

Medicina

Vida y Salud

Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Año VI • Volumen 9 • Octubre 2007

Enfermedades cardiovasculares:

Primera causa de muerte
en Costa Rica

Diagnóstico

- Insulina inhalada y Diabetes Mellitus tipo 2

En persona:

- Dr. Manuel Aguilar Bonilla

Actualicémosos:

- Información y recomendaciones al médico que envía sus pacientes a un estudio angiográfico



Foto: Jeffrey Arguedas

Dr. Minor Vargas
Baldares
Médico cirujano
especialista en
Anatomía Patológica
Presidente del Colegio de
Médicos y Cirujanos

En el marco del IV Seminario de Relaciones Laborales organizado por la Unión Médica Nacional el pasado 7 de setiembre, deseo realizar algunas reflexiones sobre esta situación.

El síndrome de acoso laboral se ha denominado también acoso institucional, acoso moral en el trabajo, acoso psicológico en el trabajo, psico-terrorismo laboral, hostigamiento psicológico en el trabajo, acoso grupal o más popularmente "mobbing", palabra que acuñó Konrad Lorenz para referirse al ataque de una coalición de animales de una misma especie contra un individuo más fuerte.

El acoso laboral, definido entonces como "la destrucción de una persona por los miembros del propio grupo social", constituye la epidemia social, el cáncer laboral y el crimen perfecto por excelencia del siglo XXI. Descrito por el profesor sueco Heinz Leymann hace apenas dos décadas,

Acoso laboral-mobbing: hablemos claro

se considera como una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir una persona en situaciones sociales ordinarias. Afecta a un 9% de los trabajadores europeos con un costo de miles de millones de euros anuales por concepto de incapacidades e invalidez profesional.

La frecuencia del acoso laboral es mucho mayor en instituciones relativamente cerradas, centralizadas y monopólicas, cuya organización política y cultura interna consideran el poder y el control jerárquico administrativo como valores prioritarios, por encima de la calidad, la productividad y la eficacia. Por tal motivo, el acoso laboral es mucho más frecuente en universidades, hospitales e instituciones gubernamentales autónomas, aunque ninguna institución, pública o privada, está a salvo del problema.

En nuestro medio y en particular en el campo médico, se desconoce la incidencia de este síndrome, pero no me cabe duda de que es más frecuente que en Europa, dadas nuestra idiosincrasia y organización social y política. A ello ha contribuido notoriamente la deshumanización profesional, la pérdida de valores éticos y morales, la inclinación del profesional hacia la obtención de créditos en carreras administrativas para la obtención de puestos en propiedad y de jerarquía y la ausencia de reconocimiento a la excelencia científica y a la calidad del acto médico. De hecho, los rasgos de la personalidad que se han encontrado como característicos del acosado y del acosador en todos los estudios internacionales publicados, confirman esta tendencia.

La mayoría de las víctimas de acoso suelen tener un elevado nivel de ética, son personas honradas, rectas, autónomas, con iniciativa, alta capacidad profesional y espíritu cooperativo, envidiables, brillantes y atractivas, de alta capacidad empática, sensibilidad, comprensión por el sufrimiento ajeno e interés por el bienestar de los demás, pero consideradas peligrosas, conflictivas, polémicas, amenazantes y competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados por su mera presencia al poner en evidencia lo establecido y pretender imponer reformas e implantar una nueva cultura.



Por el contrario, la personalidad del acosador se caracteriza por una alteración profunda del sentido de la norma moral, bajo una apariencia externa de seguridad y firmeza suele ser una persona insegura y temerosa de perder su puesto de trabajo, no posee sentido de culpabilidad, es agresivo, acomplejado, envidioso, cobarde, mentiroso, oportunista, compulsivo en la aplicación de reglamentos, con gran capacidad de improvisación y profesionalmente bastante mediocre.

La educación formativa y la divulgación que se ha empeñado en difundir la Unión Médica Nacional, cuenta con la complacencia, decidido respaldo y apoyo de parte del Colegio de Médicos y Cirujanos. Con iniciativas como el IV Seminario, se abren espacios muy importantes para la reflexión y el análisis sobre nuestra formación ética y nuestro quehacer profesional en procura del rescate del verdadero acto médico, cualesquiera que sean la posición y el cargo que ostentemos en el campo de la Salud. Los médicos hemos perdido mucho terreno; la ciencia y la tecnología modernas por una parte y la organización político-administrativa de las instituciones públicas y privadas por otra nos apartan cada día más de nuestros ideales vocacionales y de nuestros valores originales de liderazgo y dignidad. La tarea por recuperar tales valores y proyectarlos hacia una nueva medicina solidaria, basada en la excelencia y la ética, es muy dura, una verdadera lucha que exige la colaboración de todos, pero es necesaria e indispensable realizarla.



Foto: Jeffrey Arguedas

Dra. Ilse Cerda
Montero
Médica cirujana
especialista en
Informática Médica
Directora y Editora
General RMVS

Un sistema de información geográfico (GIS por sus siglas en inglés) en salud, es un sistema computarizado que emplea mapas en formato digital para mostrar, interpretar y analizar datos de salud. Este sistema integra la obtención, almacenamiento, análisis y despliegue de datos en un contexto geográfico.

Los objetivos principales de los GIS son: el manejo (adquisición, almacenamiento, mantenimiento), análisis (estadística, modelaje espacial) y despliegue (mapeo) de datos. De esta forma, los GIS son considerados como una herramienta para asistir en la investigación, la educación y la planificación, **priorización**, monitoreo y evaluación de los programas de salud, y apoyo a la toma de decisiones.

