trabajo

XII Cuatrimestre

Geriatría

Medicina de emergencias

Medicina comunitaria

Tópicos integrados de medicina

Tesis de graduación

INTERNADO ROTATORIO (un año)

Universidad Latina

Nace en 1979 afiliada a la Universidad Autónoma de Centro América (UACA), conocida como *Colegio Latinum* hasta 1989; en este año es reconocida por CONESUP como centro universitario de educación superior e inicia la carrera de medicina, entre otras. La sede central se ubica en Lourdes de Montes de Oca. Es la universidad privada más grande de Costa Rica y cuenta con 10 sedes regionales.

No dispone del plan de estudios en Internet

D. La educación médica

El Informe Flexner, publicado en 1910, vino a organizar la educación médica en Norteamérica y tuvo una influencia decisiva en las siguientes décadas en ese país, en los países europeos y en América Latina, influencia que persiste hasta nuestros días. Lo que se conoce como Flexnerismo.

Una de las recomendaciones más conocidas del Informe Flexner es que la carrera de medicina tendría una duración de cuatro años, con un ciclo o periodo inicial de disciplinas de ciencias básicas, seguido por otro de conocimientos y habilidades de estudios clínicos; esta propuesta que ha sido duramente criticada por los adversarios, ha resistido por 100 años y actualmente está vigente en la mayor parte de las escuelas de medicina del mundo y de América Latina en particular (C. E. Pinzón, 2008).

Para Flexner la *medicina es básicamente un sistema educativo*; planteó el médico ideal como una persona bien educada, alguien en que se une en forma indisoluble la ciencia y el humanismo; la formación del médico debe hacerse sobre un fundamento científico, y con ello se expande su campo de acción social; la educación médica es una disciplina técnica y profesional, que requiere la posesión e integración de otras ciencias estructuradas y organizadas bajo diferentes puntos de vista; la facultad de medicina debe ser una división universitaria y en la practica la facultad de medicina es también una corporación de servicio público; el médico es un instrumento social. Estas son algunos de sus planteamientos del Informe de 1910.

En 1925, emite nuevas premisas, principalmente sobre la responsabilidad social de la ciencia, sobre la estructura y la lógica del contenido del currículum y la metodología de la enseñanza. Flexner consideró la educación médica como

una actividad universitaria; la formación del profesional de la medicina con fundamento en la ciencia, el humanismo y el método científico; la excelencia académica frente a la falsa democratización de una deficiente educación médica para las clases menos pudientes y la condena a las escuelas de medicina creadas con ánimo de lucro (C. E. Pinzón).

Adicionalmente, las Declaraciones de Edimburgo, de la Federación Mundial de Educación Médica de 1988 y en particular la Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993, son las guías en que debería basarse la formación médica de nuestra época. Entre sus recomendaciones vale resaltar las siguientes: la buena educación médica exige una unión con el sistema de atención de salud; el médico contemporáneo no puede ser adiestrado solamente en los hospitales, necesita un contacto más estrecho con los centros de trabajo, escuelas, poblados y hogares, lo cual les ofrece un espectro más real de problemas de salud, condiciones humanas y modelos del rol profesional; los estudiantes deben participar en la planificación del programa de estudios y en el proceso de enseñanza.

Las ciencias son el centro de un efectivo programa de estudios; la enseñanza de las ciencias no puede estar subdividida ni se puede limitar a los años preclínicos.

Hace énfasis en los nuevos métodos y estrategias de la enseñanza-aprendizaje, tales como la educación asistida por computadora y la educación a distancia; énfasis en la educación médica continua y el aprendizaje durante toda la vida; en los equipos de salud y la educación multiprofesional; es una educación médica orientada hacia la comunidad y la participación de la comunidad en la política de salud; en desarrollar habilidades de comunicación con los pacientes.

Hace énfasis en la participación de los médicos en la promoción de la salud de toda la población, la salud integral, la prevención, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo; en los valores éticos y morales y, en desarrollar métodos activos de desarrollo personal y para la comunicación (Cumbre Mundial de Educación Médica, Declaración de Edimburgo, 1993).

En el 2006, la reunión de la Asociación de Academias Nacionales de Medicina de Latinoamérica, España y Portugal (ALANAM), con auspicio de la OPS, reunidos en Bogotá, Colombia, cuyo tema se centró en la Educación Médica en Latinoamérica, identifican una serie de problemas en este tema y emiten un listado de recomendaciones (Orlich-Carranza C.).

A partir de estas y otras muchas reuniones relacionadas con la formación médica, la atención de la salud y los cambios en las necesidades de salud de las personas, algunas Escuelas de Medicina en el mundo han replanteado sus planes de estudios, para que respondan a las necesidades de salud de la población y para adaptarse a las estructuras burocráticas de las organizaciones de salud en los países. Otras, se quedaron con el Modelo Flexeriano, restringido, con apenas ligeros cambios.

Es comprensible la dificultad para incorporar en un corto periodo, de un plan de estudios de cuatro años de la carrera de medicina, la inmensa información proveniente de las ciencias básicas, de un vasto conocimiento de la clínica en todas las etapas de la vida humana, de las premisas de la Declaración de Edimburgo, de los determinantes de la salud, de la prevención de las enfermedades, de la promoción para la salud y del trabajo efectivo con las comunidades.

E. La oferta de médicos en Costa Rica

Para el 31 de diciembre del 2013, estaban inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos, 9,812 médicos activos -1 por cada 489 habitantes-, además de 1657 inactivos -jubilados, los que trabajan en el extranjero y los que se dedican a otras actividades-; de los activos, 5,473 son médicos generales (56%) y 4,339 son médicos especialistas (44%); de estos 1,432 (33%) tienen dos o más especialidades. Hay 16 médicos con cuatro especialidades y uno con cinco (fuente: Colegio de Médicos y Cirujanos).

El cuadro 3.1 resume la incorporación del total de médicos y de especialistas al Colegio de Médicos y Cirujanos, por décadas, desde 1950. Llama la atención el salto cualitativo -más que se duplican- entre la década del 90 del siglo anterior y la primera del nuevo siglo. En la primera se incorporaron 2051 médicos y médicas y en la del 2000 al 2009, 4419. Ese ritmo acelerado de formación médica se percibe en las incorporaciones del 2010 al 2013, en promedio, 555 médicos por año.

Cuadro 3.1 Número de médicos incorporados al Colegio de Médicos - generales y especialistas- por décadas, 1951-2013

Décadas	Total de médicos	Médicos especialistas
1950-59	125	82
1960-69	541	440
1970-79	939	742
1980-89	1802	1010
1990-99	2051	1316
2000-09	4419	1992
2010-13(4 años)	2221	1344
Totales	12,098*	6,926*

*Incluye médicos activos, inactivos y fallecidos

Fuente: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

La inscripción de especialidades al Colegio de Médicos abarca aquellas del área clínica y quirúrgica, y además, los posgrados en administración de servicios de salud, salud pública, administración de hospitales y otras similares, que en los últimos años se han incrementado.

III. OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A mediados de los 90 de siglo pasado, la Caja asume la totalidad de la atención a las personas del sistema público de salud, al incorporar todo el primer nivel, que en parte lo atendía el Ministerio de Salud. El proceso se inicia en 1994 y concluye en 1997. En ese periodo se traspasó parte los ATAPS y de los(as) auxiliares de enfermería a la Caja y establecimientos del primer nivel. La mayoría de los médicos, enfermeras, de otros profesionales y el personal administrativo continuó trabajando con el Ministerio de Salud, asumiendo las funciones de la Rectoría. Las instalaciones de los Centros de Salud continuaron, asimismo, como sedes de los equipos locales de Rectoría.

El Programa de Nutrición y la red de Centros de Nutrición –CEN- y los Centros de Atención Integral Infantil –CINAI-, el Programa de salud Ambiental y otros programas de salud pública, permanecieron en el ámbito de responsabilidad del Ministerio de Salud.

El traspaso de las funciones de atención de las personas del Ministerio de Salud a la Caja, fue una condición inédita, al menos en América Latina, donde los Ministerios de Salud son los responsables de administrar los hospitales y los otros centros de atención en los diferentes niveles del sistema de salud. Los Seguros Sociales funcionan como entes paralelos con sus propias estructuras y con una cobertura circunscrita a la población asegurada, generalmente pequeña, en proporción a la población total del país.

A. Organización

A partir de 1989, la Caja se organiza administrativamente en una estructura con tres niveles y a su vez, en una red de servicios de tres niveles con diferente complejidad y funciones (Ayala y col.). El Ministerio de Salud adopta también una estructura similar de tres niveles, con funciones que le son propias. A continuación, se describen las funciones que le corresponden a la Caja.

Niveles administrativos

Nivel central: tiene carácter fundamentalmente político, normativo, contralor y de investigación; asigna y controla los presupuestos. El nivel central formula y evalúa las políticas de salud, las estrategias, planes y programas, así como el marco legal y normativo.

Nivel regional: sus funciones principales son de dirección y la coordinación de las Áreas de Salud, de otros establecimientos ubicados en cada una de las Regiones y de los hospitales locales y regionales. Además, supervisa, asesora y participar en el programa de educación continuada del personal de salud, entre otras funciones. Cada Región tiene asignado un Director Regional, con un

equipo técnico y administrativo responsable de ejecutar las funciones asignadas a este nivel.

El país se subdivide en siete Regiones de Salud, a saber:

- **Región Central Sur:** incluye la porción sur del Valle Central, desde Puriscal hasta el cantón de Turrialba. Para el Ministerio de Salud, la Región Central Sur se subdivide en dos regiones: la Central Sureste y la Central suroeste.
- **Región Central Norte:** incluye la porción norte del Valle Central, desde el cantón de Coronado hasta San Ramón. Para el Ministerio de Salud, la Central Norte se subdivide en Central Noreste y Central Noroeste.
- **Región Huetar Norte:** incluye los cantones de San Carlos, Guatuso, Los Chiles, el distrito de Río Cuarto de Grecia y parte de Sarapiquí.
- **Región Huetar Atlántica:** Comprende la provincia de Limón y parte del cantón de Sarapiquí.
- **Región Pacífico Central:** incluye los cantones de Montes de Oro, Puntarenas Centro y el litoral del Pacífico hasta Quepos.
- **Región Chorotega:** incluye la provincia de Guanacaste y el cantón de Upala.
- **Región Brunca:** incluye la zona sur de la provincia de Puntarenas y la de San José; se extiende desde San Isidro del General hasta la frontera con Panamá.

Nivel local: ejecuta los programas de salud en dos instancias:

Áreas de Salud: tienen un rango de 15.000 a 40.000 habitantes en las zonas rurales y de 30.000 a 60.000 habitantes en las zonas urbanas. Generalmente coinciden con las unidades geográficas: cantones o distritos administrativos. Para el año 2013 existen debidamente organizadas 104 Áreas de Salud, cada una conformada por un equipo técnico y administrativo

Sectores de Salud. Las Áreas de Salud están conformadas por *sectores* – entre 8 y 14 aproximadamente-, los cuales son unidades geográficas con un promedio de 4.000 a 5.000 habitantes cada uno. En la definición de los *sectores* se toman en cuenta criterios de orden geográfico, de población, accesibilidad y los antecedentes de la prestación de servicios.

Niveles de atención

Tercer nivel: corresponde a la prestación de servicios curativos y de rehabilitación –prevención terciaria- de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia de este nivel trasciende el segundo nivel y abarca el territorio de varias provincias y cantones. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales regionales, hospitales nacionales –México, San Juan de Dios y Calderón Guardia- y los hospitales especializados –Nacional de Niños, Geriátrico, de la Mujer, Psiquiátrico, Cenare, entre otros-.

Segundo nivel: apoya al primer nivel mediante la prestación de servicios de prevención secundaria –tamizaje-, curativos y de rehabilitación, con grado variable de complejidad y de especialidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales generales (regionales y periféricos) y la clínicas tipo 3 y 4 con especialidades médico-quirúrgicas.

Primer nivel: corresponde a los servicios básicos de salud que desarrollan acciones de curación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Este nivel lo constituyen: sedes de los EBAIS, puestos de salud, clínicas tipo I y II, unidades móviles médicas y odontológicas, centros de salud y clínicas tipo III y IV con EBAIS incorporados.

Para finales del 2013 en el país funcionan 1050 EBAIS. Cada EBAIS tiene su sede en antiguos Puestos de Salud del Ministerio, las clínicas tipo I, II, III y IV, los Centros de Atención Integral (CAIS) o en nuevas edificaciones que se han construido para este fin. En cada uno de esos centros pueden ubicarse desde un Equipo Básico hasta cinco o más, como es el caso de las clínicas grandes tipo IV del Área Metropolitana.

Todos los EBAIS están integrados por un médico general, una auxiliar de enfermería (o enfermera profesional en los últimos años), un Técnico de Atención Primaria de Salud (ATAPS), un Técnico de Registros Médicos (Recepcionista) y un Técnico de Farmacia o farmacéutico cuando hay dos o más EBAIS en un mismo local.

Además, en los últimos años, en las zonas rurales se han establecido alrededor de 850 Puestos de Atención Comunitarios, en donde el Equipo Básico se desplaza a un barrio o a una comunidad relativamente alejada de la sede del EBAIS y dentro de su área geográfica. Estos desplazamientos se hacen cada 8 o 15 días y el Equipo Básico trabaja generalmente en un salón comunal.

B. Programas prioritarios y la oferta básica del sistema de salud

A lo largo del ciclo de la vida humana las personas presentan características peculiares y factores de riesgo propios de cada edad, que influyen en su condición de salud y requieren intervenciones específicas para cada etapa. A principios de los 90 la Caja adoptó una nueva programación para la atención a las personas, la cual fue retomada en el Modelo Readechado. En el nuevo modelo se propuso, además, una Oferta Básica para cada uno de los grupos de edad, según se anota a continuación:

Atención integral al niño (0-9 años): atención de la enfermedad, las consultas de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, captación temprana del recién nacido, salud escolar, salud oral y rehabilitación.

Atención escolar al adolescente (10-19 años): atención a la enfermedad, consultas de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, atención y orientación en anticoncepción, educación sexual, rehabilitación, salud escolar, salud oral, y captación y seguimiento de grupos de riesgo.

Atención integral a la mujer (20-64 años): atención de la problemas de salud mental, enfermedades laborales y enfermedades transmisibles, atención prenatal y postnatal, atención y orientación de la anticoncepción, inmunizaciones, curso de preparación para el parto, detección temprana del cáncer de cerviz y de mama, morbilidad, detección y seguimiento de enfermedades crónicas, detección y valoración de la pareja estéril, detección y referencia de violencia a la mujer, atención odontológica y rehabilitación.

Atención integral al hombre (20-64 años): atención de morbilidad, detección y seguimiento de enfermedades crónicas, enfermedades laborales, problemas de salud mental y enfermedades transmisibles, orientación en la anticoncepción, inmunizaciones, atención odontológica y rehabilitación.

Atención integral del adulto mayor (65 y más años): atención a la morbilidad, detección y control del enfermo crónico, detección y seguimiento de grupos de riesgo, rehabilitación básica y atención odontológica.

Actividades generales para todos los grupos: educación y promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, referencia y contrareferencia de pacientes, protección del ambiente humano, promoción y participación social, promoción de la participación intersectorial, investigación y docencia.

La Oferta Básica del primer nivel, se complementa con las consultas de especialidades, médicas y quirúrgicas y las consultas de otros profesionales de la salud -odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, nutricionistas y otros-, que se ubican en las clínicas del segundo nivel y en las consultas externas de los hospitales.

C. Atención de emergencias, consultas generales y especializadas

El primer punto de contacto para la atención de emergencias son los EBAIS. Numerosas emergencias, tales como las contusiones, heridas y quemaduras leves, crisis de hipertensión, deshidratación por diarreas, crisis convulsivas, crisis de asma, partos en periodo expulsivo, son atendidas y resueltas en estos establecimientos. Para la buena atención de estas emergencias se dispone de instrumentos estériles para suturas, sistemas de nebulización para las crisis asmáticas, medicamentos específicos y bolsas de sueros intravenosos, entre otros.

Cuando la emergencia no se puede resolver, se estabiliza al paciente y se refiere a los servicios de mayor complejidad, mediante las ambulancias, propias de la Caja o de la Cruz Roja. La otra vía importante que utiliza la población durante los fines de semana, en horas no laborables de los EBAIS o ante emergencias de consideración, es acudir directamente a los servicios de emergencias establecidos, utilizando ambulancias de la Cruz Roja o por su propia cuenta.

Hasta hace una década o poco más, los servicios de emergencias se concentraban en los hospitales. Posteriormente, se abrieron nuevos servicios vespertinos -de las 3 pm a las 10 de la noche- en las clínicas tipo IV del Área Metropolitana. Seguidamente se organizaron otros servicios vespertinos, en las sedes de las Áreas de Salud, principalmente en las zonas rurales, donde los desplazamientos son enormes y con frecuencia los pacientes fallecían en el camino durante su traslado. Actualmente -mediados del 2014-, la Caja dispone de un red de servicios de emergencias en todo el territorio nacional: en 27 hospitales y 85 áreas de salud (fuente: Dirección de estadísticas CCSS).