Lo anterior por cuanto el concepto salud-enfermedad debe verse desde un enfoque integral en donde la participación del medio ambiente es fundamental. Según lo expresado por Scholten y Lepper (1991):

Sistemas de información geográficos en salud

“La salud y la pérdida de esta son afectadas por una variedad de estilos de vida y factores medioambientales, incluyendo donde vive la gente. Características de estas localizaciones (abarcando variables socio-demográficas y exposición ambiental) ofrecen una fuente invaluable para estudios de investigación epidemiológica en salud y ambiente. La salud y la pérdida de esta siempre tienen una dimensión espacial”.

Se dice que el inicio de los GIS surgió a partir del estudio llevado a cabo por John Snow, hace más de un siglo, que reflejó la importancia de la dinámica espacial en la comprensión de la enfermedad y el uso de mapas para describirla y analizarla. El Dr. Snow formuló la hipótesis de que el cólera podía estarse diseminando por una fuente común de agua contaminada y utilizó mapas para demostrar la correlación espacial entre las muertes por cólera y, por su distribución geográfica, fue posible identificar una fuente (empresa) común de suministro de agua donde se presentaban los casos, en el área de Soho, Londres, en 1854.

Uno de los componentes más importantes de un GIS es la base de datos, la cual debe contener dos tipos de datos o dos bases de datos: la base de datos espacial, que contiene la información de la división geográfica, incluyendo tanto los datos de localización como los que describen la geografía de su superficie (forma, posición); y una base de datos que contiene los atributos, es decir, diversos datos relacionados con esa división espacial o geográfica, por ejemplo: datos de transporte, agricultura, ambiente, recursos naturales, recursos humanos, infraestructura, educación, agua, condición de salud, etc.

La información contenida en la base de datos espacial guarda en formato digital las

coordenadas que muestran en forma gráfica las características del espacio geográfico. Estas pueden ser puntos (por ejemplo, centros de salud), líneas (por ejemplo, carreteras) o polígonos (por ejemplo: las provincias, cantones, distritos o áreas de salud). Normalmente, los diferentes conjuntos de datos geográficos se muestran como capas separadas, que pueden combinarse de diferentes formas para generar mapas.

La base de datos de los atributos es más convencional y contiene datos por lo general descriptivos de las características o cualidades del espacio; por ejemplo, tasas de morbilidad, mortalidad, número de casos, número de recursos disponibles, etc.

La unión de estas dos bases de datos para mostrar la información en un mapa, se hace a través de una variable geográfica común en ambas bases que permita relacionar los casos contenidos en una con la ubicación geográfica en la otra (por lo general, la delimitación geográfica se hace a través de coordenadas), lo cual es conocido como georreferenciación.

Es importante recordar que para el análisis de mapas, aunque existe la posibilidad de visualizar los casos individuales o las frecuencias absolutas de enfermedades, condiciones, recursos, etc. basados en su localización geográfica, en forma por ejemplo de puntos, esta visualización en forma aislada no provee suficiente información para determinar si existe un patrón de comportamiento. Para ello, es necesario relacionarlo en el tiempo y sobre un denominador común (dependiendo del numerador, puede ser población total o por grupo de edad), que nos permita comparar en forma apropiada las diferentes regiones del mapa.

Si la condición social y económica, la educación, el suministro de agua, las características de los servicios de salud, los riesgos y peligros ambientales, presencia de vectores de enfermedades, son analizados dentro del mismo contexto geográfico, son capaces de mejorar la toma de decisiones en salud.



Enfermedades cardiovasculares: **Primera causa de muerte en Costa Rica**

El Día Mundial del Corazón es una iniciativa de la World Heart Federation (Federación Mundial del Corazón); su objetivo es concientizar a la población sobre las enfermedades cardiovasculares, busca fomentar su prevención y control. Cuenta con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Por/ Licda. Priscila Pacheco

En el marco de la conmemoración del Día Mundial del Corazón el último domingo de setiembre, fecha recomendada por la Organización Mundial de la Salud, para sensibilizar a la población hacia la prevención de las enfermedades cardio-circulatorias, la Asociación Costarricense de Cardiología (ACC) asumió el reto de controlar esta epidemia moderna suministrando información para que cada quien admita su responsabilidad de prevención, ofreciendo un modelo más eficiente de captación, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad.

Con este fin, el sábado 29 de setiembre se llevó cabo la Marcha Mundial del Corazón, cuyo trayecto fue desde el Gimnasio Nacional hasta el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, donde la ACC ofreció un Taller de Prevención y Diagnóstico temprano de enfermedades cardiovasculares, con charlas como: *Tabaco y enfermedad cardiovascular; Diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular; Hipertensión y enfermedad cardiovascular; Disfunción eréctil como signo de enfermedad cardiovascular y Nutrición*, entre

otras. Todas contaron con una excelente participación del público en un simposio de preguntas y respuestas con el propósito de evacuar dudas y ser un medio efectivo de prevención.

Antecedentes mundiales

A pesar de que la incidencia de las enfermedades cardiovasculares se está reduciendo en algunos países desarrollados, las evidencias demuestran que esto no es totalmente cierto. De hecho, dichas enfermedades aumentarán en los países desarrollados en los próximos veinte años, aunque la población la padecerá en edades más avanzadas. Sin embargo, el principal interés actual está en los países en desarrollo, que todavía no han superado la “primera ola” de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía reumática y enfermedad de Chagas como resultado de infecciones), y que se encuentra bajo los efectos de la “segunda ola”, las enfermedades coronarias. La incidencia de cardiopatía coronaria aumentará mucho en estos países, a causa de los cambios en sus estilos de vida: mayor tabaquismo, introducción de la “comida rápida”, menor actividad física, etc.