Cuadro 4.1 Consultas médicas generales, de emergencias y especializadas, años 2000-2012

Años	2000	2005	2010	2011	2012
Consultas generales	5,367	6,763	7,442	7,390	7,669
Emergencias	3,313	4,316	5,660	5,338	5,557
Consultas de especialistas	2,370	2,655	2,642	2,706	2,767

Fuente: www.ccss.sa.cr/estadisticas_salud_docs (anuarios estadísticos, cifras en millones)

El Cuadro 4.1 señala, el incremento progresivo de las consulta médicas generales; aumentaron entre el 2000 y el 2012, alrededor de 2,3 millones (43%). Igual curso tienen de emergencias médico-quirúrgicas, con un incremento sostenido entre el 2000 y el 2010, en 2.35 millones (70.8%); en los últimos dos años tienden a disminuir.

Las consultas que ejecutaron los especialistas, entre el 2000-2005, aumentaron en 285 mil (12%); entre el 2005 y el 2008 hubo una reducción; entre el 2005 y 2012 el incremento fue de 112 mil. A lo largo de más de una década el aumento de las consultas por especialistas fue de sólo de 390 mil. Este bajo rendimiento está incidiendo fuertemente en las listas de espera. Los nuevos especialistas formados por la Caja e incorporados al sistema de salud, tienen escasa relevancia en el trabajo de las consultas externas de la institución (para más información ver el Cuadro 10 de los Anuarios Estadísticos, CCSS, consultas por diferentes especialidades)

IV. DEMANDA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

En términos económicos, para explicar cómo funciona el mercado es necesario conocer tanto la oferta como la demanda. Esto es válido también para los servicios de salud, a pesar de las diferencias que lo distinguen de otros mercados. Hay que diferenciar claramente entre demanda y necesidad. La demanda es lo que el paciente quiere y además, está dispuesto a pagar -si hay un precio que pagar-. La necesidad fue un concepto que utilizaban los sanitaristas hasta la década de los 70 con el fin de programar los servicios de salud; mediante tablas establecidas se calculaba la cantidad de médicos, enfermeras, de otros profesionales y de hospitales que deberían establecerse para atender las necesidades de una determinada población.

Sobre esta base de criterios de necesidad se generó la *necesidad sentida*, es decir, la toma de conciencia del estado de enfermedad en la población. La gente comenzó a confiar en el servicio de salud y a consumir, surge la esperanza de curarse e impulsa la decisión de consumir más bienes y servicios (F. Tobar). La gente quiere minimizar el dolor, los síntomas, quiere ser más joven y más sana. De la *necesidad sentida* por la población se pasa, a la *demanda* de un consumidor "impaciente" cada vez más difícil de satisfacer (F. Tobar).

La *demanda* en salud tiene componentes *objetivos* y *subjetivos*. Entre los primeros destaca la *necesidad sentida* -que depende de la confianza en el sistema sanitario y de los doctores- y de factores sicosociales y culturales; por ejemplo, las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres en todo el mundo y el consumo aumenta proporcional al nivel de instrucción (ver cuadro 5.1).

Entre los factores *objetivos*, determinantes de la demanda, están los demográficos -los niños y los adultos mayores consumen más-; los epidemiológicos -la distribución de las enfermedades-; las llamadas enfermedades sociales -SIDA, la agresión, los accidentes- y la forma como está organizado el sistema de salud -en la *oferta*-.

En Costa Rica, con el sistema de seguridad social, existe una *oferta pública* abundante y equitativa. Teóricamente la totalidad de la población tiene acceso a los EBAIS y a los servicios de emergencias, distribuidos estratégicamente en todo el territorio nacional; de igual forma la población tiene acceso a los servicios hospitalarios mediante diversos mecanismos de hospitalización. Sin embargo, en todos los niveles, la demanda sobrepasa a la oferta; en muchos EBAIS numerosas personas no logran adquirir un número para su atención, excepto una emergencia; la demanda de citas para especialistas tiene serias dificultades y las citas para cirugías deben esperar meses o años.

El cuadro 5.1 establece las consultas por edades y por sexo. Es un cuadro muy llamativo y digno de analizarse con cuidado. Incluye todas las consultas médicas, generales, por especialistas y emergencias. En promedio los costarricenses tuvieron 3.65 consultas en el año 2004. Las mujeres acuden a

las consultas médicas en mucha mayor proporción en todas las edades, incluyendo a los menores de 10 años. El promedio nacional es de 4.5 consultas a las mujeres y 1.1 a los hombres.

**Cuadro 5.1 Tasa de consulta según grupos de edad y sexo
Costa Rica, 2004**

Edad	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 5	1,42	4,53	4,28
De 5 a 10	1,15	2,94	2,93
De 10 a 15	0,99	2,12	2,19
De 15 a 20	0,79	2,75	2,10
De 20 a 25	0,82	4,04	2,70
De 25 a 30	0,94	4,73	3,34
De 30 a 35	1,00	4,77	3,52
De 35 a 40	1,12	4,58	3,65
De 40 a 45	1,09	4,97	3,66
De 45 a 50	1,24	5,85	4,49
De 50 a 55	1,19	6,09	4,44
De 55 a 60	1,37	7,50	6,23
De 60 a 65	1,32	8,20	6,30
De 65 a 70	1,51	8,17	7,17
De 70 a 75	1,94	7,97	7,45
De 75 a 80	1,62	8,21	7,63
80 y más	1,72	7,01	7,08
Total	1,10	4,53	3,65

Fuente: A. Rodríguez y J. Castillo, CEPAL, 2011

V. LA MEDICINA DE NUESTRO TIEMPO

A mediados del pasado siglo, el Dr. Gregorio Marañón, reconocido médico y escritor español, escribía acerca del médico: "ya no es aquel personaje un tanto enigmático que manejaba y distribuía una ciencia misteriosa, sino un simple intermediario entre los remedios conocidos y el dolor del paciente" (G. Marañón). El ejercicio de la medicina es una combinación de ciencia, de arte y de oficio. El arte fue perdiendo hegemonía para ser sustituido por la ciencia, a veces falsa ciencia.

A. El dogmatismo y el cientificismo

En los tiempos del Dr. Marañón, se quejaba con vehemencia de dos males de la medicina de su época: el *dogmatismo* y del *cientificismo*. Ambos componentes siguen estando muy arraigados en la *medicina de nuestro tiempo*. El *dogmatismo* es la presunción de que el conocimiento que se posee corresponde a una verdad absoluta. Es bien aceptado que el conocimiento sobre un asunto varía constantemente y lo que puede tenerse como verdad última no lo es.

Para ilustrar este concepto basta con el siguiente ejemplo: por tres a cuatro décadas, a partir de los 50s del siglo pasado, se introdujo la práctica de separar a los recién nacidos de sus madres en las maternidades. Los niños nacían, se les cortaba y ligaba el cordón umbilical, se reanimaban, se le mostraba a la madre ya envuelto en la ropa del hospital y sin que lo acariciara, se le llevaba a la "sala cuna"; allí permanecía hasta que se les diera la salida a ambos del hospital. Frecuentemente, por complicaciones de la parturienta o del recién nacido, el encuentro entre ellos ocurría varios días después.

La razón principal, esgrimida por los especialistas en neonatología y obstetricia, se fundaba en que de esa forma el recién nacido estaría protegido de posibles infecciones, de las salas donde permanecían las mujeres en el periodo de post parto; además, que de esta forma las recién paridas podrían descansar más libremente de su percance.

Con esta práctica ocurrían, varias circunstancias adversas: la relación madre-niño más importante del "post" parto –el apego– se perdía y muchos bebés quedaban abandonados en el hospital. El inicio de la lactancia materna se bloqueaba; los recién nacidos recibían biberón en la sala cuna y numerosas madres lo continuaban en sus casas, asumiendo que esta práctica era lo mejor para su hijo(a); el costo de la alimentación se incrementaba por la compra de la leche e implementos.

Lo que ocurría con frecuencia era que esos bebés se infectaran con bacterias y virus, productoras de diarreas agudas y deshidratación, provocando numerosas muertes. La diarrea con deshidratación y la desnutrición grave, fueron las principales causas de ingreso en el Hospital Nacional de Niños en esos años.

Paralelo a lo anterior, se introdujo la práctica de alimentar a los neonatos a edades tan tempranas como a las dos o cuatro semanas, con jugo de carne de

vacuno y jugos de frutas; papillas de cereales y de verduras a los dos y tres meses; se tenía la convicción que la leche de vaca era tan buena como la materna para los bebés en sus primeros meses de edad. Las compañías productoras de leche en polvo para para infantes, inventaron una fórmula con el nombre de "leche maternizada", la cual tuvo mucho prestigio y su uso se generalizó, en este y en numerosos países.

Estas prácticas erradas se extendieron por el mundo por varias décadas, asumiendo que era lo mejor para los bebés en sus primeros meses de vida; fueron producto de investigaciones que se publicaron en revistas médicas prestigiosas, en numerosos libros de pediatría y se enseñaba en los hospitales pediátricos y las maternidades de mayor reputación en el mundo. Las consecuencias fueron desastrosas. Entre otras: la pérdida del apego madre-niño, el incremento del maltrato y el abandono, el aumento de la desnutrición infantil y la muerte de millones de niños por diarreas agudas y por desnutrición. La reversión de esas prácticas ha costado décadas de trabajo continuado y, aún hoy día, persiste en las abuelas, que en su tiempo como madres creyeron firmemente en su pediatra.

Se podrían enumerar otras muchas acciones médicas que en su momento se consideraron como absolutamente ciertas, producto del dogmatismo de la medicina: la sangría y los purgantes, la *tolidamida* en embarazadas y otros medicamentos, con efectos secundarios graves, que debieron ser retirados del mercado. Seguramente hay que ser cauto con las novedades que aparecen en las revistas médicas y aceptar que el conocimiento científico, en que se basa la práctica de la medicina, podría ser una falsedad.

Del otro mal que se quejaba don Gregorio hace algo más de medio siglo y que prevalece en nuestro tiempo fue el *cientificismo*, o sea, "la fe excesiva en todo lo que viene con la etiqueta de la ciencia" o en una forma más extrema "el manejo intencionado de todo lo que parece ciencia aunque se sepa que no lo es, para pasar por hombre de ciencia y aprovechar indebidamente las prerrogativas que este título supone ante la gente vulgar" (G. Marañón). Se apoya en las múltiples revistas médicas, los gruesos volúmenes de libros especializados, las conferencias y congresos nacionales e internacionales y el fuerte soporte de las compañías farmacéuticas. Con este aparataje, la medicina adquiere una aurea científica, aunque los que la ejercen no disponen del tiempo ni del entusiasmo para incorporar la avalancha de la nueva información que surge de tales medios.

La mayoría de los médicos que ejercen su profesión con vocación y con arte, deben mucho de sus nuevos conocimientos, a su práctica y a la observación cuidadosa de sus propios pacientes. Cada enfermedad se manifiesta de manera muy diversa según cada persona y evoluciona de forma diferente aún con el mismo tratamiento. Este aprendizaje cotidiano lo conocen bien los buenos médicos después de algunos años de ejercer la medicina; es un aprendizaje que no se deriva ni de los libros ni de las revistas médicas internacionales. Es el arte y hacer bien el oficio de esta profesión.

B. La ética y la medicina actual

En la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, que se reunió en la ciudad de Ginebra del 8 al 11 de septiembre de 1948, propuso el *juramento hipocrático modernizado*, que los médicos al graduarse deberán aceptar y cumplir:

"En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento a que son acreedores. Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida de mi enfermo será la primera de mis preocupaciones. Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí. Mantendré en toda la medida de mis medios, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos. No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase. Tendré absoluto respeto por la vida humana, desde su concepción. Aún bajo amenazas no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor". Este juramento tiene plena vigencia en los albores del siglo XXI y los médicos en ejercicio deberían releerlo frecuentemente.

Aunque el juramento hipocrático es el más conocido, en las últimas décadas diversas organizaciones y agrupaciones médicas se han pronunciado sobre diferentes aspectos de la medicina de nuestro tiempo, en que el anterior juramento se queda corto. Por ejemplo, en la investigación biomédica, la eutanasia, la atención psiquiátrica, la fecundación asistida, la investigación con células embrionarias, sobre donación y trasplantes de órganos y otros muchos campos, que han surgido con los avances científicos y tecnológicos y con las costumbres sociales.

Los conceptos de *moral* y de *ética* son diferentes. La *moral* se refiere a las "costumbres" o preceptos. Los preceptos morales derivan del conjunto de normas de una sociedad, fuertemente influidos por la religión predominante. Por otra parte, la *ética* en su acepción final se refiere al carácter de la persona (O. Rivero, I. Durante). La conducta ética depende de una decisión personal, de la libertad de decidir y tomar sus propias decisiones. Esta distinción es importante porque con frecuencia se confunden ambos términos.

Uno de los aspectos que sobresalen en la aplicación de los principios éticos es el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de destrezas, ya que uno de las principales responsabilidades del médico es estar bien preparado para ejercer su profesión como médico general y en cualquiera de las especialidades. Para esto, las organizaciones médicas han desarrollado diversas formas de certificación de los conocimientos y destrezas, que beneficia a los enfermos.

El ejercicio del médico puede no ser ético si el interés del trabajo es distinto a la beneficencia del enfermo, cuando su principal interés es el lucro o la notoriedad (O. Rivero, I. Durante). En el ejercicio de la medicina privada, son

diversas las modalidades de obtención de lucro en que el médico podría incurrir y deberá ser muy cuidadoso(a) para evitar perversiones. En la seguridad social, los "biombos" son una tentación y una modalidad en la que se deslizan algunos facultativos.

Un mal que atenta contra las finanzas privadas y las de la seguridad social es la "medicina defensiva"; se da como consecuencia de que el médico pudiera ser demandado por un diagnóstico equivocado, por su ignorancia, por los limitados conocimientos ante problemas de salud sencillos, o en los servicios de emergencias, cuando estos son atendidos por estudiantes o profesionales recién graduados con insuficiente experiencia. No son escasos los médicos que basan sus diagnósticos en un exceso de exámenes de laboratorio y otros medios diagnósticos, con un valor económico excesivo y abusivo. Aunque estas herramientas son de enorme utilidad ante diagnósticos difíciles, los médicos deben ser suficientemente prudentes en el uso de estas y saber evaluar los costes y beneficios de las diversas opciones del manejo clínico de su paciente.

Otro aspecto que ha preocupado y discutido con profusión es la relación de los médicos con la industria farmacéutica. Este es un asunto complejo perpetuado desde hace décadas en donde los visitantes médicos de casas farmacéuticas, profesionales en farmacia y aún en medicina, promueven medicamentos para los más diversos padecimientos. Con frecuencia la entrega de nuevos productos va asociada con regalitos variados. Hace algunos años era frecuente la invitación a congresos con los gastos pagados, para ir a exponer las ventajas de un medicamento recién salido al mercado, en un pequeño estudio efectuado en un hospital con valor científico muy dudoso. Los médicos deberán ser muy cautos en la prescripción de medicamentos caros, con la misma fórmula química de otros de menor precio y de la utilidad, de los numerosos nuevos productos que se promueven en sus consultorios.

Los postulados éticos y morales de todos los tiempos y de la medicina de nuestro tiempo es entender que toda acción debe tener como objetivo el beneficio de los enfermos y evitar cualquier acto que redunde en daño, injusticia y peligro para los pacientes, el respeto por su autonomía y el deber de proteger y promover decisiones libres. Es evidente que en los tiempos actuales existen muy diversas y nuevas formas que invitan a desviaciones éticas y morales de la profesión médica. Se señalan anteriormente, como ejemplos, el afán de lucro, la "medicina defensiva" y la relación con la industria farmacéutica. Además, vale resaltar la importancia de la capacitación permanente, de la adquisición de nuevos conocimientos y destrezas, para ejercer una profesión, en donde tenemos en nuestras manos, nada menos y nada más que la salud y la vida de los pacientes.

C. Los errores médicos

Error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente. Los errores médicos son inevitables y concurren gran variedad de circunstancias en que se producen; se estima que

la mitad de estos errores pueden evitarse si se tiene conciencia de ellos y si se toman medidas preventivas.

A partir del Informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, elaborado por la Universidad de Harvard y publicado en 1991, se ha desatado gran discusión y publicaciones muy diversas sobre este tema. Según este Informe, se concluyó que en todos los hospitales de la Unión Americana, según proyecciones de los hospitales de New York, donde se efectuó el estudio, debería haber entre 44.000 y 98.000 muertes anuales por errores médicos. El concepto de error se basa en fallas por razones prevenibles, ya sea para completar una acción planeada (errores de ejecución) o derivadas de utilizar un plan equivocado (errores de planeación) (A. Lifshitz, 2004).

El estudio de Harvard señala un 3.8% de eventos adversos. Otros estudios indican proporciones más elevadas, como el de Australia (1992), 16.6%; el de Nueva Zelanda (1998), 11.3%; Reino Unido (1999), 11.7%; el de Canadá (2002), 7.5%; el de Francia (2005), 5.1% (A. T. Alvarado-Guevara y G. Flores-Sandí, 2009). Aunque las metodologías no son comparables, todos los estudios revelan un problema de grandes dimensiones que se debe analizar cuidadosamente. De los diversos estudios se acepta un promedio del 10% de eventos adversos, en las variadas intervenciones médicas y quirúrgicas.

Los errores pueden ser de muy diferente origen, generalmente ocurren en la fase de diagnóstico, por ejemplo: deficiente historia clínica o del examen físico, retardo en el diagnóstico, pruebas complementarias equivocadas o mal interpretadas; o en la fase del tratamiento, por ejemplo: indicación de una terapia medicamentosa equivocada, dosis no apropiadas, cirugías mal programadas o técnicas quirúrgicas inapropiadas, anestesias mal administradas e insuficientes cuidados postoperatorios. Los errores en el manejo de pacientes psiquiátricos por profesionales con escasa experiencia en este campo son muy comunes.

Se han señalado un conjunto de variables relacionadas con mayor riesgo de errores médicos ((A. Lifshitz):

- Inexperiencia de los médicos o el personal (impericia)
- Introducción de procedimientos nuevos
- Pacientes en los extremos de la vida: niños en cuidados intensivos o en cirugías complejas; dificultad de diagnósticos en los adultos mayores
- Cuidados complejos: enfermos terminales
- Atención de urgencias: médicos en formación o con inexperiencia
- Estancia prolongada
- Insuficiencia de recursos
- Procedimientos mal sistematizados
- Desorden administrativo
- Relación médico-paciente inadecuada

- Relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera)
- Presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los médicos
- Cansancio de los médicos: exceso de horas de trabajo

En nuestro país el error médico no se ha cuantificado; aceptarlo significa un desprestigio para el profesional que así lo hace. Entre las diversas recomendaciones para prevenir el error médico está el desmitificarlo, fomentando un ambiente positivo para su estudio y para su prevención. Desde hace décadas, las sesiones anatomoclínicas de los hospitales son un recurso para verificar los errores médicos, en el diagnóstico de enfermedades o en su manejo terapéutico; aunque esta es una situación extrema en donde no existe retorno. Sin embargo, estas sesiones tienen gran consideración entre los profesionales médicos y estudiantes de medicina, por las enseñanzas que aportan para prevenir errores.

D. Escenarios de trabajo de los médicos

Los médicos se desempeñan en muy diversos escenarios: aquellos que dedican tiempo completo a la investigación y a la docencia, o lo hacen a tiempo parcial; aquellos que ocupan puestos administrativos en las oficinas centrales del Ministerio de Salud y de la Caja, en las Direcciones de Hospitales y Clínicas, Direcciones Regionales y de las Áreas de Salud. También están los que desempeñan misiones de asesorías, nacionales o internacionales. Los médicos que laboran directamente con pacientes lo hacen en cinco escenarios:

- El médico en el hospital
- El médico del EBAIS
- El médico en los servicios de emergencias
- El médico en la consulta especializada
- El médico en su consulta privada

El médico en el hospital

Históricamente este es el principal escenario del trabajo del médico y al que aspiran la mayoría de ellos hoy en día. Su origen se remonta a la antigua Grecia, 400 a 500 años a.C.; se conocieron como templos de *Asclepio*, el dios griego de la medicina y *Esculapio* para los romanos. Eran edificaciones que disponían de salas para atender a los enfermos en consulta, terrazas para ritos y salas de hospitalización atendida por *therapeutes* (médicos en griego) (M. Palacios, 2009). Este sistema fue evolucionando en la época del Imperio Romano, se crearon hospitales militares para atender a las huestes del Imperio y, además, se crearon los llamados *albergues* para esclavos y campesinos pobres; y otros, con excelentes instalaciones para los señores feudales. Los

hospitales (*hospitium*) propiamente dichos fueron creados por Edicto muchos años después en la época del cristianismo, a finales del Imperio Romano (M. Palacios). Estos centros fueron atendidos por diversas órdenes religiosas, que se extendieron en las poblaciones alrededor del Mediterráneo, el continente europeo y posteriormente en las Américas.

A partir del Renacimiento los hospitales se diversificaron e incluían los asilos, lazaretos, albergues y orfanatos. Durante los siglos XVII y XVIII hubo un gran auge en su construcción, principalmente en países como Inglaterra, Francia e Italia, algunos de ellos muy famosos que persisten hasta nuestros días. Paulatinamente, los hospitales dejaron de ser centros de caridad, para ser administrados como entes públicos por los Ministerios de Salud o por la Seguridad Social.

Los hospitales de nuestros días son centros extremadamente complejos en donde se dispone de los más sofisticados instrumentos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Además de los profesionales médicos, diversificados en un gran número de especialistas, existen las más variadas unidades con técnicos muy especializados y una estructura administrativa compleja, que ofrece el soporte para el funcionamiento de esta intrincada institución.

Los hospitales, además de la atención de los enfermos, cumplen otras dos funciones importantes:

a) **Son centros de formación y de capacitación**, de estudiantes de medicina, de otras carreras del área de la salud, programas de posgrado para la formación de los especialistas -por medio de las *residencias*-, de otras profesionales de la salud y de las diversas tecnologías.

b) **Son centros de investigación**, que se manifiesta en las publicaciones de artículos en las revistas científicas, que dan soporte al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en ocasiones con el descubrimiento de nuevas dolencias.

Los hospitales mantienen un programa de educación permanente y los médicos disponen del tiempo para su desarrollo: sesiones clínicas, discusión de casos con estudiantes y otros colegas, conferencias, sesiones anatomopatológicas, foros, reuniones informales y de una biblioteca, con abundancia de revistas médicas, las cuales contienen las últimas investigaciones en los más diversos campos.

En este ambiente, en el que se respira ciencia y tecnología, con una inmensa tradición, donde se concentra lo más selecto de la profesión y donde se ha transitado por varios años, como estudiante y en el posgrado de la especialidad, no es insólito que el médico se sienta excepcionalmente complacido con su trabajo en estos centros. En adición, puede participar como docente en alguna de las Escuelas de Medicina y en algún proyecto de investigación.

En los hospitales más grandes laboran una diversidad de especialistas quienes se distribuyen los pacientes, con lo cual se reduce el número de ellos bajo su responsabilidad. En general, la mitad del tiempo contratado se ocupa en la consulta externa especializada en el propio hospital, o lo hacen en funciones administrativas, como jefe de sección, de clínica o de departamento. Los cirujanos y anestesistas destinan buena parte de su tiempo a los quirófanos.

El médico del EBAIS

El médico del EBAIS es un médico general, exactamente en el otro extremo en que se encuentra el médico del hospital. Algunos de ellos recién egresados de las Escuelas de Medicina hacen el Servicio Social durante un año; otros son contratados en EBAIS, servicios de emergencia o emprenden su trabajo en un consultorio privado. La mayoría de ellos, en los primeros años de egresados, se presentan a los concursos para ingresar a alguna de las residencias; pocos lo logran y después de algunos años desisten de esa meta. Algunos de ellos se sienten satisfechos con su misión, especialmente en las zonas rurales, donde hacen sus vidas y desarrollan su labor profesional con éxito.

El médico del EBAIS asume la responsabilidad de coordinar y dirigir el Equipo Básico, así como participar con los otros miembros del equipo en la solución de los problemas de salud de la población asignada. Debe ser un administrador de los recursos que le otorga el sistema de salud, un organizador de su propio trabajo y de los colaboradores inmediatos. Necesita de la colaboración y el acompañamiento del personal auxiliar y de voluntarios de la comunidad; es un trabajo de equipo. La práctica de la medicina en el primer nivel no es una labor que se puede desarrollar aislada e individualmente.

También, debe conocer las formas de organización social y cómo trabajar con grupos organizados. Debe comprender las técnicas de promoción y educación para la salud y la prevención de las enfermedades. Además, este médico tiene que participar activamente en la vigilancia de la salud y disponer de criterios para desarrollar investigaciones aplicadas a los servicios de salud locales, participar en comisiones y en grupos de análisis de la situación local.

Debe ser un buen clínico y estar al día en el conocimiento y las destrezas de los nuevos criterios de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades comunes en su población, las variadas intervenciones de prevención de las enfermedades y manejar las diversas emergencias. Debe tener criterios firmes para la referencia de pacientes al segundo nivel y a los servicios de emergencias.

El médico de la Atención Primaria de Salud deberá adquirir y renovar nuevos conocimientos y destrezas en el área clínica, emergencias, salud comunitaria y salud pública, temas estos últimos que las Escuelas de Medicina le confieren escasa prioridad en sus planes de estudio.

Sin embargo, la labor del médico del EBAIS está altamente normada mediante las Normas Técnicas y los Compromisos de Gestión; en la consulta, en

promedio de 10 minutos por paciente, dedica gran parte de ellos a escribir en el expediente clínico, ya que las evaluaciones anuales de los Compromisos de Gestión toman en cuenta al pie de la letra lo que está escrito en ese documento. Otra forma de evaluación, es el número de pacientes vistos en el mes, lo cual tiene una importancia decisiva en su desempeño del médico, de acuerdo a las disposiciones administrativas. La tercera forma de evaluación es por medio de los informes; existe una variedad de ellos que es necesario producir: diariamente -informe epidemiológico- cada semana y cada mes. Todo el personal debe producir informes; desde hace algún tiempo el *misceláneo* debe producir un informe mensual para ser enviado a la Dirección del Área.

Aunque las políticas nacionales de salud y las políticas de la Caja son explícitas en la participación comunitaria, en impulsar y apoyar los grupos de autoayuda, el desarrollo de la salud escolar y del adolescente en los centros educativos, la promoción y educación para la salud, el nexo a nivel local con las organizaciones sociales y las instituciones del Estado, nada de esto es posible. No existe tiempo programado para esas acciones y son irrelevantes para las diversas evaluaciones del médico y de los otros integrantes del Equipo Básico.

El médico del EBAIS actualmente está sumido en las normas, en los informes y en las consultas, la mayoría de ellas, consultas por enfermedades de escasa relevancia, los síntomas de los obesos, del estrés y del sedentarismo y el resultado de exámenes de laboratorio. Está sumido en un sistema burocrático que le impide desarrollar las otras actividades esenciales que respondan a impactar en la salud de la población.

El médico en los servicios de emergencias

El médico de los servicios de emergencias en las Áreas de Salud, Clínicas y pequeños hospitales suele ser un médico general. En los hospitales universitarios, son los estudiantes en la fase de internado o de la residencia, acompañados por médicos de esta especialidad. Durante las horas vespertinas y nocturnas, en los hospitales grandes se dispone de un número variable de especialistas de "turno", que son requeridos de forma inmediata de acuerdo a la emergencia presentada; por ejemplo, traumatólogos, neurocirujanos, cirujanos de tórax y otros. En los hospitales pequeños, con servicios de emergencias las 24 horas, y los servicios vespertinos de las Clínicas y de las Áreas de Salud, las emergencias complejas son referidas a los servicios especializados mediante el sistema de ambulancias.

La mayoría de los médicos generales que laboran en los servicios de emergencias vespertinos o nocturnos en los pequeños hospitales, Clínicas y Áreas de Salud, son médicos que a la vez laboran en EBAIS de las Áreas de Salud adyacentes; algunos, complementan su labor y su salario con muchas horas de trabajo semanal y con frecuencia son personas agotadas.

El médico en la consulta especializada

Las consultas especializadas se efectúan en los hospitales centrales, regionales, especializados y en las clínicas tipo III y IV del área metropolitana y de cabeceras de provincia. Los médicos que las ejecutan son especialistas en algún campo de la medicina o de la cirugía. Las referencias a estas consultas provienen de los médicos de los EBAIS y de los propios médicos especialistas, de pacientes que requieran controles adicionales cuando egresan de una hospitalización.

Las consultas especializadas de los hospitales las ejecutan los médicos contratados en ese centro, quienes dedican parte de su tiempo a la consulta externa, como fue mencionado. En las clínicas suelen ser médicos contratados específicamente para esa tarea por tiempo completo de ocho horas o parcial, de cuatro o seis horas.

Las consultas especializadas son un nivel intermedio entre las consultas de los médicos generales de los EBAIS y las hospitalizaciones. Es un nivel de atención muy apreciado por la población y muchas personas se sienten muy confortables y complacidas porque las está atendiendo el "especialista". A la vez, es uno de los puntos "calientes" de la Caja, por las enormes listas de espera que se acumulan y que no han podido resolverse durante años. Para algunos, la solución es formar mayor número de especialistas, para otros, fortalecer el primer nivel y para otros, una organización que no funciona. Probablemente, como en todos los asuntos de la vida y de las organizaciones hay de todo un poco.

El médico en su consulta privada

Antes de la llegada de los hospitales de la seguridad social, buena parte de los médicos laboraban durante las mañanas, de dos a cuatro horas, en los hospitales de la Juntas de Protección Social –frecuentemente *ad honorem*- y posteriormente, atendían su consulta privada. Actualmente numerosos médicos laboran tiempo completo o parcial en los hospitales o clínicas de la Caja y posteriormente atienden sus consultorios; cada vez más son los que dedican tiempo exclusivo a la actividad particular. No mucho tiempo anterior existían sólo tres pequeños hospitales privados en Costa Rica: la clínica Bíblica, la clínica Santa Rita y la clínica Católica. Más recientemente estos centros se han ampliado y modernizado y surgen muchos otros.

Décadas atrás, en las zonas rurales, principalmente, los pacientes que recurrían a una consulta médica privada, la intercambiaban parcial o totalmente, con una o dos gallinas, huevos, queso u otros productos agrícolas de su propia cosecha. Esta práctica desapareció. Salvo excepciones, las consultas particulares se cobran según una tarifa bastante uniforme y según la especialidad. Las tarifas de los médicos generales suelen ser menores. Estos últimos, cada vez con más frecuencia, utilizan terapias de la medicina

complementaria, principalmente la homeopatía, acupuntura, herboterapia y la medicina natural.

Muchas personas prefieren la consulta privada a la que se otorga en la seguridad social, con el argumento que los médicos disponen de más tiempo –como promedio media hora- para escuchar los problemas de los pacientes, examinarlos con detalle, reflexionar acerca del diagnóstico o diagnósticos, prescribir la terapia correspondiente y ofrecer indicaciones adicionales.

Una importante restricción de la consulta privada –y en la seguridad social- con los médicos especialistas, es que estos suelen enfocarse en los asuntos propios de la especialidad y cada vez más, con el advenimiento de las subespecialidades, reducen los campos de acción; es decir, se enfocan al área de su especialidad excluyendo las otras áreas del ser humano. Numerosos pacientes recurren a diversos especialistas y subespecialistas, con los consiguientes costos y el consumo abusivo de medicamentos que prescribe cada uno de ellos.

E. El estrés y las enfermedades de los médicos

Es desconcertante comprobar que los propios médicos(as) experimentan alteraciones intensas de la salud física, mental y social; las actitudes y los estilos de vida que adoptan gran parte de ellos y ellas son muy poco saludables. Los cambios recientes y rápidos en la práctica de la medicina— mayor demanda asistencial, cuestiones relacionadas con la remuneración, la burocracia que cada vez acompaña más a la práctica de la medicina, una mayor responsabilidad y conflictos entre las necesidades de la organización y de los pacientes— representan posibles amenazas para el bienestar del médico (Wallace, J. E. y col.) Existe evidencia que la expectativa de vida de estos profesionales se reduce a varios años con relación a la población general; son propensos al alcoholismo, a consumir en exceso medicamentos y otras drogas, tendencia a la obesidad, a las enfermedades cardiovasculares y alteraciones emocionales profundas.

Los estudiantes de medicina son sometidos a altos grados de estrés por el gran volumen de la información que deben incorporar a su cerebro, para superar las pruebas académicas y por las largas horas de práctica clínica en los hospitales. Esto se repite en los posgrados de las residencias de especialidades. No se les enseña a manejar el estrés y a que adopten un estilo de vida saludable; esto es accesorio. La esencia es inculcar al futuro profesional que la salud del paciente es lo pertinente y que la salud del médico es lo secundario. Muchos médicos y médicas adoptan un trabajo regular de ocho horas en alguna institución, continúan con su consulta privada y no es inusual que hagan una o dos guardias semanales de 24 horas y prescindan de las vacaciones. Estos médicos(as) viven agotados y son propensos a cometer diversos errores en perjuicio de sus pacientes.

En Costa Rica, son escasas las investigaciones sobre este tema. En el 2000, Jiménez-Navarrete y colaboradores, publicaron una encuesta sobre las enfermedades de los médicos que incluía a 724, dos tercios hombres y un

tercio mujeres. Participaron profesionales de diversas instituciones y diferentes partes del país, con los siguientes resultados: 50% eran abstemios, 30% bebedores, de moderados a alcohólicos; un tercio consume 10 o más cigarrillos al día; 5% consume algún psicotrópico o estupefaciente, por más de 7.6 años; 43% practica algún ejercicio, casi siempre los fines de semana; 45% de los hombres y 44% de las mujeres informan tener algún tipo importante de enfermedad, entre ellas alergopatías e hipertensión arterial; los más jóvenes, alteraciones del metabolismo: dislipidemia, hiperuricemia e intolerancia a carbohidratos. El 8% informa tener alguna discapacidad.