Se necesitan, por tanto, nuevas campañas de prevención en países donde las enfermedades cardiovasculares ya existen y campañas continuas en donde estas enfermedades están apareciendo. Las campañas deben estar dirigidas a toda la población, debiendo hacer énfasis en el tabaco, la hipertensión, los elevados niveles de lípidos, la diabetes, el sedentarismo, la obesidad y el estrés. La población general tiene que saber que todos pueden reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular, así como de otras enfermedades crónicas como la diabetes y algunos tipos de cáncer, simplemente modificando sus propios factores de riesgo.

El tema del Día Mundial del Corazón, “**La juventud de tu corazón**”, se centra en la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante el control de tres importantes factores de riesgo: la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco. Por todo el mundo se realizan actividades organizadas por sociedades de cardiología y fundaciones del corazón, centros de asistencia cardiaca, universidades y escuelas, para incitar a jóvenes y mayores a adoptar un modo de vida saludable para el corazón.

El Día Mundial del Corazón busca promover la adopción de medidas preventivas



que disminuyan las enfermedades cardiovasculares, en particular las cardiopatías y los accidentes cerebro-vasculares, las principales causas de muerte en todo el mundo: en el año 2005 mataron a más de 17 millones de personas.

Corazones enfermos deben preocuparnos

“Casi cinco mil costarricenses mueren anualmente por enfermedades cardiocirculatorias, cifras que le confieren el primer lugar de las causas de muerte en nuestro país, superando casi en 50% la mortalidad por cáncer y duplicando la mortalidad provocada por muertes violentas, que ocupan segundo y tercer lugar”, comentó el doctor Andrés Benavides Santos, Presidente de la ACC.

Esta proporción de una tercera parte dentro de las enfermedades severas que causan la muerte, internamientos e incapacidad, no difiere de la tendencia de muchos países en el mundo, sobre todo de aquellos con economías en transición.

El doctor Benavides agregó que *“lamentablemente, existe una tendencia a acostumbrarnos a la situación, lo que es inaceptable e incompatible con los resultados del estudio Interheart publicado en los años 2004, 2005*

y 2006, el cual concluye que el 90% de las enfermedades cardiacas son prevenibles. Dicho estudio y la gran mayoría de las investigaciones de prevención cardiovascular recomiendan volver los ojos hacia los principales factores de riesgo cardiovascular: tabaco, presión alta, diabetes, trastornos de las grasas en la sangre y obesidad”.

Por fortuna, la literatura médica internacional indica que no todo está perdido, pues una dieta saludable a base de frutas y verduras reduce en 30% la mortalidad cardiovascular, lo mismo hace el ejercicio físico realizado por lo menos 4 horas por semana; la suma de estos dos reduce en 40% la mortalidad cardiovascular y si le agregamos abstenerse de fumar magnifica la reducción de la enfermedad hasta en 78%.

Según la ACC, nuestro país hace caso omiso nuestro país hace caso omiso de esta información, pues a pesar de haber suscrito en el año 2000 el convenio macro de regulación del tabaco, la inercia legislativa no lo ratifica y lo condena al olvido en la corriente legislativa. Mientras tanto, 40% de la población estudiada desconoce que el tabaco puede tener intervención directa en

“El objetivo del Día Mundial del Corazón es generar más conciencia sobre las causas de las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de mortalidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)”.

NECESITA UNA COMPUTADORA...?

En COOPEMÉDICOS R.L., le ofrecemos financiamiento para:

- Computadoras personales y portátiles
- Impresoras, U.P.S.
- Palm
- y accesorios en general



Coopemédicos R.L.
"Servirle es nuestro objetivo"

TEL/FAX: 231-7589

www.coopemedicos.com
info@coopemedicos.com



Entrevista de medio televisivo a participante de las actividades del Día Mundial del Corazón.



Dr. Luis Fernando Valerio en su participación sobre Hipertensión y enfermedad cardiovascular.



Dr. Andrés Benavides Santos, Presidente de la Asociación Costarricense de Cardiología.



La Dra. Juliana Salas atendiendo consultas de algunos asistentes.



Participantes en el Día Mundial del Corazón acercándose a los stands de patrocinadores.



Público atento en las actividades del Día Mundial del Corazón.

la enfermedad cardiovascular; continúa el bombardeo de publicidad dirigida al consumo de tabaco, sobre todo para la población juvenil; aproximadamente 21% de nuestra población fuma en forma activa y sostenida, otro tanto no protegido enferma y muere por el fumado pasivo involuntario.

El 25% de la población mayor de 18 años es hipertensa, 55% desconoce que la hipertensión genera enfermedad cardiovascular, 57% resta importancia a la hipertensión a menos de que existan síntomas, 48% desconoce el valor del ejercicio físico en el tratamiento de la hipertensión. Además, el porcentaje de hipertensos bien controlados es bajo y se refleja en el aumento de la mortalidad por enfermedad hipertensiva.

Casi 60% de la población se encuentra con sobrepeso y obesidad; entre 40 y 65% de la población mayor de 20 años es sedentaria o insuficientemente activa; cerca de 25% de la población urbana es diabética o tiene glicemia alterada y 34% de nuestros enfermos cardiovasculares tienen diabetes; alrededor del 50% de la población urbana tiene problema con los lípidos sanguíneos, y 69% de nuestros enfermos cardiovasculares tienen dislipidemia.

La causa fundamental de la magnitud de la epidemia de enfermedad cardiovascular que vivimos, y que amenaza con ser de severidad mucho mayor, es que el modelo de enfermedad que erróneamente ha tomado nuestra población es un modelo cómodo, pasivo, hereditario, fatalista, tardío, totalmente carente de la responsabilidad individual y colectiva en la prevención, pues la batalla contra la enfermedad cardiovascular no se gana en los hospitales, se debe ganar en la comunidad.