VI. UN CAMBIO NECESARIO

En los anteriores capítulos se analizó: la evolución que han experimentado el Ministerio de Salud y la Caja en las últimas décadas; las transformaciones demográficas, las tecnológicas, de las enfermedades, del concepto de salud y de la relación médico-paciente; la formación médica; algunas características de la oferta y la demanda de los servicios; concluyendo con peculiaridades de la medicina de nuestro tiempo.

Después de examinar esos temas, para muchos profesionales e ideólogos de la salud es necesario un cambio del enfoque de la medicina de nuestro tiempo. Existe suficiente evidencia científica que el "modelo biomédico", basado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tiene restricciones. Aunque, son innegables los extraordinarios avances científicos y tecnológicos y la importancia de las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas. Este es el mundo de los hospitales, de las salas de cuidados intensivos, de los servicios especializados de la consulta externa del segundo nivel y de los servicios de emergencias.

Aunque la medicina moderna es una historia de éxitos, las posibilidades de que la gente disfrute de ellos son cada vez más limitadas; los servicios de salud son más excluyentes y la población que tiene acceso a los servicios privados debe invertir montos significativos, lo que sólo unos pocos podrían sufragarlos. La vulnerabilidad financiera de la Caja se hace cada día más evidente, por los costos crecientes de las tecnologías médicas, de su mantenimiento y la formación de profesionales y técnicos cada vez más especializados.

La inmensa mayoría de los médicos asume que su responsabilidad es el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades; así se les formó en las Escuelas de Medicina y esa es la doctrina que prevalece. La prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y las dimensiones mentales, sociales y espirituales quedan postergadas a un segundo o tercer plano.

A. Desafíos de la medicina

Los desafíos de la medicina de nuestro tiempo no son las enfermedades infecciosas y parasitarias, como ocurría hace algunas décadas. Para ellas, existe una extensa gama de vacunas y antiparasitarios de amplio espectro, muy eficientes, y los antibióticos de tercera o cuarta generación, que junto con las medidas sanitarias, la mortalidad por esas dolencias no alcanza el 2% en Costa Rica.

El verdadero reto de la medicina actual es la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) –neoplásicas, respiratorias, cardiovasculares, musculo esqueléticas, neurológicas, mentales y metabólicas– que sobrepasan el 60% de las defunciones y buena parte de las consultas generales y especializadas. Con el envejecimiento acelerado de la población,

estas enfermedades son y serán cada vez más frecuentes y casi siempre requieren tratamiento de por vida.

La patogenia de las ECNT es diferente a las enfermedades infecciosas y parasitarias; entran en juego las dimensiones mentales –el estrés por ejemplo- sociales, –tipo de trabajo- y espirituales –firme y necesaria en los enfermos crónicos y terminales-. A la vez, los determinantes sociales –el ambiente social y el estilo de vida- ejercen un potente impacto en la naturaleza de dichas enfermedades. Generalmente son múltiples los factores que intervienen en el origen de cada una de estas dolencias y para cada persona suelen ser diferentes.

Lo más llamativo es que hace décadas se conoce la multigénesis de estos procesos morbosos, pero el enfoque para abordarlos, desde la medicina, ha sufrido escasos cambios. Un ejemplo de ello es la pandemia de la obesidad y sus consecuencias, en las diversas esferas de la salud de la persona.

Existe un buen número de enfermedades en que la medicina alopática sólo puede actuar con tratamientos de los síntomas por periodos prolongados, con medicamentos que frecuentemente provocan efectos secundarios graves y abarrotan los consultorios médicos de la Caja y de la medicina privada. Entre eso trastornos se incluyen los siguientes: la ansiedad y la depresión, la fatiga crónica, la artritis reumatoide y la artrosis, el lupus en sus diferentes modalidades, el asma bronquial y todas las alergias, el insomnio y las jaquecas, el estrés y la obesidad, colon irritable, la osteoporosis, el dolor de espalda, la esclerosis múltiple, la fibromialgia, el Alzheimer y otro tipo de demencias y los diversos tipos de cáncer.

Cada año surgen nuevos medicamentos para dichas enfermedades, de alto costo, sin que haya mejoría notable para los pacientes. Al contrario, gran número de ellos presentan efectos secundarios severos con secuelas graves. No son pocos los médicos que se sienten frustrados porque sólo pueden ayudar a sus pacientes a mitigar los síntomas de esos padecimientos y nunca su curación.

Para la diabetes y la hipertensión existen medicamentos eficientes y tolerables; son dos enfermedades extremadamente frecuentes, que ocupan la primeras causas de consultas en los y las mayores de cuarenta años, que necesitan tratamientos y controles de por vida. Con frecuencia los pacientes se descompensan y sufren de graves secuelas –derrames cerebrales, infartos de miocardio, embolias, amputación de miembros inferiores, entre otras-, las cuales son las causas de la muerte para muchos de ellos.

B. Medicina tradicional, complementaria y alternativa

Son términos y conceptos que conviene tener bien claros y diferenciados. La OMS define la *medicina tradicional* como todas aquellas que pertenecen a la tradición cultural de los pueblos y que se ha utilizado por siglos o milenios; tal es la medicina china, la ayurveda de la india, la de nuestros grupos

aborígenes. Todas las grandes culturas que nos precedieron contaban con un cúmulo de conocimientos para prevenir y curar enfermedades.

La *medicina alternativa* son métodos y técnicas que se utilizan en vez de la medicina convencional -alopática, occidental o científica- desde una dieta especial para el tratamiento del cáncer -en lugar de la quimioterapia y la cirugía- hasta diversas técnicas extraídas de las diferentes medicinas tradicionales.

La *medicina complementaria* utiliza terapias médicas convencionales y terapias alternativas. El término se utilizó por primera vez en el Reino Unido en la década de los 70, "como un medio de relacionar las técnicas más apropiadas para servir al paciente en las dimensiones física, mental, emocional y de vitalidad o espiritual" (Enciclopedia de Medicina Complementaria, 2001).

Existen muchas formas para clasificar las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias. La que puede servir de guía, con bastante aceptación, es la del Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria de los Estados Unidos (NCCAN), que las clasifica en cinco categorías (J. Carazo-Salas, 2010):

- **Sistemas médicos alternativos:** son sistemas completos en la teoría y en la práctica, tal es el caso de la *medicina tradicional china* o la *ayurveda* de la India.
- **Enfoque mente-cuerpo:** se utilizan gran variedad de técnicas que mediante las funciones mentales afectan funciones y síntomas corporales; por ejemplo la *meditación*, la *psicoterapia*, la *hipno-terapia*, la *terapia de visualización* y las terapias que emplean técnicas creativas como la *músico-terapia*.
- **Terapias biológicas:** uso de sustancias de la naturaleza, de los *alimentos*, hierbas (*herbo-terapia*) y otras sustancias naturales.
- **Métodos de manipulación y movimiento:** son métodos en que se utiliza el movimiento o el masaje de partes o la totalidad del cuerpo: *maso-terapia*, *reflexología*, *quiropaxis*, *osteopatía*, *terapia de la danza*.
- **Terapias sobre la base de energía:** incluyen el empleo de los campos de energía vital; muchas de las terapias de origen oriental tienen este fundamento: *acupuntura*, *acopresura*, *reiki*, *t'ai chi*, *shiatsu*, entre otros.

En las últimas décadas, en los países desarrollados de occidente, cada vez más personas utilizan este tipo de terapias, ya como complemento o ya como sustitutivo de las terapias medicamentosas de la medicina convencional, en particular en los padecimientos crónicos. Por ejemplo, en estudios efectuados en Australia, alcanza el 46% de la población, en Francia el 49% y en Canadá el 70% (J. Carazo-Salas).

Por otra parte, se incrementa la investigación básica y clínica sobre las diversas terapias alternativas y complementarias que confirman su eficacia. Para muchos escépticos el resultado podría ser un efecto placebo; sin embargo, más y más personas en todo el mundo incursionan en este tipo de terapias y obtienen resultados positivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2001 promueve en los países miembros la integración de las medicinas alternativas y complementarias en sus sistemas de salud, debido a que:

“Han demostrado eficacia en áreas como la salud mental, el tratamiento de las enfermedades no transmisibles y el mejoramiento en la calidad de vida en lo concerniente a las enfermedades crónicas, así como para la población en envejecimiento. Aun cuando se requiere mayor investigación, investigaciones clínicas y evaluaciones, las medicinas tradicionales y complementarias han mostrado un gran potencial para el tratamiento de un amplio espectro de necesidades en el cuidado de la salud”

Más países han desarrollado políticas nacionales que incluyen la medicina alternativa y complementaria en sus planes sanitarios. Chile, por ejemplo, le otorga igual importancia a la medicina tradicional como a la medicina convencional o alopática desde 1993 y existe actualmente, en el sur del país, un hospital en la comunidad Mapuche en esos términos (J. Carazo-Salas).

En Costa Rica, el Colegio de Médicos aprobó la homeopatía como especialidad en 1994. Para el 2010 se tienen registrados al menos 19 personas que practican la medicina tradicional indígena aunque no existe ninguna asociación registrada (J. Carazo-Salas). La Acupuntura está inscrita como especialidad médica pero también la practican un buen número de otros profesionales, sobre todo los fisioterapeutas. En la actualidad no existen normas de acreditación para el reconocimiento de buena parte de estas terapias. Cada vez son más los médicos que exploran y utilizan las terapias complementarias en su trabajo cotidiano. Hay que reconocer la labor pionera del Dr. Bladimir Carazo, quien desde hace años decidió incursionar en estas prácticas en su consulta privada, rompiendo con estructuras y convencionalismos que le valieron fuertes críticas.

Medicina holística

La *medicina holística* es un término que tomó fuerza a partir de la década de los 70 del siglo pasado, con el significado de atender la persona en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu. Es una respuesta a las restricciones de la biomedicina. Sin embargo, aunque el término se ajusta perfectamente al concepto de integralidad del ser humano y se acercan al concepto de salud de la OMS, en él se incluye las más diversas extravagancias y se ha utilizado para fines comerciales en todas sus vertientes. Como medicina holística se venden todo tipo de productos, muchos de ellos cuestionados y frecuentemente sin controles sanitarios. Por ello, el término “medicina holística” está tan desprestigiado en la profesión médica.

La salud espiritual

En las últimas dos décadas se produce un despertar de la dimensión espiritual de la salud, que se traduce en abundantes publicaciones, en las revistas médicas más prestigiosas. La espiritualidad debe diferenciarse de lo religioso. Las religiones son organizaciones diversas que ayudan a los humanos a responder a sus propias creencias, prácticas y enseñanzas religiosas. Todas ellas tienen como fundamentos hacer el bien, las normas morales y la certeza de lo *trascendente*, es decir, trascender en el más allá. La *espiritualidad*, por otra parte, es una compleja y multidimensional parcela de la experiencia humana (G. Anandarajah y E. Heith).

Estos autores diferencian tres aspectos de la espiritualidad:

a) El *filosófico o de conocimiento*, que profundizan los teólogos, los monjes y los filósofos, e incluye, los propósitos y las verdades de la vida, las creencias y valores de los humanos y lo trascendente, entre otros aspectos.

b) La *experiencia personal*, abarca los sentimientos de esperanza, la capacidad de dar y recibir amor, las relaciones consigo mismo, con la comunidad, la humanidad y con la naturaleza.

c) Las *conductas y expresiones*, de cómo los individuos manifiestan sus creencias y su estado espiritual, ya sea mediante una relación personal con lo sublime y lo celestial, o, por medio de la música, el arte u otros valores.

En el 2001, una amplia revisión de investigadores de la Clínica Mayo (P. Mueller, D. Plevak y T. Ruman), incluye 350 artículos que relacionan la salud física con espiritualidad y religión y 850, que involucran estas dos variables con la salud mental. Veamos las principales conclusiones de estos autores:

- Existen numerosas investigaciones relacionando la religiosidad/espiritualidad con una vida más larga. Un metaanálisis de 42 estudios y de 126 mil personas, consideradas altamente religiosas, tienen 29% de sobrevivencia mayor, comparadas con las no religiosas. Diversos estudios señalan que las personas religiosas presentan una reducción de la prevalencia de infarto de miocardio y de las enfermedades cardiovasculares.
- Las personas religiosas adoptan conductas saludables como el ejercicio físico, mejor alimentación, uso del cinturón de seguridad, abandono del cigarrillo y mayor uso de los servicios preventivos. Estos grupos tienen menos hospitalizaciones y de menor tiempo.
- Los pacientes terminales adultos comunican con gran frecuencia una mayor religiosidad y sentimientos espirituales, comparado con adultos sanos. Los estudios señalan que la religiosidad de las personas al final de la vida, aceptan mejor la muerte y se asocia con menos ansiedad.

- La religiosidad está asociada no solo con menor riesgo de depresión sino a su recuperación, asimismo con menor ansiedad y temores. Las personas religiosas son menos propensas al consumo de alcohol y otras drogas. En los adictos, su recuperación puede facilitarse enfocando aspectos de religiosidad y espiritualidad.
- En las enfermedades crónicas –asma, dolor crónico, SIDA, enfermedad coronaria, esclerosis múltiple, fracturas de cadera y el cáncer- la religiosidad y espiritualidad es común y puede tener implicaciones importantes para el pronóstico. Estudios longitudinales muestran que el apego a la espiritualidad, están asociados a menor depresión en el curso de la enfermedad.
- Los mecanismos vinculados entre espiritualidad/religiosidad y salud se comprenden a medias, utilizando el método científico, por lo que se requiere mayor investigación y nuevas metodologías. La tradición universal sugiere que los aspectos más importantes de la espiritualidad recaen en la conexión y la fortaleza interna, el confort, el amor, la paz personal y la relación consigo mismo, con los otros, la naturaleza y lo trascendente.

Investigadores del tema (A. Dyer, 2011, S. Mumtaz, 2012) sugieren un nuevo modelo médico, el modelo “bio-sico-social-espiritual”; incluir la espiritualidad como “la cuarta dimensión de la salud”. La Academia Americana de Médicos de Familia recomienda para fortalecer la salud espiritual (G. Anandadarajah y E. Hight, 2001):

- Piense acerca de cosas de su vida que le ofrecen paz interna, confort, fortaleza, amor y conexión.
- Escoja un espacio de tiempo cada día para hacer cosas que le ayuden en su espiritualidad. Estas pueden incluir el servicio comunitario, trabajo voluntario, orar, meditar, cantos devocionarios, lectura de libros espirituales, caminatas por áreas naturales, tiempo para reflexión, yoga, practicar un deporte o atender un servicio religioso.

(Este apartado es un resumen de lo escrito en mi libro en proceso “Yo y mi Entorno”).

C. Un acercamiento al futuro

Estos temas requieren de mucho más discusión en Costa Rica y no es para menos, ya que se trata de la salud, el bienestar y la vida de la población. El Colegio de Médicos y Cirujanos, los sindicatos de salud y otras asociaciones profesionales deberían tener mucha mayor apertura y establecer una discusión seria al respecto. Es evidente que la población utiliza más y más las diversas terapias de la medicina alternativa/complementaria con resultados que le son favorables.

Con el envejecimiento acelerado de la población costarricense son más las personas con ECNT en que la medicina convencional no satisface. Los grupos técnicos de la OMS son enfáticos en exhortar este tipo de terapias, principalmente en las ECNT y recomiendan a los países socios su incorporación en las políticas y en los servicios de salud. Como bien apunta J. Carazo-Salas en su artículo del libro, La Salud Pública en Costa Rica: "es un capítulo que apenas se inicia".

Un paso urgente, es la regulación oficial por parte del Ministerio de Salud y/o los grupos profesionales, creando las normas de funcionamiento y acreditación de las diversas modalidades de medicinas alternativas/complementarias, los perfiles de los planes de estudios para su acreditación y el trámite de los permisos correspondientes para ejercerlas. La carencia de esas normativas, sólo perjudica a multitud de usuarios que hacen uso de esas prácticas, otorgadas por personas no acreditadas y en ocasiones inescrupulosas.

Los servicios de salud del primer nivel de la Caja –los EBAIS- requieren urgentemente remozarse; por ejemplo, retomar el rumbo de los planteamientos enunciados en el Modelo Readecuado de hace 20 años como son: la participación social en salud, fortalecer los comités de salud y los grupos de auto-ayuda; el desarrollo del programa de salud escolar y del adolescente con la colaboración de los docentes en los centros educativos; el nexo a nivel local con las organizaciones sociales y las instituciones del Estado. Retomar el concepto de "atención integral de salud", que por diversas razones ha perdido su rumbo. Los ATAPS, en algunas zonas del país perdieron su función esencial: las visitas domiciliarias; esta es una función importantísima del primer nivel que debe retomarse con urgencia en todas las regiones del país, priorizando las zonas rurales y los barrios marginados urbanos.

Otra vertiente de trabajo de los servicios de salud del primer nivel, es la promoción del *estilo de vida saludable*, particularmente, la alimentación sana y el ejercicio físico cotidiano. Estas actividades no se promueven desde un consultorio médico exclusivamente; es necesario formar grupos de auto-ayuda y el apoyo con gimnasios accesibles a la población de escasos recursos (ver Anexo I). El personal de salud de todos los niveles debería tomar la iniciativa y con ello estimular a sus pacientes a que adopten un estilo de vida sano.

Otro aspecto –que requiere definiciones políticas "duras" -es incorporar en los servicios del primer nivel, terapias de la medicina complementaria. Algunas son fáciles de implementar por los propios médicos de los EBAIS si estuvieran acreditados; otras, requieren centros especializados de referencia. Por ejemplo, iniciar en algunas Áreas de Salud (centros piloto), con terapias ya aceptadas por los medios oficiales, como la fisioterapia, el masaje, la acupuntura, la homeopatía y terapias mente-cuerpo, como la meditación, la hipnoterapia y quizás el yoga. Esta no es una utopía, es un reto con acciones que deberían implementarse a corto plazo.

VII. CONCLUSIONES GENERALES

La práctica de la medicina a mediados del siglo pasado –que algunos colegas recuerdan- y la de inicios de este siglo, tiene características muy diferentes. Los cambios demográficos y el perfil de las enfermedades, enmarcan algunas de sus peculiaridades. Otro cambio significativo es la relación médico-paciente; los pacientes exigen cada vez más y los médicos deben estar a la defensiva, ante demandas que se incrementan. En una sociedad de consumo, con exigencias mayores para mantener el estatus social que los médicos aspiran, unos pocos de ellos, se deslizan en desviaciones éticas; otros, asumen, largas horas de trabajo, no cuidan de su salud y viven agotados.

La práctica de la medicina sigue siendo ciencia, arte y oficio. El arte ha cedido espacio a la ciencia. Los médicos que ejercen su profesión con vocación y con arte, deben mucho de sus nuevos conocimientos, a su práctica y a la observación cuidadosa de sus propios pacientes.

Las especialidades médicas y quirúrgicas, se expandieron a partir de mediados del siglo pasado, paralelamente al desarrollo tecnológico, para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; esta difusión se manifiesta particularmente, en lo que se ha denominado la biomedicina; que a su vez, impregna la ideología de la enseñanza y la práctica cotidiana de los médicos/as.

La biomedicina, centra su interés en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, marginando la prevención y la promoción de la salud, las dimensiones mental, social y espiritual y los determinantes de la salud – sociales, ambientales y del estilo de vida sano-. Aunque estos principios se conocen y se han analizado en múltiples reuniones internacionales desde hace medio siglo, no son tomados en cuenta, o sólo marginalmente para la enseñanza de la medicina y la práctica médica. Predomina la ideología del neoliberalismo en la medicina –de la oferta y la demanda- y la influencia de la poderosa industria farmacéutica.

Hace dos décadas se inició en Costa Rica una reforma importante en el sistema de salud. La Caja asume la totalidad de la atención a las personas en los tres niveles del sistema; el Ministerio de Salud la Rectoría y los programas de salud pública. Se crean los Equipos Básicos (EBAIS) y los Equipos de Apoyo, se divide el país en sectores y áreas de salud, se definen las acciones básicas por grupos de edad, los escenarios de trabajo –centros de salud, de educación, de trabajo, familia y comunidad- y se prioriza la participación social en salud, entre otros aspectos. El Equipo Básico, estaría dirigido por un médico general.

En la actualidad existen alrededor de 1,100 Equipos Básicos y producen algo más de 7.7 millones de consultas. Este primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud; es urgente que se evalúe y se analice con cuidado, para tomar las medidas de su reforzamiento. Los médicos que ejercen en el primer nivel y practican la medicina general, sobrepasa el millar de ellos, la población los aprecia y el país lo necesita.

Estos médicos y médicas cumplen funciones igualmente importantes que los y las especialistas del segundo y tercer nivel; deberá buscarse medidas de incentivos y un programa comprensivo de educación permanente de primera categoría, con el propósito de elevar su prestigio profesional.

El paradigma de las enfermedades infecciosas de tiempos pasados, se modificó y en su lugar la población se enferma de padecimientos crónicas no transmisibles (ECNT); entre ellas están la obesidad, la diabetes, la hipertensión y los tumores. Buena parte de estas dolencias son prevenibles. Para lograrlo o mitigarlas, la población de todas las edades, deberá adoptar un estilo de vida sano; principalmente, el abandono del tabaco, la práctica del ejercicio físico regular y la alimentación saludable.

Las terapias complementarias y alternativas se han generalizado en las últimas décadas. Buena parte de la población hace uso de ellas utilizando una oferta privada, con el propósito de mitigar problemas de salud que la medicina alopática no resuelve. Es necesario crear las normas de funcionamiento y de acreditación, los perfiles de los planes de estudios para acreditarlas y el de los permisos correspondientes para ejercerlas. En el 2001 la OMS recomendó a los países miembros, incorporar estas terapias en los programas de salud, especialmente útiles en las ECNT, para mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen.

ANEXO I:

Estilo de vida saludable, alimentación sana y ejercicio físico

I. Estilo de vida saludable

Son todas aquellas decisiones y conductas que adopta cada persona para prevenir enfermedades y conservar su salud. Se define "como el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre el cual ejerce cierto grado de control" (Marc Lalonde, 1974). Pueden ser decisiones inmediatas como abrocharse el cinturón o cepillarse los dientes; o decisiones, que van a influir a mediano y a largo plazo, como la alimentación sana, el ejercicio físico cotidiano o fortalecer las funciones de la mente.

Adoptar un estilo de vida sano depende del conocimiento, la disciplina y la perseverancia de cada persona. Se reconoce que existen condiciones económicas y sociales adversas, pero a la vez, toda persona tiene el derecho de acceder a este conocimiento. Es un *derecho fundamental*, porque significan la salud y la vida de cada quien, para lo cual, la Caja, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación tienen una responsabilidad sobresaliente en promoverlas y difundirlas a toda la población. Veamos las acciones más importantes:

- **Cero tabacos.** El humo del tabaco transporta unas 400 sustancias tóxicas y 55 de ellas son potencialmente cancerígenas. No existe ninguna acción preventiva para los diversos tipos de cáncer como la omisión de inhalar el humo de tabaco.
- **Alimentación saludable.** Una alimentación sana incluye el consumo de *diversidad de alimentos* en cantidad moderada. Requerimos aportar diariamente una cantidad óptima de nutrientes, principalmente vitaminas y minerales que contienen las frutas y hortalizas; el agua es fundamental. Químicamente somos lo que comemos; si comemos chatarra nos convertimos en chatarra.
- **Ejercicio físico,** hay que vencer el sedentarismo; no existe ninguna posibilidad de que mejore su salud física, mental, social y espiritual si la persona se queda apoltronada. Ayuda mantener el peso normal y mejora el ánimo.
- **Conocer y mantener el peso normal.** La obesidad es la causa asociada de un sinnúmero de enfermedades de nuestro tiempo. Cada persona debe conocer su peso normal y mantenerlo de por vida.
- **Higiene corporal.** Incluye la limpieza de la piel, el cabello, los dientes, las manos, las uñas, los pies, los genitales y el uso de ropa limpia.

- **Dormir siete a ocho horas todos los días**, hace que el cuerpo descanse y se cumplan funciones importantes de la mente –almacenar información en la memoria, por ejemplo- y contribuye a reducir el estrés.
- **Fortalecer las funciones de la mente.** La mente, al igual que los músculos, necesita *ejercitarse todos los días* para que no se deteriore: lecturas variadas, nuevos conocimientos, desarrollar ocupaciones diversas y conversaciones amenas. Quedarse en pensamientos repetitivos no es ejercitar la mente.
- **Una buena dosis de amor, de tolerancia y honestidad**, consigo mismo(a), con los demás y con la naturaleza. La salud social, mental y espiritual depende en mucho de estas premisas.
- **Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio.** Existen centenas de actividades, de las que se puede seleccionar algunas, según la preferencia de cada quien, que estimulen la mente, el cuerpo y el espíritu.
- **Fortalecer el espíritu**, según su propia creencia religiosa. M. Gandhi recomendó orar todos los días, al menos al levantarnos y al acostarnos. La oración nos acerca al Ser Supremo.

II. Alimentación sana y equilibrada

Probablemente existen pocos conocimientos más importantes para cada persona, como lo referente a una alimentación saludable. Es inaceptable que los niños y los jóvenes, al terminar la escuela primaria y secundaria, no tengan absolutamente claro los principios de una alimentación sana, los daños a su salud de la comida chatarra y la importancia de mantener el peso normal de por vida.

El indicador más potente para conocer si la alimentación es apropiada en calorías, es *mantener el peso normal durante toda la vida*. Muchas personas en nuestro tiempo se someten a dietas muy diversas, generalmente desequilibradas en algunos nutrientes. Es un error grave. La *alimentación sana y equilibrada* consiste en consumir una diversidad de alimentos que sean de nuestro gusto, bien preparados y en pequeñas porciones. Los franceses son expertos en estos principios y es el país que menos gordos tiene en el mundo occidental.

La alimentación sana y equilibrada parte de algunos principios básicos:

- a) Cualquier cambio en los hábitos alimentarios debe ser prudente y lento; deben ser discutidos y aceptados por la familia.
- b) La alimentación sana *comienza en el supermercado*. Es necesario programar los menús de cada semana y comprar lo indispensable, así se ahorra dinero y kilos.

- c) La alimentación sana y equilibrada debe comprender gran variedad de alimentos que *deben ser de su agrado*; puede comer de todo con prudencia, aún los alimentos que se han indicado como dañinos; pequeñas porciones y de vez en cuando son aceptables.

Recomendaciones:

- **Tres comidas al día**, refuerce el desayuno. El queso y los huevos son excelentes alimentos para comenzar el día. No coma entre comidas, excepto pequeñas meriendas con el café o té, a media mañana y a media tarde, descarte los "snacks". La comida de la noche debe ser la más reducida. El estómago y los intestinos necesitan pausas para su normal funcionamiento.
- **Consuma más frutas, hortalizas y verduras.** Las frutas se pueden consumir con el desayuno y en las meriendas. Hay que volverse una experta(o) en ensaladas de vegetales. Estos alimentos aportan la mayor parte de las *vitaminas y minerales* que el cuerpo necesita; además la *fibra* y la *clorofila*; esta contribuye a mejorar la oxigenación del cerebro.
- **Mínimo consumo de grasas.** Evite todas las frituras, la margarina y la mantequilla y use poco aceite vegetal para preparar los alimentos. Existen tres clases de grasas:
 - *Insaturadas o polinosaturadas*, son las grasas "buenas", presentes en los pescados, ricos en omega3 (incluye el atún), frutas secas (almendras, nueces y avellanas), los aceites de origen vegetal, principalmente el de oliva, de maíz y girasol. Son las grasas que debemos consumir de preferencia.
 - *Grasas saturadas*, presentes en los alimentos de origen animal: la grasa incorporada a la carne de res o de cerdo, la leche, la piel de pollo, la natilla, embutidos y en el aceite de coco; deben consumirse con bastante moderación.
 - *Grasas trans*, es el grupo de grasas considerado como muy dañino. Se forman en el proceso de solidificación de la mantequilla y la margarina (hidrogenación), o cuando el aceite o la grasa se exponen a temperaturas muy elevadas para elaborar alimentos: hamburguesas, papas fritas, palomitas de maíz, platanitos, yuquitas, tortillitas -todos los llamados "snacks"-, empanadas, tacos, y otros.

Este último grupo son las grasas "malas": elevan el colesterol "malo" (LDL) y los triglicéridos, y reducen el colesterol "bueno" (HDL); se adhieren a las paredes de las células del sistema circulatorio, alterando su estructura y sus funciones; son responsables directas de infartos del corazón y los derrames cerebrales, la primeras causas de muerte en Costa Rica.

En una alimentación sana se deben reducir el consumo de las grasas saturadas y sobre todo las *trans*. Es imposible eliminarlas, aunque en pequeñas cantidades, el cuerpo las asimila sin daños.

- **Mínimo consumo de azúcares y carbohidratos refinados:** harinas, galletas, pan, pastas, dulces de todos tipos, chocolates y los refrescos gaseosos. Estos alimentos son adictivos, se convierten fácilmente en grasa y elevan los triglicéridos. Si se decide bajar kilos, se debe reducir o abandonar este tipo de alimentos, de lo contrario nunca se conseguirá. La sacarina es un recurso para el café, el té y en los frescos naturales.
- **Consuma alimentos con abundante fibra:** vegetales de todo tipo, frijoles, lentejas, pan integral y otros alimentos integrales. Estos alimentos ayudan a evitar el estreñimiento, los temibles divertículos del colon, algunos tipos de cáncer y favorecen la digestión.
- **Tome agua en abundancia, hidrátese:** el agua es un potente activador del metabolismo. Tome agua del tubo, mucho más económica que la embotellada.
- **Mastique bien cada bocado, tómele el gusto a los alimentos:** esto le evitará la gastritis y otros trastornos digestivos. Tenga consciencia de lo que está comiendo y disfrútelo. Muchas personas no comen, tragan como los felinos. Esto tiene enormes consecuencias negativas para la digestión y la salud.
- **Visualice el plato de comida en tres porciones:**
 - **La de arriba a la izquierda debe contener los alimentos ricos en proteínas:** huevo, carne, pescado, queso, frijoles, lentejas, garbanzos o picadillos de vegetales con carne molida.
 - **La de arriba a la derecha ensaladas vegetales:** de todo tipo (excepto de caracolitos, ensaladilla rusa o con excesos de mayonesa), verduras como el chayote, vainicas, ayote, coliflor, zanahoria, brócoli.
 - **La de abajo al centro fuentes de carbohidratos no refinados:** arroz, pan integral, tortilla, plátano, papas (cocinadas o al horno) y otras. Esta última porción debe consumirse con moderación.
 - **Las tres porciones deben tener cierta proporción; no se debe abusar de la tercera.** El *casado* es un buen ejemplo: contiene huevo o carne o pescado y frijoles (primer tercio); ensalada variada de vegetales (segundo tercio); arroz, plátano y tortillas (tercer tercio). Si se come en volúmenes moderados y con poca grasa en sus componentes, es un excelente platillo para el almuerzo.
- **Conozca su peso normal en Kg** y pésese cada semana, a la misma hora y con mínimo de ropa. Anótelos en una libreta o agenda. Si está con sobrepeso, póngase metas para perderlo, de dos a tres Kg por mes.

III. Ejercicio físico

Vencer el sedentarismo es uno de los pasos más importantes de la vida. Los niños y los adolescentes son más propensos a los juegos y casi siempre disponen de espacios en sus centros educativos. Los adultos jóvenes, hombres y mujeres, generalmente practican un deporte o asisten a un gimnasio; tanto hombres como mujeres se preocupan por su figura ya que están en la búsqueda de su pareja. El problema está después de los 30, en que la mayoría se vuelve sedentaria.

Existe abundante información científica de que la actividad física es un potente protector contra el infarto de miocardio, la hipertensión arterial, los accidentes cerebrovasculares, la prevención de la obesidad y la diabetes; cada vez existe mayor evidencia que la actividad física reduce la prevalencia de algunos tumores como los de colon, mama y pulmón, la depresión y la ansiedad y reduce el riesgo de demencias.

Diversas investigaciones señalan que **la caminata rápida (120-130 pasos por minuto), de 30-40 minutos cada día, cinco días a la semana,** son suficientes para estar en forma. Si además, le agrega algunas flexiones y extensiones con pesas para los brazos y cuatro series de 25-40 abdominales, se está haciendo lo correcto. **La asistencia a un gimnasio y la práctica regular de algún deporte** son otras formas de ejercitarse.

El ejercicio físico tiene numerosas ventajas:

- **Es un anti-viejo(a):** lleva más sangre y oxígeno al cerebro, el corazón, los riñones y a todos los órganos y tejidos del organismo; aumenta la circulación en los capilares del cerebro y la actividad cerebral.
- **Es un fuerte estimulador del sistema inmunológico,** lo cual ayuda a prevenir infecciones de todo tipo y a eliminar las células cancerosas que circulan por la sangre y el sistema linfático.
- **Contribuye a perder peso:** es un potente activador del metabolismo, seguramente el mejor; el cuerpo consume más glucosa y grasa. La persona que practica ejercicio físico se vuelve más activa, menos perezosa y propensa a emprender nuevas actividades y proyectos.
- **Es un poderoso antiestrés:** activa la producción de endorfinas y encefalinas en el cerebro, las llamadas "hormonas de la felicidad".
- **Es un vigoroso antidepressivo:** por el mecanismo anterior. Mejora el insomnio y estimula el buen ánimo.
- **Previene la osteoporosis:** estimula la fijación de calcio en los huesos mediante el golpe de cada paso; esto es válido no solo para los huesos de las piernas y la cadera, sino para todo el esqueleto. La exposición al sol -durante la caminata-, activa la formación de vitamina D en la piel, responsable de fijar el calcio en los huesos.