Labor provisoria de la ACC

Las cifras de muerte a causa de enfermedades cardiovasculares son cada vez más alarmantes y aunque la forma de revertir la situación está en nuestras propias manos, el panorama no cambia y, por el contrario, empeora.

El Día Mundial del Corazón tiene como lema “Unidos por un corazón”, con el único fin de hacer conciencia en la población sobre la urgencia de modificar los diferentes factores de riesgo que originan las enfermedades cardiacas y los accidentes cerebrovasculares.

Nuestro país forma parte de esta cifra con números realmente alarmantes pues mueren, en promedio, 13 personas diariamente.




Dr. Andrés Benavides, Presidente de la Asociación Costarricense de Cardiología al inicio de la charla introductoria

Por esta razón, “el propósito fundamental de la ACC es lograr sensibilizar a los costarricenses respecto a la importancia de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte, como causa de enfermedad y como causa de incapacidad. Asegurando que el 90% de estas enfermedades se puede prevenir”, dijo enfático el doctor Benavides Santos.

La ACC ha cumplido con su labor de ser un medio de información a las comunidades respecto a prevención de factores de riesgo y diagnóstico temprano de la enfermedad, realizando actividades en forma simultánea en las diferentes provincias.

En la actividad celebrada en el Auditorio del Colegio de Médicos el pasado 29 de setiembre, fue destacada la participación de varios médicos asociados a la ACC que representaron a todos los grupos tanto de hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social como de los hospitales privados. Algunos de los que se hicieron presentes con charlas fueron: Dr. Andrés Benavides Santos, Dr. Mario Bolaños Arrieta, Dr. Luis Fernando Valerio Soto, Dra. Juliana Salas, Dra. Yamilah Bouzid Jiménez, Dr. Jonathan Poveda Fernández y la Licda. Vielka Betancourt.



Los padres desempeñan un papel crucial a la hora de influir en los hábitos para mantener la salud cardíaca de sus hijos durante toda su vida.

Conozcamos al enemigo

En el mundo unos 155 millones de niños tienen sobrepeso o están obesos. Los padres pueden influir en ellos y ayudarlos, sobre todo disminuyendo los principales factores de riesgo, como por ejemplo controlando el peso mediante una dieta sana y realizando actividades físicas regularmente.

Los factores de riesgo cardiovascular que debemos conocer y sobre los que podemos actuar son:

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Dislipemia (Colesterol o triglicéridos elevados)
- Obesidad
- Tabaquismo
- Sedentarismo

Los factores de riesgo cardiometabólicos tienden a agruparse, siendo la principal característica la obesidad abdominal (fácilmente evaluable por medio de la circunferencia de la cintura).

Diversos estudios han demostrado que las personas con agrupación de factores de riesgo cardiometabólicos (hipertensión arterial, obesidad dislipemia, diabetes), conocido como síndrome metabólico, tienen un riesgo de más del doble de desarrollar eventos cardiovasculares ateroscleróticos y casi cinco veces más de desarrollar diabetes de tipo 2, en comparación con los que no padecen ningún tipo de factor de riesgo cardiometabólico.

En cuanto a las medidas por tener en cuenta, el primer paso es reconocer cuáles son nuestros factores de riesgo, para lo cual es apropiada una consulta médica. Una vez identificados, el paso siguiente es tomar conciencia de que su modificación no sólo permitirá prevenir eventos cardiovasculares, sino que posibilitará también tener mejor calidad de vida en el futuro.

Los muchos estudios que se han efectuado en todo el mundo han demostrado que los padres desempeñan un papel crucial a la hora de influir en los hábitos para mantener la salud cardíaca de sus hijos durante toda su vida. Incluye la dieta, actividad física y el consumo de tabaco. Se debería recordar a los niños que su modo de comer, beber y moverse determina su salud cardíaca futura. Con la ayuda de los padres, de los colegios y de otros grupos de la comunidad, los niños necesitan establecer dietas equilibradas y tener actividad física programada.

El ritmo de vida actual (sedentarismo, comida “chatarra”, estrés), atenta contra el adecuado control de los factores de riesgo. Es por eso que necesitamos de un trabajo en equipo e interdisciplinario, que comience en el hogar y tenga continuidad en la escuela y en la comunidad, para que nuestros niños y jóvenes conozcan el significado de la prevención cardiovascular.

Por lo tanto, un cambio en el estilo de vida (dieta saludable, realizar actividad física y abandonar el hábito del tabaco) es una gran oportunidad para dar un ejemplo, no sólo en beneficio de nuestra propia salud, sino también de la de nuestros hijos.

Soldados y víctimas

La infancia en el campo de batalla

María del Mar Cerdas R.

A lo largo de la historia y en numerosas culturas, la niñez ha estado involucrada en actividades militares. A partir de 1970, entraron en vigencia convenciones internacionales que limitan la participación infantil en conflictos armados, pero la Coalición para Eliminar la Utilización de Niños Soldados (en adelante, CEUNS) reporta que estas prácticas continúan.

Esa participación puede darse en tres formas distintas. Una directa, como soldados. Otra, como guardas, cocineros, mensajeros, espías o con fines sexuales. Y otra en misiones suicidas, como escudos humanos o en propaganda

En julio de 2007, en más de veinte países, había niños participando directamente en la guerra. Hoy, entre 200.000 y 300.000 son soldados de grupos rebeldes y fuerzas de gobierno. Entre ellos, niños de solo siete años.

Juego con armas de verdad

Conforme los conflictos armados continúan y surgen otros nuevos, más niños están expuestos a los horrores bélicos. Si un conflicto se prolonga, aumentan las probabilidades de que las fuerzas armadas y grupos paramilitares se reabastezcan con niños, reclutados de manera forzosa o voluntaria. Decenas de miles son raptados en escuelas, en la calle o hasta en sus casas, principalmente por fuerzas rebeldes, pero también por los ejércitos gubernamentales.