- **Mejora el perfil de las grasas sanguíneas**, reduce los triglicéridos y aumenta los niveles de HDL –el colesterol bueno–.

Las endorfinas y encefalinas, son dos sustancias químicamente semejantes que se originan en el cerebro; son neurotransmisores y tienen, además, funciones similares a la morfina; se les conoce como morfina endógena (interna), porque la produce el propio organismo y también como las “hormonas de la felicidad” porque producen bienestar, satisfacción y hasta euforia. El principal estímulo para su producción es el ejercicio físico, aunque también pueden estimularse con los masajes, la risa y las caricias, entre otros.

Estos grandiosos beneficios para la salud física, mental, social y espiritual se pueden lograr con un poco de disciplina y perseverancia y, dedicarle unos minutos de la vida cada día. Depende de uno mismo y de nadie más. Vale la pena intentarlo.

Estrategias para alcanzar los hábitos de ejercicio físico y alimentación sana

Se sugieren tres de ellas, que podrían aminorar la pandemia nacional. La primera, le corresponde liderarla y ejecutarla al Ministerio de Salud; la segunda, la responsabilidad es del Ministerio de Educación y la tercera, debería incorporarse en los servicios de salud en todos los niveles, es decir, a la Caja.

- **Campaña nacional de promoción**

Se deberá involucrar todos los medios posibles de comunicación, incluyendo las redes sociales de Internet, la radio y el material impreso. Además, deberá incluir la evaluación, asesoría y supervisión de todos los expendios de comidas, preparadas en las instituciones del Estado, los centros de trabajo y los comedores populares. En todos ellos, es necesario impartir cursos de capacitación para los responsables del acopio y la preparación de alimentos, -al igual que los cursos de manipulación de alimentos- para la elaboración y oferta de menús saludables. Es una tarea formidable pero necesaria.

La población del país debe conocer con claridad: los beneficios y los diversos tipos de ejercicio físico para estar en forma; los fundamentos de la alimentación sana; el papel de los carbohidratos refinados y los azúcares en la formación de la grasa corporal; los alimentos que contienen las grasas *trans* y su efecto en las lesiones de las arterias y, las secuelas de la comida “chatarra” para la salud, entre otros temas.

- **Fortalecer la enseñanza de la práctica del ejercicio físico y la alimentación sana en el sistema educativo**

Es una estrategia de singular importancia para la prevención a largo plazo. Los niños y jóvenes están en mejor disposición de adoptar la alimentación sana y la práctica del ejercicio, si conocen sus ventajas. El Ministerio de Educación dio un paso relevante regulando la sodas escolares; este programa deberá

supervisarse estrechamente para evitar las desviaciones. La estrategia deberá comenzar por los mismos educadores –durante la huelga del mes de mayo del 2014, la televisión mostró la evidente obesidad en la mayoría de ellos y ellas-. Además, se debería fortalecer la formación y la capacitación de los docentes, comenzando en las universidades; incorporar en la asignatura Educación para el Hogar estos temas, enfatizándolos; fortalecer las actividades deportivas en escuelas y colegios, como base para un programa de ejercicio físico a largo plazo y de por vida.

- **Reforzar la práctica de ejercicios y alimentación sana en todos los niveles del sistema de salud**

Deberá producirse un cambio profundo en la actitud y en las acciones del personal de salud:

- *Mayor conocimiento y la convicción* de que la obesidad, el sedentarismo y el estrés representan una pandemia de grandes proporciones. Los médicos, enfermeras, administrativos y técnicos deberían adoptar un estilo de vida saludable, practicar el ejercicio físico regularmente y adoptar una alimentación sana. Buena parte de ellas y ellos son sedentarios, están obesos y viven con diversos grados de estrés. Es necesario establecer programas especiales, por ejemplo, los *grupos de autoayuda*, en cada uno de los establecimientos, incluidos en el Programa de Salud Ocupacional de la Institución.
- *Prescribir en las consultas médicas*, con receta, el ejercicio físico: caminata rápida 30 minutos cinco días a la semana, un deporte o la asistencia a un gimnasio. Suministrar a los pacientes un volante con los principios de la alimentación sana y las ventajas del ejercicio físico para la salud.
- *Grupos de ayuda mutua o de autoayuda*; el manejo de la obesidad y el sedentarismo, como otros problemas de conducta, responden con éxito a esta estrategia, conocida por años entre los grupos de Alcohólicos Anónimos. Es necesario formar estos grupos en las sedes de los EBAIS y en las Clínicas.
- *Cada usuario debe conocer su peso normal en Kg.* La mayoría lo desconoce; el Índice de Masa Corporal no lo indica. Es urgente incorporar un método sencillo en los servicios de salud, para que cada persona conozca su peso normal en kilos y pueda así establecer metas para alcanzarlo y mantenerlo.

ANEXO II:

Terapias de la medicina tradicional, complementaria y alternativa

Desde tiempos remotos, en la antigua Grecia y en otras culturas se conocía el aforismo “no se debería intentar curar la parte sin tratar el todo”. Es necesario romper el tabú, el prejuicio, la ignorancia, la indiferencia y la subvaloración de las formas y prácticas sanadoras no convencionales. Este anexo pretende resumir los alcances y señalar los principales beneficios de la medicina alternativa y complementaria que, en general, todas ellas incorporan el componente integrativo de cuerpo, mente y espíritu.

El Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria de los Estados Unidos (NCCAN), las clasifica en cinco categorías (J. Carazo-Salas, 2010). El primero de ellos, los *sistemas médicos alternativos* o de medicina tradicional –medicina China, Ayurvédica y la tradicional de diversas culturas aborígenes– no serán tratados en este anexo, excepto la acupuntura y la acupresura, procedimientos estos, de la medicina China. La clasificación de la NCCAN es la siguiente:

- **Sistemas médicos alternativos:** son sistemas completos en la teoría y en la práctica, tal es el caso de la medicina tradicional china, la ayurveda de la India o la medicina tradicional de nuestros antepasados.
- **Enfoque mente-cuerpo:** se utilizan gran variedad de técnicas que mediante las funciones mentales afectan funciones y síntomas corporales; por ejemplo la meditación, la psicoterapia, la hipnoterapia, la terapia de visualización y las terapias que emplean técnicas creativas como la musicoterapia.
- **Terapias biológicas:** uso de sustancias de la naturaleza, hierbas (herboterapia), alimentación y otras sustancias naturales.
- **Métodos de manipulación y movimiento:** son métodos en que se utiliza el movimiento o el masaje de partes o la totalidad del cuerpo: masoterapia, reflexología, quiropraxis, osteopatía, terapia de la danza.
- **Terapias sobre la base de energía:** incluyen el empleo de los campos de energía vital; muchas de las terapias de origen oriental tienen este fundamento: acupuntura, acupresura, reiki, entre otros.

La información que se expone seguidamente, se basa en lo fundamental, de los diversos capítulos de la Enciclopedia de la Medicina Complementaria, recopilados por Michael Endacott y publicados por la Editorial Grijalbo, Barcelona, España (ver bibliografía).

I. Enfoque mente-cuerpo

A. Meditación

Cuando se practica la meditación en realidad es comenzar por practicar la concentración; es una actividad continua de dirigir la mente hacia un solo centro de atención. Al dirigir la atención hacia un solo punto, de una forma suave y persistente, la mente se vacía de pensamientos y la persona puede caer en un estado de meditación. Esta práctica exige un esfuerzo consciente para volver a centrar la atención cada vez que la mente se ha distraído. La meditación es natural, fácil de aprender y segura. Sus beneficios se encuentran registrados en todas las grandes tradiciones espirituales del mundo.

Existen diversas técnicas de meditación, una de las más conocidas es la *meditación trascendental*; durante esta práctica la mente se serena y experimenta niveles puros de pensamiento. No supone una religión, filosofía o control de la mente. Influye profundamente sobre el cuerpo y viceversa. Los estudios de las últimas décadas –en más de 200 universidades– publicados en diversas revistas científicas, resaltan los siguientes beneficios: reduce el estrés, aumenta la creatividad, mejora la memoria y la capacidad de aprendizaje, aumenta la calma interior, reduce el insomnio y reduce la ansiedad y la depresión, entre otras.

B. Psicoterapia

En los primeros tiempos la psicoterapia se consideró como un tratamiento médico del cerebro/mente y fue practicado por médicos psiquiatras. La psicoterapia médica se basó, principalmente en la teoría psicoanalítica de S. Freud, hace más de cien años, quien inventó el psicoanálisis y que aún se practica por sus seguidores.

En la década de los 50, Abraham Maslow inicia un nuevo movimiento que revolucionaría la naturaleza de la psique y la psicoterapia: la "psicología humanista". La psicología humanista rechazó el modelo de enfermedad y promulgó un modelo curativo basado en el crecimiento y la emancipación. El paradigma de la psicología humanista es holístico y relacional, antes que mecanicista y causal; reconocen múltiples versiones del mundo y aceptan que la verdad siempre es personal y, en parte, una construcción social, al menos en los asuntos humanos. El psicoterapeuta humanista no cura o sana a los pacientes, sino que ellos se curan a sí mismos. La consulta es informal y relajada, sin diván alguno.

La psicoterapia humanista aborda diversos temas en personas de todas las edades. Los más corrientes son:

- **Relaciones:** enriquecimiento y terapia matrimonial, creación de relaciones, problemas sexuales, paternidad y maternidad, relaciones de trabajo.

- **Trauma y pérdida:** muerte, divorcio, pérdida de un ser querido, enfermedad grave, recuperación de un trauma, violencia, maltrato, violación, maltrato sexual infantil.
- **Identidad:** Cuestiones esenciales ¿Quién soy yo? ¿Qué significa mi vida? ¿Estoy loco? ¿Cómo debería vivir? Identidad sexual. Cuestiones vocacionales y motivacionales.
- **Dolor psicológico:** depresión, ansiedad, fobias, compulsividad, impulsividad, estrés, adicciones, engaños, alucinaciones.
- **Desarrollo personal:** creatividad, auto trascendencia, espiritualidad.
- **Psicología del deporte:** motivación, rendimiento, trabajo en equipo.
- **Enfermedad física:** enfermedad cardíaca, cáncer, fatiga crónica, enfermedad relacionada con el estrés, diversas enfermedades crónicas -úlceras, artritis, diabetes, cefaleas, alergias, asma, lumbalgias-; la psicoterapia puede ayudar a su recuperación.

Existe diversas corrientes de terapias humanistas; hay cientos de psicoterapias con nombre de marca, que no se van a enunciar en este resumen.

C. Hipnoterapia

La *hipnosis* es un estado similar al sueño, inducido artificialmente, en el que el individuo alcanza una gran concentración y se muestra extremadamente sensible a las sugerencias hechas por el hipnotizador. Estar hipnotizado supone hallarse en estado *alfa* –un estado de alta concentración entre el sueño y la vigilia- en que la persona es más receptiva a la sugestión. El estado hipnótico se puede estimular mediante diversas técnicas, desde simple inducción verbal hasta un método de seducción ocular estimulado por un objeto en movimiento. El hipnoterapeuta puede ayudar a pacientes a sustituir los pensamientos negativos por otros mucho más positivos. En 1958, la Asociación Médica de los Estados Unidos aceptó el hipnotismo como una modalidad terapéutica.

La *hipnosis* se utilizaba ya en el antiguo Egipto como anestésico en prácticas quirúrgicas. Posteriormente diversos médicos la utilizaron: J. Braid acuñó el término de *hipnotismo* a mediados del siglo XIX; S. Freud (1856-1939) y M. Erickson (2001-1980) en el siglo XX utilizaron el hipnotismo en diversos pacientes con éxitos sobresalientes. El hipnotismo puede utilizarse para tratar muy diversas afecciones:

- Depresión, personalidades múltiples, ansiedad, trastorno bipolar, problemas de concentración, impotencia, anorexia, insomnio, estrés y las neurosis.
- Alergias, dolor artrítico, cefaleas, colitis, asma, enfermedad cardíaca.
- Muchos dentistas utilizan la hipnoterapia como complemento a la anestesia tradicional.
- Como herramienta de modificación de comportamiento: dejar de fumar, perder peso, adicción a drogas.

D. Terapia de la visualización

Es el proceso de pensamiento que involucra una imagen mental interior, habitualmente con intervención del sentido de la vista, aunque se logra con la intervención de otros sentidos. Esta práctica puede estar dirigida por uno mismo o por un profesional. Una de las ventajas es que una vez que la persona aprende a utilizar la técnica, ella misma la utiliza en forma regular con grandes ventajas. Alterar o cambiar activamente en el interior de nuestras mentes, altera nuestras expectativas y percepción de una enfermedad o incapacidad y modifica el curso y el resultado de cualquier enfermedad.

Otras formas en que la visualización tiene utilidad es en la representación teatral, la práctica del deporte, la preparación de entrevistas y de conferencias. Por ejemplo, cuando el golfista o el jugador de fútbol visualizan su acción sin golpear la pelota, se activan todos los músculos que intervienen en la actividad. Es muy utilizada en los deportistas de alto rendimiento. La visualización se puede utilizar individualmente o en grupos y existe muy diversas técnicas, principalmente aquellas que llevan a la relajación.

E. Musicoterapia

La actividad musical hace participar simultáneamente varios de los sentidos. Al tocar un instrumento musical, se activa el oído, la visión, el tacto, el equilibrio y el movimiento; así como, se intensifiquen las respuestas neurológicas. Esto es de particular importancia si existe algún daño en alguna zona específica del cerebro.

La música según Sears (1968) ofrece tres clases de experiencias características: a) Las estructuras musicales –ritmo, melodía, forma- ofrecen puntos de referencia para las respuestas de comportamiento; b) la música sirve como estímulo para respuestas que no se pueden observar con facilidad, incluidos los sentimientos y pensamientos sobre diversos asuntos; c) el ambiente musical ofrece a los participantes la oportunidad de participar en relaciones como el apoyo mutuo, que conducen al crecimiento terapéutico.

Los musicoterapeutas utilizan una gama de actividades musicales que incluyen: escuchar, moverse, interpretar, cantar, análisis lírico, escritura lírica, formación y mejora guiada de imágenes mentales. Las preferencias del paciente –y del grupo- son muy importantes en la elección de la música y los estilos musicales que se deben utilizar.

Los musicoterapeutas se desempeñan en los diversos campos de la educación especial: niños y jóvenes en riesgo y con discapacidades del desarrollo, del aprendizaje, autismo, trastornos del lenguaje, discapacidades físicas, problemas de comportamiento y dificultades visuales y auditivas. También, en atención de adultos mayores, en programas diurnos y residenciales, para enfermos psiquiátricos y adultos con retraso mental. El principal papel es mejorar la calidad de vida de estas personas.

Para todas las personas, de todas las edades, la buena música es un halago y una complacencia para la mente y para el espíritu. Hay que aprender a disfrutarla.

II. Terapias biológicas

A. Herboterapia

La *herboterapia* medicinal contempla el uso de plantas completas o partes de las mismas para el tratamiento de enfermedades y el mantenimiento de la buena salud. Constituye la forma más antigua de la medicina que se conoce y se ha practicado durante miles de años. La historia de la *herboterapia* es la historia de la misma medicina. Hoy la herboterapia es una mezcla entre la tradición y la ciencia moderna.

La actividad y los efectos terapéuticos de un producto vegetal o mezcla de ellos son el resultado de la acción combinada de sus numerosos constituyentes que actúan juntos. Un medicamento ortodoxo puede ser un sencillo compuesto, ya sea aislado a partir de una fuente vegetal o sintetizado en un laboratorio. Con frecuencia, algunos constituyentes de la planta completa pueden amortiguar los efectos secundarios que de otro modo pueden ser nocivos.

Las plantas se pueden utilizar de muy diversas maneras, las más frecuentes son: crudas en ensaladas, en infusión, jarabe, maceración, ungüentos, cocción, cataplasmas, además de la presentación en cápsulas de las más diversas plantas medicinales con cantidades reguladas y autorizadas por el Ministerio de Salud.

En Costa Rica existe una enorme tradición en el uso de plantas medicinales y muchas familias, cultivan en el patio varias de ellas; por ejemplo, la menta, manzanilla, ruda, el orégano, la sábila y otras muchas. Igual se puede encontrar una variedad de estas plantas –secas en raíces, tallos y hojas- en los mercados y otros expendios. La Facultad de Farmacia y el Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica tienen una larga trayectoria de investigación, de numerosas plantas medicinales costarricenses, de extraordinario valor que se impone revisar (García-González y Morales).

B. Alimentación-Nutrición

La *alimentación* forma parte del concepto de un cuerpo sano. “Químicamente somos lo que comemos”. El cuerpo humano está gobernado en casi todos los aspectos por los alimentos que consume y utiliza. Existe la certeza entre los nutricionistas, los médicos y científicos en estos campos, de que mantener una alimentación sana y equilibrada en los diferentes nutrientes, contribuye a mantener la salud física, mental, social y espiritual.

En los primeros seis meses de vida la leche materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento y desarrollo. A partir de

esa edad, paulatinamente, se introducen otros alimentos que el ser humano consume diariamente durante toda su vida. La salud depende de *pequeñas decisiones* que cada día se toman para elegir los alimentos que se deben consumir. Estos aportan energía –calorías- y diversos nutrientes –proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales-, además del agua que es absolutamente importante.

En las últimas décadas, se ha producido un cambio de forma progresiva, en los hábitos de alimentación en la población de los países de occidente. Existe un aumento desmedido de restaurantes de comidas rápidas, “fast food” o “comidas chatarra”, donde se venden hamburguesas, papas fritas, refrescos gaseosos, postres de pastelitos fritos azucarados y helados; en otros, se sustituye la hamburguesa por pollo frito con su piel. El tamaño de los vasos de los refrescos gaseosos, repletos de azúcar, suele ser de 500 o 750 ml.

Paralelamente a esta oferta masiva de comida rápida, en los supermercados y en otros expendios de alimentos, se presenta una variedad de productos enlatados, congelados, en bolsas, en cajas, en botellas, elaborados con *azúcar y carbohidratos refinados*.

Para reforzar el consumo en los restaurantes de comida rápida y la compra en supermercados, existe una poderosa propaganda de la gran industria alimentaria, en todos los medios de comunicación, incitando a las personas para que visiten ese tipo de restaurantes y los adquieran en los supermercados. El resultado es un aumento desmedido del sobrepeso y la obesidad, que representan una *pandemia* de grandes proporciones y con repercusiones inmensas en la salud.

Existen alimentos vegetales curativos y con características especiales que ayudan a mantener la salud (J. Pamplona-Roger):

- **Laxantes:** las ciruelas, berenjena, acelgas, tamarindo.
- **Antioxidantes:** naranjas, guayaba, cítricos en general -aportan vitamina C-; los que aportan vitamina E –frutos secos, avellanas, nueces, germen de cereal-; los ricos en carotenos y vitamina A -zanahoria, espinaca y todos vegetales verdes y amarillos-.
- **Preventivos del cáncer:** el brócoli, coliflor, cítricos, tomate.
- **Diuréticos:** apio, berenjena, melón, sandía, espárragos, puerros.
- **Astringentes:** manzana, membrillo, caqui, caimito, níspero.
- **Antisépticos urinarios:** arándano.
- **Protectores hepáticos:** alcachofa, nísperos, cardos.
- **Reminerilizantes:** coco –muy rico en magnesio, calcio y fósforo-, almendras, alfalfa, col, naranjas.

- **Digestivos:** piña, papaya, calabaza, papas.
- **Hipolipemiantes:** aguacate –desciende nivel de colesterol y triglicéridos sanguíneos-, frijoles, nueces.
- **Antianémicos:** pistachos –contienen más hierro que las lentejas, además de cobre y otros oligoelementos-, espinacas, remolacha, albaricoques.

C. Medicina naturopática

La *medicina naturopática* surge a principios del siglo pasado, principalmente en los Estados Unidos e Inglaterra, como una reacción a la medicina que entonces se practicaba. Los precursores incluyen el herbolismo nativo europeo y norteamericano, las costumbres hacia la comida sana, la cultura física, la tradición hidroterapéutica, la medicina homeopática, la higiene natural y los avances de la fisioterapia y mecanoterapia; todos estos elementos se conjugan en lo que se conoce como *medicina naturopática*.

Es una filosofía de la curación que se centra en restaurar la salud antes que destruir la enfermedad. Eso se logra mediante diversas terapias que es el resultado natural de la filosofía. Las terapias funcionan mejor cuando se aplican siguiendo un orden racional definido por el proceso curativo natural del organismo. El proceso se divide en dos fases: la primera destinada a crear dentro del organismo las condiciones que permitan alcanzar la salud y que eliminen los elementos que perturban la función normal; la segunda, destinada a la aplicación de terapias apropiadas, siguiendo un orden natural, que estimule el proceso curativo.

El resultado de la aplicación de la *medicina naturopática* debe ser predecible, observable y repetible; en consecuencia, se puede comprobar la repetición y lo predecible de este sistema en situaciones clínicas, lo cual conduce a una base científica para la evaluación y la práctica.

D. Homeopatía

La *homeopatía* es un tratamiento médico que emplea sustancias naturales diluidas para estimular las defensas naturales del cuerpo. Cuando se está sano esas defensas son efectivas y eficientes. Su objetivo, por ejemplo, no es matar el virus de la gripe para que sus síntomas no sean tan intensos, sino más bien conseguir que las propias defensas del enfermo sean más efectivas. Esa intensificación del esfuerzo defensivo tiene como resultado la muerte del virus y la recuperación del enfermo.

Samuel Hahnemann (1755-1843), médico alemán, formuló la teoría de que la acción curativa del medicamento sobre la enfermedad, estaba relacionada con la capacidad del medicamento para causar síntomas similares en personas sanas que lo toman (ley de los similares). Para comprobar esta teoría, Hahnemann realizó algunos experimentos similares –en sí mismo- utilizando medicamentos cuyo empleo se habían transmitido a la tradición popular;

descubrió así que cada medicamento producía un conjunto singular de síntomas.

Los medicamentos se obtienen de tres fuentes: *minerales*, ejemplo, fósforo, oro, azufre, carbonato potásico; *vegetales*, ejemplo, pulsátilla, manzanilla, ruda; *animales*, araña, veneno de serpiente, entre otros. Todos los medicamentos se conocen por su nombre latino; la mayoría tienen pruebas que definen su uso; su fabricación está regulada en cada país y las normas se publican en documentos llamados *Pharmacopoeia*.

Todavía no se comprende del todo la acción de los medicamentos homeopáticos. Estudios científicos han llegado a la conclusión de que son eficaces, no simples placebos. Los homeópatas conjeturan que el medicamento homeopático correcto estimula las defensas naturales del organismo humano. En el caso de una infección impulsa las defensas naturales del propio cuerpo; en el caso de una migraña, una corrección del desequilibrio del sistema nervioso causante de la constricción dolorosa de los vasos sanguíneos; en el caso de una depresión, la acción del medicamento tiene que restaurar el equilibrio en la química del cerebro.

La *homeopatía* puede utilizarse en una diversidad de enfermedades. Por ejemplo: enfermedades agudas, infecciones -bacterianas, víricas, parasitarias y micóticas-; incluye problemas remitentes como infecciones de oído, sinusitis, bronquitis y cistitis. También es eficaz en casos de quemaduras, mordeduras de insectos y erupciones cutáneas. En enfermedades crónicas: en artritis, migrañas, cefaleas producidas por el estrés, colon irritable, asma, alergias, síntomas menopáusicos y sinusitis crónica; problemas emocionales, ataques de pánico, depresión, ansiedad y otras. La homeopatía ha tomado auge y prestigio en los últimos años.

III. Métodos de manipulación y movimiento

A. Masoterapia

El masaje es una de las terapias más viejas que se conocen. Para los antiguos griegos la "frotación" (masaje) era una práctica común; posteriormente se tiene evidencia de su uso en las diferentes culturas, hasta nuestros tiempos. En la década de los 70 del siglo pasado, la *masoterapia* encaja en la búsqueda de una mejoría de la calidad de vida; se enraizó la popularidad de la noción de una buena forma física y se reconoció el masaje por sus efectos para reducir el estrés y conseguir la relajación.

En la década de los 90, el masaje se impone en las terapias complementarias y se utiliza desde la relajación a la reducción del estrés, la práctica deportiva y el tratamiento de enfermedades concretas; desde la consulta del médico hasta las clínicas de masaje en los balnearios de salud.

Existe una diversidad de métodos diferentes -alrededor de cien- que se utilizan en la *masoterapia*, los que se pueden organizar en cinco categorías básicas: métodos europeos, occidentales contemporáneos, el de integración de

movimiento, el estructural/funcional y los orientales y energéticos. En la práctica, los profesionales del masaje utilizan más de un método o una combinación de ellos de una manera integradora.

- El masaje afecta al cuerpo como un todo y tiene muy diversos beneficios:
- Reduce la tensión muscular
- Mejora la circulación sanguínea
- Aumenta la movilidad y alcance de las articulaciones
- Mejora la circulación y el movimiento linfático
- Realza el estado de la piel
- Estimula el sistema nervioso
- Mejora la digestión y la función intestinal
- Alivia el dolor agudo y crónico
- Reduce la hinchazón
- Alivia el estrés
- Produce relajación general

Con estos efectos el masaje se utiliza para mitigar y curar una diversidad de enfermedades: torceduras, esguinces y otros problemas de tejidos blandos, artritis, ansiedad, dolor de espalda, síndrome del túnel carpal, fatiga, estrés, ciática, entre otros. El masaje es un potente mecanismo estimulante de la secreción de *endorfinas* y *encefalinas*, las hormonas que secreta el cerebro, cuya fórmula química es semejante a la morfina; también llamadas las "hormonas de la felicidad".

B. Reflexología

La *reflexología* es la modalidad de tratamiento basada en el principio de que hay zonas reflejas, principalmente en los pies, que se corresponden con todas las glándulas, órganos y partes del cuerpo. Emplea un método singular en el que se usan el pulgar y los dedos para aplicar presiones específicas en esos puntos reflejos y lograr así numerosos beneficios terapéuticos.

El reflexólogo trabaja cada reflejo, desencadenando con ello, una liberación del estrés y la tensión de la zona correspondiente del cuerpo, así como una respuesta general de relajación. Con frecuencia los usuarios de esta terapia indican un alivio de la tensión y el dolor, una sensación de bienestar y aumento de la energía. La *reflexología podal* elimina los bloqueos del flujo de energía del cuerpo, activa la oxigenación de tejidos y la eliminación de desechos. En cada

pie, hay miles de terminaciones nerviosas y estas tienen interconexiones a través de la médula espinal y del cerebro con todo el cuerpo.

Esta técnica tiene sus raíces, en el antiguo arte de la Acopresura oriental, basados en que en todo el cuerpo existen caminos por donde discurre la energía y que los bloqueos de esos caminos conducen a la pérdida de energía, malestar y enfermedad. En su forma actual, fue desarrollada por Eunice Inham (1889-1974), fisioterapeuta. Propuso que los pies son la puertas de acceso a diversas partes del cuerpo; realizó un gráfico anatómico de los pies y descubrió que al presionar con los dedos y pulgares obtenía así un efecto terapéutico.

La *reflexología* puede beneficiar cualquier sistema fisiológico: nervioso, muscular, cardiovascular, digestivo, urinario, endocrino, reproductor, óseo, linfático, circulatorio y los órganos de los sentidos. Con frecuencia se utiliza para reducir el dolor, principalmente el dolor crónico. La investigación clínica ha confirmado sus poderes curativos. Es una de las terapias complementarias de mayor aceptación en el mundo; se puede utilizar en cualquier parte y en cualquier momento sin necesidad de instrumentos e instalaciones.

C. Quiropraxis

El *quiropático* actúa de una forma muy natural ya que no utiliza ni medicamentos ni cirugía. Utiliza sus manos para mover suavemente la columna vertebral y soltar las vértebras pinzadas; para ello, utiliza diferentes técnicas, algunas actúan primero sobre los músculos y, luego, sobre la columna. Otros, utilizan diferentes técnicas fisioterapéuticas para aliviar la tensión y el espasmo muscular, reducir la hinchazón o aumentar la circulación.

El *quiropático* tratará la columna y la persona como un sistema integrado, tratando de liberar posiciones espinales anormales y dejando que el cuerpo regrese a su estado de salud normal. Si el paciente está con sobrepeso eso crea una sobrecarga a la columna y el quiropático recomienda una reducción de peso; una columna sobrecargada es frágil y en riesgo de dañarse.

El tratamiento se basa en ciertos principios científicos y biológicos ampliamente aceptados. La filosofía quiropráctica concuerda que se necesita una columna vertebral sana, fuerte, flexible y bien alineada que permita una comunicación nerviosa ininterrumpida entre las diversas partes del cuerpo y el cerebro.

El mal funcionamiento del sistema nervioso central puede ser un desplazamiento de las vértebras de la columna vertebral, lo que se conoce como una subluxación clásica; otras pueden calificarse como síndromes de compresión muscular, en que las vértebras no están mal alineadas sino comprimidas, debido a músculos lesionados o excesivamente utilizados y que han experimentado espasmos; esta afección puede provocar irritación de uno o varios discos que causan dolor. Uno o más discos hinchados pueden provocar presión sobre el nervio que sale del canal vertebral y provocar el síndrome de compresión; estos defectos por un tiempo prolongado podrían acarrear cambios degenerativos irreversibles.

El llamado problema de espalda crónico, podría causar grandes alteraciones de los órganos internos del abdomen y de las extremidades. La tarea del quiropráctico consiste en mantener la movilidad de la columna, su alineación y su flexibilidad.

D. Osteopatía

La *medicina osteopática* tiene su origen en los Estados Unidos, a finales del siglo XIX, por el Dr. Andrew T. Still. Su sistema de palpación de la disfunción musculoesquelética fue la diferencia más evidente de su enfoque terapéutico. En la formación y la práctica de los osteópatas resaltan cuatro principios básicos:

- El cuerpo es una unidad integrada, está compuesto por órganos y sistemas interrelacionados que trabajan todos al unísono para el mantenimiento de la salud; del mismo modo, la mente, el cuerpo y el espíritu son inseparables e interdependientes.
- La disfunción del sistema osteoesquelético contribuye al dolor, a un deficiente flujo sanguíneo, cambios en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, lo que provoca diversos síntomas y un aumento a la susceptibilidad a la enfermedad. Del mismo modo, los cambios en los diversos órganos se reflejan en el sistema osteomuscular.
- El cuerpo dispone de mecanismos autoreguladores y autocurativos. El osteópata se esfuerza por proteger y ayudar a estos procesos naturales; resalta las prácticas preventivas como la nutrición y el ejercicio.
- El tratamiento osteopático racional se basa en aplicar los tres principios antes señalados.

El examen estructural osteopático, comprende: la palpación con suavidad, de la cabeza, el cuello, la espalda, el sacro y las extremidades; buscará zonas diferentes de las habituales; comprobará cada una de las articulaciones espinales y de las extremidades para detectar limitaciones de movimiento, dolor al moverse o alineamiento incorrecto; observará si hay espasmo musculares o acortamiento crónico del músculo; en las zonas de disfunción somática, los cambios del reflejo neurológico, provocará alteración en la textura del tejido. La práctica y la acuciosidad permitirán al osteópata percibir las pequeñas variaciones que indiquen la existencia de disfunción somática.

Los médicos osteópatas estadounidenses, también utilizan otras modalidades tradicionales de tratamiento, como la medicación, la cirugía, los corsés y la psicoterapia. En el Reino Unido, el tratamiento manipulador osteopático puede formar parte o no de otras terapias. La manipulación osteopática es un sistema completo de diagnóstico, valoración y terapia. Las bases neurológicas y fisiológicas de sus principios están bien documentadas.

E. Terapia de la danza

La *terapia de la danza y el movimiento*, es un arte curativo que utiliza el movimiento del cuerpo para promover el desarrollo y la salud. A *nivel físico*, el terapeuta de la danza aspira disminuir la tensión del cuerpo, reducir el dolor crónico e intensificar la circulación y la respiración; a *nivel psicológico* el objetivo es mejorar la depresión, el temor, la ansiedad, para expresar cólera, alegría y aprender el autocontrol; a *nivel intelectual*, aumentar el alcance de la atención, la verbalización y el uso de imágenes mentales; a *nivel social*, la danza ayuda a disminuir el aislamiento, fomenta la solidaridad y aumenta las habilidades de comunicación. Al trabajar todos estos niveles, permite integrar mente y cuerpo y la conexión con los demás.

Los terapeutas de la danza afirman que el cuerpo manifiesta las sutilezas de la mente; las sensaciones físicas afectan los estados mentales, y a la inversa, nuestros pensamientos y sentimientos se expresan en forma de tensión muscular y pautas de movimiento. Las emociones, accidentes, malos tratos y el estrés, están encerrados en el cuerpo. Cuando una persona se mueve se observa el estilo de su personalidad, sus estados emocionales, su capacidad para afrontar situaciones y el funcionamiento de su ego. Los sentimientos - emociones- no expresadas, se manifiestan en tensión muscular crónica y pautas de movimientos restringidos.

La *terapia de la danza* se usa en los hospitales con los discapacitados físicos y mentales, en los programas de rehabilitación y de bienestar; en trastornos mentales diversos, depresión, variadas formas de maltrato y dependencia a sustancias químicas; en lesiones cerebrales, artritis, derrame cerebral y pacientes con cáncer, con dolor crónico, estrés y variadas enfermedades crónicas. También con adolescentes emocionalmente perturbados, autistas, discapacitados visuales y auditivos. Cada vez es más común el uso de la terapia de la danza en las residencias y en los grupos de adultos mayores.