Las niñas no se salvan y en algunos países como Etiopía, Nepal, Sri Lanka y Uganda, un tercio de los reclutados son

mujeres, como soldados, esclavas sexuales y “esposas” de comandantes.

La guerra deteriora las condiciones económicas y sociales, especialmente de las familias más pobres. La organización belga Child Soldiers calcula en unos 300.000 los niños que se enrolan por sus circunstancias socioeconómicas. “Es más probable que se hagan soldados si son pobres, separados de sus familias, desplazados de sus hogares, si viven en zonas de combate o tienen acceso limitado a la educación”, advierte. Algunos son huérfanos, refugiados o vienen de familias desintegradas o en pobreza extrema. Llegan al ejército esperando encontrar techo, protección y comida. Otros se conforman con el arma que les permitirá robar alimentos para sobrevivir. Y otros, finalmente, para vengar la muerte de algún familiar (Amnistía Internacional).

Los mejores soldados

Los reclutadores los consideran ideales porque su tamaño los vuelve casi invisibles, son rápidos, ágiles y fácilmente brutalizados para asesinar y obedecer ciegamente. Además, se les considera baratos y prescindibles, no exigen salario y comen mucho menos que los adultos. No tienen temor a la muerte, son valientes e intrépidos, aunque su inmadurez, temeridad e inexperiencia hacen que sufran lesiones y mueran más fácilmente que los soldados mayores.

A menudo se les obliga a cometer actos sangrientos y abusos a los derechos humanos contra sus propias familias y miembros de su comunidad, para estigmatizarlos y destruir sus lazos familiares y comunales y mantenerlos en el ejército. Ellos mismos se convencen de que jamás podrán regresar a sus casas.

Con esos fines, son drogados con diversas sustancias, incluida cocaína y una mezcla conocida en Sierra Leona como “brown-brown”, hecha a base de cocaína y pólvora.

La nueva tecnología permite aumentar el número de ellos, al producirse armas más pequeñas, livianas y baratas, que los niños de 10 años o menos pueden manejar fácilmente. La ONU estima que alrededor de 500 millones de ellas circulan actualmente.

Pequeños asiáticos

La CEUNS reportó en 2004 la participación bélica de miles de niños en Afganistán, India, Indonesia, Laos, Filipinas, Nepal, Sri Lanka y Burma, el único país cuyo gobierno reclutaba y utilizaba forzosamente a niños entre los 12 y 16 años de edad. Se estima que unos 70.000 están en el ejército nacional y entre 5 y 7 mil, en grupos étnicos de oposición.

Se cree que miles de ellos en Sri Lanka son parte de los Tigres de Liberación de Tamil Eelam, grupo rebelde que algunos consideran terrorista. En el 2001, se firmó un acuerdo de cese al fuego, pero la UNICEF indica que hasta julio de 2006, los Tigres habían raptado a 5.666 niños y advierte que solo un tercio de los casos se reportan.

Una unidad fue bautizada el Batallón Bebé, por el alto número de niños en él. Ante la condena mundial, desde octubre de 2006 se dijo que habían ilegalizado el reclutamiento de niños, pero la UNICEF lo ha desmentido.

Colombia

Tan sólo en el caso de Myanmar y la República Democrática del Congo, se cree que existen cantidades significativamente mayores de niños combatientes que en Colombia.

A pesar de que la ley colombiana prohíbe el reclutamiento de niños menores de 18 años, se calcula que en este país entre 11.000 y 14.000 niños son parte de grupos guerrilleros de izquierda, y un 20 por ciento está en filas paramilitares, según Human Rights Watch. Al menos uno de cada cuatro combatientes irregulares es menor de 18 años y de ellos, varios miles son menores de 15.

Desde un cuarto hasta la mitad de las unidades guerrilleras están compuestas por mujeres, y pueden incluir niñas de hasta ocho años. A todas ellas se les exige el uso de anticonceptivos y, si quedan embarazadas, deben abortar. En contraste, las fuerzas paramilitares tienen muy pocas mujeres como integrantes y de ellas aún menos son niñas.

En ocasiones, son las propias familias quienes envían a sus niños al combate, porque no pueden mantenerlos; saben que allí al menos recibirán alimentos y ropa. Otros cuantos llegan huyendo de violencia familiar y abusos físicos y sexuales. También hay quienes buscan el estatus de un teléfono celular o de una pistola y la aventura de la vida en el campamento. A cambio de la camaradería, comida y protección que añoran, se exponen a enfermedades, cansancio físico, lesiones, muerte repentina y tortura en manos del enemigo.



En 2007, África tiene el mayor número de niños soldados con unos 100.000 involucrados en conflictos.

África en pie de guerra

En las largas guerras de Liberia, los niños han estado expuestos a asesinatos, violaciones, raptos, tortura y trabajos forzados. En el 2000, la mayoría de las unidades militares estaban compuestas por niños y niñas menores de 18. Aunque no hay cifras oficiales de cuántos participaron en los últimos cuatro años de la contienda, agencias de la ONU los estimaron en unos 15.000.

En la República Democrática del Congo, miles de niños están en el ejército y en varias milicias rebeldes. En junio de 2003, a raíz del proceso de paz y la transición política, la comunidad internacional donó \$200 millones para el desarme, desmovilización y reintegración a la vida civil de unos 150.000 soldados, entre ellos 30.000 niños.

El programa halló dificultades por falta de voluntad política y militar, problemas técnicos y administrativos y la permanente inseguridad en el Este del país. Al final de 2006, el gobierno informó que había retirado únicamente a 19.000 niños y al menos 11.000 permanecían en grupos armados o no se sabía nada de ellos. Amnistía Internacional indica que los niños son un 40 por ciento de algunos grupos y el 40 por ciento de ellos, son niñas.

En Sierra Leona, entre 1993 y 2002, se reclutó a miles de niños, la mayoría raptados, drogados y utilizados para cometer atrocidades; las niñas, además, fueron explotadas sexualmente. Se les ponía de patrulleros, para atacar aldeas y como guardas de trabajadores en campos de diamantes.

Por su obediencia ciega, adquirieron preferencia entre los comandantes y fama de extrema crueldad entre los civiles. Realizaban el acto ritual de amputar manos y ejecuciones arbitrarias. Además, según el BBC World Service, “niños soldados a veces abrían los vientres de mujeres embarazadas solo para ver qué sexo tenía el bebé”.

En junio de 2007, la Corte Especial para Sierra Leona encontró a tres hombres del grupo rebelde Consejo Revolucionario de las FFAA, culpables de crímenes de guerra contra la humanidad y serias violaciones al Derecho Internacional Humanitario, al reclutar niños menores de 15 años. Este se convirtió en el primer tribunal respaldado por la ONU en declarar culpable al servicio militar obligatorio de niños. En varios otros países africanos todavía hay niños soldados.

El Medio Oriente

La BBC informó el 12 de julio de 2007 que están desapareciendo los niños del remoto pueblo de Tank, en el noroeste paquistaní y de otras aldeas en el límite tribal de ese país. Se indica que militantes pro-talibanes secuestran a los niños de 11 años en adelante. El resto de los poblados se rehúsa a admitir lo que ocurre y muy pocos hablan al respecto.

Se les enseña a los niños a ser crueles, a torturar y a matar sin remordimiento.

En el artículo citado, un maestro local afirma: “Realmente no secuestran a los niños. Los talibanes los convencen que realizar la yihad –aquellos que sacrifican sus vidas- es su labor y quienes acuden al llamado serán recompensados”. A menudo esto significa convertirse en atacantes suicidas. El Reporte Global 2004 de la CEUNS señaló que solo entre octubre de 2000 y marzo de 2004 se documentaron nueve casos de ataques suicidas de menores palestinos.

El reporte afirma que “se usa niños como mensajeros y en algunos casos en los encuentros armados, y como atacantes suicidas con bombas en contra de soldados y civiles israelíes... los principales grupos políticos los involucran, incluyendo Fatah, Hamas, Yihad Islámica y el Frente Popular para la Liberación Palestina”.

Después de tanto esfuerzo

La CEUNS dictaminó que, a pesar de que se dieron algunas mejoras, la situación de estos niños aún era un problema o había empeorado en muchos países. El final de las guerras en Afganistán, Angola y Sierra Leona desmovilizó unos 40.000 niños, pero otros 25.000 ingresaron a las luchas en Costa de Marfil y Sudán.

“Gobiernos como los de Burundi, la República Democrática del Congo, Myanmar (antigua Birmania), Sudán y EE. UU., utilizaron niños en las líneas de batalla en al menos 10 conflictos. Otros, incluyendo Colombia, Uganda y Zimbabwe, apoyaron a los grupos paramilitares y las milicias que usaron niños soldados. Estados como Indonesia y Nepal los usan como informantes, espías o mensajeros”, afirmaba el reporte.

Se habla también de que los gobiernos de Burundi, Indonesia y la Federación Rusa mataron, torturaron o detuvieron arbitrariamente a niños sospechosos de apoyar a la oposición armada. Menores palestinos detenidos por los israelíes fueron torturados y amenazados para que se convirtieran en informantes. El gobierno estadounidense ha recibido fuertes críticas por la detención y juicio de niños soldados y menores no combatientes capturados en Afganistán e Irak. Un joven canadiense de 15 años fue arrestado en Afganistán en el 2002 y estuvo preso en Guantánamo hasta que el 4 de junio de este año una corte militar retiró los cargos debido a una falla de procedimiento.

Se ha cuestionado el compromiso de gobiernos occidentales de proteger a la niñez, al proveer entrenamiento militar y apoyo a países como Ruanda y Uganda que utilizan a niños soldados. Al menos 60 gobiernos, incluyendo Australia, Austria, Alemania, los Países Bajos, el Reino Unido y EE. UU., continúan reclutando a niños entre los 16 y 17 de forma legal.

El problema de estos menores va más allá de su participación en los conflictos armados. Al acabar las guerras, su reinserción en la vida civil es sumamente difícil, lo que se agrava por las adicciones severas y dependencia de drogas como la cocaína. La comisión por su parte de las peores atrocidades, obstaculiza aún más su reintegración a las comunidades e impone grandes esfuerzos y hasta negociaciones con las propias familias para que los acepten de vuelta.

Dr. Manuel Aguilar Bonilla

La salud desde varios ángulos

En los hospitales, en la universidad y en los cargos públicos, la Medicina ha sido su pasión.

María del Mar Cerdas R.

En su familia nunca había existido un médico; todos sus antepasados profesionales se habían formado como abogados. Su padre -que murió de influenza española a los 32 años, tan solo dos meses y tres días antes de que naciera el pequeño Manuel-, todos sus tíos paternos y su abuelo, eran abogados. Este último, Francisco Aguilar Barquero, no solo era un hombre de leyes, sino que ocupó el cargo de Presidente de la República y fue declarado Benemérito de la Patria en vida, en 1924.

Por todo esto, la familia del joven Aguilar esperaba con certeza que fuera abogado como los demás. En tiempos de escuela, él recuerda que esas tradicionales composiciones sobre lo que se quiere ser cuando grande, las llenaba con palabras de un futuro como abogado. Sin embargo, ya como estudiante de secundaria en el Liceo de Costa Rica, apareció en él un deseo incontrolable de ser médico.