IV. Terapias sobre la base de energía

A. Acupuntura

La *acupuntura* es un método que trata las enfermedades y mantiene la salud mediante la inserción de agujas muy finas en puntos muy concretos, llamados *puntos de acupuntura*. Están situados a lo largo de los canales de energía que corren por la superficie del cuerpo y lo atraviesan, los llamados meridianos. El nombre viene del latín, *acu*, que significa aguja y *puntura*, punción, dado por el médico holandés William T. Rhine en el siglo XVII. Tiene su origen en China, donde se practicó desde 1200 años a. C. Se considera el sistema médico más ampliamente utilizado en la historia.

Derivado de la acupuntura, modernamente existe el sistema manual coreano del Dr. T. W. Yoo, quien descubrió un nuevo microsistema, que cada punto de *acupuntura* del cuerpo tenía una correspondencia exacta en la mano. Este

sistema permite al acupuntor tratar directamente en la mano cualquier afección que habitualmente tratará en puntos del cuerpo.

Otra derivación es la representación del cuerpo en la oreja, en donde se han identificado alrededor de 200 puntos, los cuales están muy cerca unos de otros. Se dispone de mapas en donde cada punto refleja una zona del cuerpo o un órgano.

La *acupuntura* tiene su base filosófica en el concepto del *Yin* y el *Yang*, dos cualidades contrapuestas pero que están en constante transformación la una en la otra. Los antiguos chinos llamaban *Yin* -identificado con el agua- a la calidad serena, fría y oscura de todas las cosas y *Yang* -el fuego-, su contrapartida, activa, cálida y brillante. La salud se encuentra en su nivel óptimo cuando existe el equilibrio adecuado entre la energía del Yin y el Yang; la enfermedad es una ruptura de ese orden; el tratamiento tiene como objetivo restituir el movimiento normal entre los dos opuestos.

El concepto del *Chi* o *qi* no tiene paralelismo en las lenguas occidentales. Algunos lo traducen como *energía*, *esencia de la vida*, *fuerza vital* o *energía vital*. El *Chi* es lo que da a la vida toda su materia viviente y es lo que circula a lo largo de los meridianos; su flujo y distribución dependen del equilibrio del Yin y del Yang.

Generalmente, el ciclo de tratamiento tiene una duración media de seis a diez sesiones; al final de ellas se debe notar cambios significativos. Los tratamientos de mantenimiento a intervalos mensuales, bimensuales o trimestrales, son útiles para las enfermedades crónicas. Algunos pacientes responden inmediatamente y solo necesitan un tratamiento para resolver un problema de dolor de la nuca o un viejo dolor de cabeza, por ejemplo; otros tienen respuesta inicial lenta que aumenta con cada visita; un tercer grupo experimenta cambios hasta la tercera o cuarta visita, por lo que a menudo se sienten impacientes y abandonan el tratamiento. El objetivo de la terapia es lograr el cien por cien de resolución. Si el paciente se detiene en el 40-50% de mejora, los avances se pueden perder.

La mayoría de los profesionales también prescriben cambios dietéticos basados en los principios de *Yin* y el *Yang*, ejercicios de respiración interna y otras terapias para reforzar la acupuntura.

La lista de afecciones que se pueden tratar, variará de un profesional a otro. La medicina china se diseñó para resolver todas las enfermedades conocidas por el hombre; aunque en la esfera occidental se ha asociado más con la mitigación del dolor en las diversas zonas del organismo.

B. Acupresura

La *acupresura* es la respuesta natural que induce a sujetarse un lugar del cuerpo que duele, está herido o tenso. Es tan antigua como el instinto humano. Un ejemplo, es el impulso que hace la persona se doble sobre sí misma y se sujete el estómago como respuesta a unos calambres

abdominales. Los chinos descubrieron hace unos 5000 años que al ejercer presión sobre ciertos puntos del cuerpo, se aliviaba el dolor donde se producía y también, sobre el funcionamiento de órganos del cuerpo.

Muchos de los problemas de salud de la sociedad actual, desde el dolor de espalda hasta la artritis son el resultado de vivir de modo poco natural. El estrés, la falta de ejercicio, hábitos alimenticios deficientes y una mala postura, contribuyen a la epidemia de enfermedades degenerativas de nuestra cultura. La acupresura es una forma de hacer que el cuerpo responda y se equilibre asimismo ante las tensiones de la vida moderna.

La *acupresura* utiliza el sistema de puntos donde se tiende acumular la tensión, y de meridianos, por cuyas vías y caminos fluye la vía curativa de un punto a otro. Los síntomas son una expresión del estado de la persona como un todo. Desde el punto de vista de la *acupresura*, la tensión es un estancamiento de los flujos del cuerpo: nervios, meridianos, conductos linfáticos, vasos sanguíneos. La represión emocional, el estrés común de la vida diaria, la falta de ejercicio, el consumo de drogas y alcohol provocan bloqueos dentro del cuerpo.

Los puntos de *acupresura* –también llamados puntos potentes- son lugares de la piel especialmente sensibles a los impulsos bioeléctricos del cuerpo y que hacen discurrir esos impulsos con rapidez. Las culturas asiáticas concibieron los puntos como cruces de vías especiales que llevan la energía humana, el *Chi* o el *qi*. Los científicos occidentales también han trazado gráficos y demostrado la existencia de este sistema de puntos del cuerpo, utilizando instrumentos eléctricos muy sensibles. Al estimular esos puntos con presión, agujas o calor, se liberan *endorfinas*, las hormonas que segrega el cerebro, que alivian el dolor y provocan un estado de bienestar.

Además de aliviar el dolor, la *acupresura* reequilibra el cuerpo al disolver tensiones y el estrés que le impiden funcionar con suavidad; complementa los tratamientos de la medicina deportiva; durante centurias, los chinos la utilizan en tratamientos de belleza, mejorando la piel, al tonificar y relajar los músculos faciales, lo que disminuye la aparición de arrugas; puede utilizarse como complemento para acelerar la curación de un hueso roto; ayuda al tratamiento de pacientes con cáncer, alivia el dolor asociado y disminuye la ansiedad; ayuda a los pacientes con problemas emocionales –depresión, ansiedad, el estrés y otros-. La *acupresura* tiene numerosos usos como terapia complementaria.

Referencias Bibliográficas

Capítulo I

Las instituciones de salud en la segunda mitad del siglo XX

- Androetto, E. (2010). *Mitigación de los efectos indeseables al suelo y al agua producto de las actividades antropogénicas*. Universidad de Costa Rica. Escuela de Salud Pública.
- Ayala, N., Carvajal, X., & C.Arce, J. y. (1998). *Elementos del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Módulo 1. Curso especial de Postgrado*. Costa Rica: Escuela de Salud Pública (UCR-CENDEISS).
- Balmaceda, I. (2013). *Todos debemos actuar contra la hipertensión arterial*. Recuperado el Enero de 2015, de nacion.com:
<http://www.nacion.com/2013-04-11/Opinion/Todos-debemos-actuar-contra-la-hipertension-arterial.aspx>
- Cabezas-Solera, E. (1990). *La medicina en Costa Rica hasta 1900*. Recuperado el Febrero de 2015, de EDNASSS-CCSS:
<http://hpcs.bvs.sa.cr/textos/doc36.pdf>
- Garnier, L. (s.f.). *El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso*. Recuperado el 2015, de CENDEISS:
http://www.cendeiss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/LeonardoGarnier.pdf
- Jiménez-Díaz A.P., M.-M. y. (2012). *Portal de Revistas Académicas Universidad de Costa Rica*. Recuperado el 2015, de Caracterización de los servicios brindados en las farmacias de comunidad privadas de Costa Rica :
revistas.ucr.ac.cr/index.php/pharmaceutical/article/download/.../6251
- LaínEntralgo, P. (1954). *Historia de la medicina*. Madrid, España: Editorial Científico Médica.
- Ministerio de Salud - CCSS. (1993). *Proyecto de Reforma del Sector Salud (Resumen)*. San José, Costa Rica.
- Moreira-Mata, A. (2010). Agua Potable y la salud pública. En E. d. Pública, *La Salud Pública en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Oficina Panamericana de la Salud-OPS. (Julio de 2003). *100 años de Salud en Costa Rica: Siglo XX*. Recuperado el 2015, de www.cor.ops-oms.org:
<http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>

- Organización Médica Colegial. (S.F.). *Medicos y pacientes.com*. Recuperado el 2015, de Los Valores de la medicina en el siglo XXI. Informe Colegio de Médicos, España:
http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2008/06/08_06_30_valores
- Rojas, O. (Abril de 2008). *Blogger*. Recuperado el 2015, de El Modelo Biomédico: oscarrojasmed.blogspot.com/2008/08/modelo-biomedico.html
- Torné, B. E. (s.f.). *Foro Arbil No.104*. Recuperado el 2015, de La Medicina del siglo XXI: <http://www.arbil.org/104ebri.htm>
- Universidad de Costa Rica. (S.F.). *Biblioteca virtual de población, Centro Centroamericano de Población. Resúmenes estadísticos 1883-1910*. Recuperado el 2015, de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/re_1883-1910/index.htm
- Vargas, W. (2011). *Atención Primaria de Salud en Costa Rica*. Costa Rica: Editorial EDNASSS-CCSS.
- Vega, E. R. (2004). *Google Books*. Recuperado el 2015, de Costa Rica en el siglo XX - Volumen 2: books.google.co.cr/books?isbn=9968313823
- Zeledón-Pérez, M. (s.f.). *Revista médica de Costa Rica*. Recuperado el 2015, de Un vistazo de la historia de la medicina de Costa Rica al año 2000: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/especial/total.pdf>.

Capítulo II

Transformaciones demográficas, tecnológicas, de las enfermedades, del concepto de salud y de la relación médico paciente.

1. Castillo, L. M., A. T. Alvarado, M. I. Sánchez (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Rev. costarric. salud pública*. vol.15 no.28 SanJosé jul. 2006.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292006000100003&script=sci_arttext&tlng=e
2. Culliford L. (2002) (Editorial). Spirituality and Clinical Care. *BMJ* 325:1434-1435.
3. De Carvalho A. I. y P. Marchiori (2008). Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones. Río de Janeiro, Ed. Fiocruz p.141-166.
[www.ins.gob.pe/.../Determinantes%20de%20la%20salud-Traducción%](http://www.ins.gob.pe/.../Determinantes%20de%20la%20salud-Traducción%20)

4. Koenig H. (2005). Religion, Spirituality and Medicine: The Beginning of a New Era. *South Med. J.* 98:1235-1236.
5. Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa. Office of Canadian Minister of National Health and Wealfare.
6. Ministerio de Salud de Costa Rica (2007). Dirección General de Salud. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Marco Estratégico institucional.
http://www.healthresearchweb.org/files/CR_modeloconceptualestrategicosaludV25_2007.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Carta Magna. 1948.
8. Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
9. Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Otawa para la promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Noviembre, 1986.
10. Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud más necesaria que nunca.
11. Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS.
12. Ponte, C. http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
13. Restrepo E. y H. Málaga (2001) La promoción de la salud: cómo construir vida saludable -Resultado de la Búsqueda de libros de Google
books.google.co.cr/books?isbn=9589181554
14. Rosero, L. (2004). En: Evolución demográfica en Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones. G. López y R. Herrera. Editores, I Jornada Anual Academia Centroamericana.
<http://www.academiaca.or.cr/documentos/Librojornada1.pdf>
15. Vargas, W. (2010). Prevención Vivir o Morir. Ed. EDNASSS-CCSS, Costa Rica.

Capítulo III

Formación médica en Costa Rica

1. Bascuñán M L (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile.*

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

2. Cumbre mundial de educación médica declaración edimburgo 1993 Educación Médica Superior, 2000 - [scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)
3. De la Cruz, Y. (1995). La Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica: una reseña histórica. <http://hpcs.bvs.sa.cr/textos/doc9.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). Conferencia Mundial de Educación Médica. Recomendaciones. Edimburgo: OMS.
5. Orlich-Carranza, C. (2006). La educación médica en Latinoamérica. Acta méd. costarric vol.48 no.3 San José sep. 2006. Acta Médica Costarricense *versión* ISSN 0001-6012
6. Patiño-Restrepo J. F. Abraham Flexner y el Flexnerismo. <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/flexner.htm>
7. Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Med. Colomb. vol.33 no.1 Bogotá Jan/Mar 2008. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482008000100007.

Capítulo IV

Oferta de los servicios de salud

1. Ayala N., X. Carvajal, J. Cercone, C. Arce (1998). Bases del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Módulo 1. Curso especial de posgrado. Escuela de Salud Pública (UCR)/CENDEISSS.
2. Vargas, W. (2011). Atención Primaria de Salud en Costa Rica. Contexto histórico, naturaleza y organización. BINASSS-CCSS, Costa Rica.

Capítulo V

Demanda de la atención de salud

1. Escobar, F. Historia de la demanda de salud. http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Historia.pdf
2. Gómez I. y I. Ramírez (1990). La oferta y la demanda de los servicios de salud. <http://rcietificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/4252/2621>
3. Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda de salud en América Latina. Cuadernos de Economía. Año 22 N°66 pp 293-305. <http://www.economia.puc.cl/docs/066musga.pdf>

4. Ortíz-Barboza, A. (2010) Enfermedades crónicas no transmisibles. En: La salud pública en Costa Rica. Universidad de costa Rica, Escuela de Salud Pública, 2010.
5. Rodríguez A. y J. Castillo (2011). Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: El caso Costa Rica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Capítulo VI

La medicina de nuestro tiempo

1. Alvarado-Guevara, A. T. y G. Flores-Sandí (2009). Errores médicos Act. Méd. Costarr. (ene./mar.)
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004
2. Arrea-Baixench C. (2009). Errores de los médicos. Acta méd. Costarric. vol.51 n.1 San José Jan./Mar. 2009. On-line version ISSN 0001-6012
3. Errores médicos en Alemania (2014).
<http://www.abc.es/sociedad/20140121/abci-alemania-errores-medicos-201401211810.html>
4. Jiménez-Navarrete M. F., González-Blandón R. Sell-Salazar V. (2000). Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. Acta méd. Costarric. Vol.42 No.3, San José. C. R.
5. Lifshitz A. (2004). El ejercicio actual de la medicina. Los errores médicos. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm6. Marañón, G. (1969). La medicina de nuestro tiempo. Ed. Espasa Calpe S. A. Colección Austral. Madrid, España.7. Palacios, M. (2009). <http://www.bing.com/search?setmkt=es-XL&q=historia+de+los+hospitales#8>. Quesada-Vargas O., R. Pacheco-Coronado (2004). Medicina Costarricense: algunos problemas y perspectivas. Manifiesto de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. Rev. costarric. Cardiol. vol.6 no.2 San José C. R. *versión* ISSN 1409-4142
9. Rivero O. y I. Durante (2007). Ética en la medicina actual. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/mar_01_ponencia.html10. Tejera, J. La ética y la medicina actual. <http://www.monografias.com/trabajos65/etica-medicina-actual/etica-medicina-actual.shtml#ixzz2qlc4IkjA>
10. Wallace J. E., Lemaire J. B., Ghali W.A. (2009). Las enfermedades de los médicos y los sistemas de atención. Lancet; 374: 1714–21
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=63166>

Capítulo VII

Un cambio necesario

1. Anandarajah G. and Hight E. (2001). Spirituality and medical practice: Using HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am. Fam. Phy.* 63:81-88.
2. Carazo-Salas, J. (2010). La medicina alternativa en Costa Rica, un capítulo que apenas se inicia. En: *La Salud Pública en Costa Rica*. Escuela de Salud Pública, UCR, Costa Rica.
3. Dyer AR (2011). The Need for a New "New Medical Model": A Bio-Psychosocial-Spiritual Model. *South. Med. J.* 104 (4):297-298.
4. Enciclopedia de la medicina complementaria (2001). Grijalbo Mondadori S.A. (Barcelona). www.grijalbo.com
5. García-González M. y Morales C O. (2005). Análisis de la literatura sobre plantas medicinales en Costa Rica (1930-2001) M García-González, CO Morales - Lankesteriana, 2005 - lankesteriana.org
6. Gutiérrez-Ventura, Y., T. Carmona-Sandí (1990). El maravilloso mundo de las plantas. Ed. Rincón de plantas, San José, C. R. 1990.
7. Muller PS, Plevak DJ, Rummaus TA (2001). (Review) Religious Involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proc.* 76: 1225-35.
8. Sri-Mumtaz, A. (2012). (Editorial). Spiritual Well-Being: the fourth dimension of health. *Indian J. Pub. Health* 56:257-258.
9. Stephen G. P. Puchalsky, C M and Larson D B. (2000). Physicians and Patient Spirituality: Professional Buondaries, Competency, and Ethics. *Ann Internal Med.* 132:578-583.
10. Thielmann K (2005). Determinantes de salud: potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. K Thielmann - *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2005 - scielo.sld.
11. Vargas, I. O Villegas, A. Sánchez, K. Holthuis (2003). Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Módulo Dos. CENDEISS-UCR- Escuela de Salud. <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/AISmodulo2.pdf>

Anexo II

Terapias de la medicina tradicional, complementaria y alternativa

1. Endacott, M (2001). Enciclopedia de la medicina complementaria. Ed. Grijalbo Mondadori S. A. Barcelona.
2. Pamplona-Roger, J D (2010). Salud por los alimentos. Ed. Seafeliz S. L. Madrid.