“Parecía casi irrealizable”, recuerda. “No había universidad, pero en mi decisión influyó muchísimo que en tercer o cuarto año el Dr. Moreno Cañas operó a mi hermana de cálculos

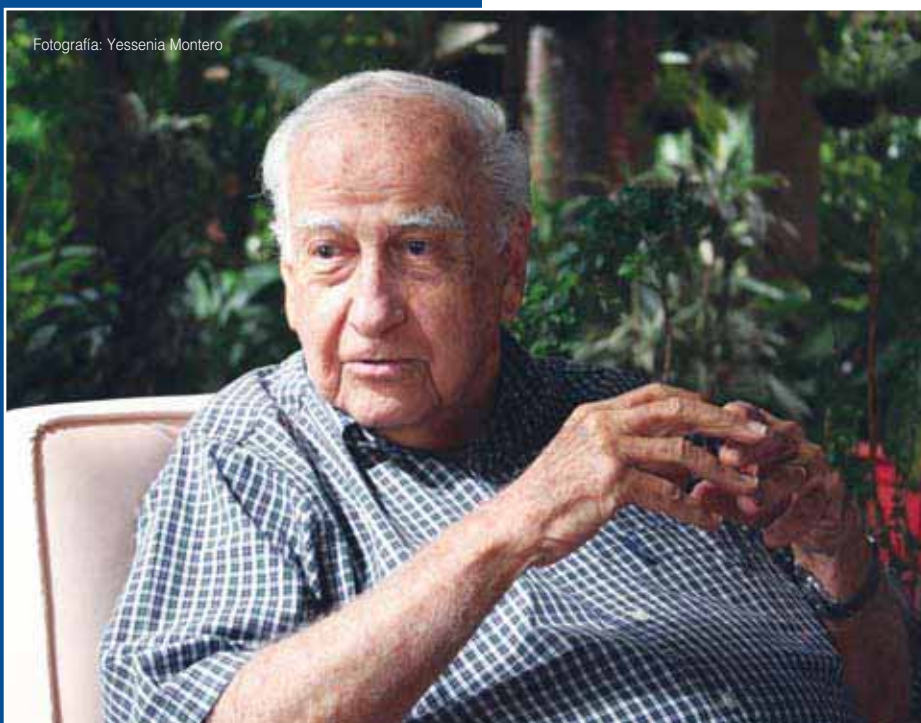
en la vesícula biliar y, de ahí en adelante, el deseo de ser médico se convirtió en una cosa arrasadora”.

De camino

Se encontró con gran oposición de su madre por dos motivos: primero, que esperaba que fuera abogado y, segundo, para hacerse médico debía salir del país. Al ser hijo póstumo, el Dr. Aguilar recuerda que recibía la dedicación total de su madre. Así que el joven debió luchar por un lado contra el deseo de su familia entera y por otro, contra las dificultades económicas de tener que viajar para estudiar.

Una vez graduado de secundaria, recibió como regalo de un tío \$500 y \$100 más de una tía. Al mismo tiempo, un amigo suyo muy cercano empezó los trámites para irse a estudiar Ingeniería a México. Aguilar se entusiasmó con lo que oyó y tan solo 11 días después de la graduación y con los \$600 de los regalos, emprendió su viaje hacia el Norte.

El trayecto en sí no fue fácil. Un viaje de 20 días, por barco y por tren, estuvo repleto de aventuras y peripecias. Al llegar a la frontera



Fotografía: Yessenia Montero

EN CASA

- **Estado civil:** Casado con María Eugenia Ortiz Morales
- **Hijos:** Marcela, coreógrafa residente en México y ex Directora de la Compañía Nacional de Danza; Manuel, médico cirujano; Carlos, ingeniero mecánico y economista, residente en Washington, D.C.
- **Nietos:** 6
- **Deportista:** Siempre fue buen deportista. Jugó fútbol en infantiles, juveniles, terceras, segundas y dos partidos de pretemporada en primeras, antes de irse a estudiar. Al regresar como médico, jugó con los veteranos hasta que, a los 40 años, se cambió al tenis. También le gustaba nadar.
- **Amante de los libros:** Lee muchísimo, sobre todo ahora que dice le sobra el tiempo. Acaba de organizar su biblioteca con ayuda de su chofer.
- **Además:** Es muy aficionado a la música, sobre todo a la clásica (aunque advierte que la popular también le encanta), y disfruta de la compañía de sus seis perros.

entre Guatemala y México, debieron permanecer ocho días en el lado mexicano, en un pequeño pueblo, ya que les faltaba un permiso de Gobernación. Su amigo y acompañante de viaje cayó enfermo y por los costos, era imposible llamar a un médico.

“Entonces, actué como médico”, recuerda Aguilar con una sonrisa. “Para mí, solo había dos enfermedades: indigestión y resfrío. Así que primero lo traté como resfrío; al no dar resultado, seguí como si fuera indigestión; y al tercer día no quedó más que llamar un médico que diagnosticó paludismo y recetó quinina”.

Luego de tres días y tres noches en tren, ambos jóvenes durmieron otros tres días para recuperarse del agotamiento. Los dos se hospedaron en casa de conocidas de la familia de su amigo y allí permaneció el Dr. Aguilar durante unos cuatro años, hasta que se mudó para quedar más cerca del Hospital General de México, donde recibía lecciones.

Médico de vocación

El impacto de tan inmensa ciudad aumentó el día de la matrícula, donde solo en el primer año de Medicina había 1.180 estudiantes. Aunque los trámites de ingreso no eran fáciles, Aguilar recuerda que la universidad se portó más que amable. Se les hizo un 80 por ciento de rebaja en la colegiatura y matrícula, y el 20 por ciento que les correspondía, debían pagarlo al terminar la carrera.

De los más de mil estudiantes que ingresaron, en el segundo año quedaron 232 y únicamente se graduaron 75. Aguilar recuerda que cada año se inclinaba por una especialidad distinta. Primero fue Fisiología, luego Gastroenterología, Cardiología, Neurología y Psiquiatría. Sin embargo, por cosas de la vida y a pesar de estar realizando su tesis en problemas diagnósticos de los tumores cerebrales, terminó como cirujano.

“El Dr. Jorge Vega Rodríguez, gran cirujano, llegó a México en viaje de bodas. Traía como encargo del Dr. Antonio Peña Chavarría, director del San Juan de Dios, ver si dos de los ticos que estudiaban ahí podían regresar a Costa Rica a hacer internado, en

vez del servicio social en México”, recuerda Aguilar.

Y es que en el San Juan de Dios había cuatro internos para 1.200 camas y dos de ellos ya concluían su internado. La UNAM estuvo de acuerdo en aceptar el cambio propuesto y en Costa Rica ofrecían los pasajes de ida y vuelta y \$400 mensuales. El Dr. Aguilar no dudó en aceptar. Afirma que en los seis meses como interno se transformó en cirujano. En México se graduó y regresó a Costa Rica a concluir los seis meses de internado, tras los que se convirtió en asistente. En el San Juan de Dios permaneció desde 1944 hasta 1963 en diversos puestos.

Impresionante trayectoria

A lo largo de toda su vida profesional, el Dr. Aguilar Bonilla ocupó numerosos cargos de importancia, no solo dentro de centros hospitalarios. Su currículum destaca por incluir la Presidencia de la Comisión Nacional de Emergencias, de la Junta de Protección Social, fundador y Presidente del IMAS y Vicepresidente de la República. También estuvo entre los miembros de la Comisión de Construcción del Colegio de Médicos, cuando se trasladó al actual terreno ubicado al costado sur de La Sabana.

El doctor comenta que su principal compromiso fue con la organización y creación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, a la que se dedicó por varios años, primero planeando y luego enseñando a cientos de estudiantes en sus aulas.

Una vida entera dedicada a la Medicina, desde los hospitales, la docencia y los cargos públicos.

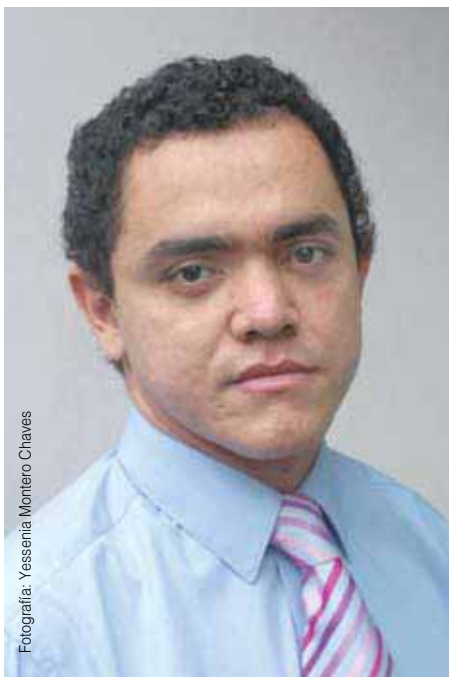


Fotografía: Yessenia Montero

LARGA TRAYECTORIA

- **Nombre:** Manuel Aguilar Bonilla
- **Edad:** 87 años
- **Estudios:** Médico cirujano, Universidad Autónoma de México (UNAM), 1944; posgrado en la Universidad de John's Hopkins y Lahey Clinic.
- **Sobresaliente:** Primer promedio de la Facultad de Medicina de la UNAM (1940) y es el único caso en la historia del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que un médico logró la incorporación con una calificación de 100 puntos en el examen.
- **En hospital:** Jefe de Sección de Cirugía, Hospital Central CCSS (1963-1969); Jefe de Sección de Cirugía, Hospital México (1969-1989); Jefe de Sección de Ginecología, Instituto Materno Infantil Carit (1953-1963).
- **Docencia:** Miembro de la comisión organizadora de la Escuela de Medicina de la UCR (1949-1960); Director de la Cátedra de Cirugía, UCR (1960-1990); Profesor Emérito de Cirugía, UCR; Profesor visitante de Cirugía, Universidad de Virginia.
- **Miembro:** Academia Mexicana de Cirugía; miembro honorario de la Academia de Medicina de Costa Rica; miembro honorario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- **Reconocimientos:** Premio Moreno Cañas de Cirugía en dos ocasiones; Premio Centroamericano de Cirugía (1974); Premio Defensoría de los Habitantes (2002); Condecoración República de Taiwán; Condecoración Orden del Sol Naciente, Japón.
- **Política:** Organizador y Presidente ad honorem del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), (1986-1990); Presidente ad honorem de la Junta de Protección Social, (1996-1998); Primer Vicepresidente de la República, también ad honorem (1970-1974).

“Ahora que estoy pensionado no me alcanza el tiempo para todo lo que quiero hacer”.



Fotografía: Yessenia Montero Chaves

Insulina inhalada y Diabetes Mellitus tipo 2

Dr. Hernán Bolaños Rodríguez
Médico cirujano, Universidad Internacional de las Américas

Liineaad_dvd_2

Introducción

El tratamiento de insulina es necesario para una minoría sustancial de pacientes con diabetes; más de 5 millones de americanos utilizan insulina parenteral todos los días. Una amplia gama de insulinas subcutáneas está disponible en el mercado, muchas de estas en dispositivos de bolsillo y agujas ultrafinas que aumentan la comodidad del tratamiento con insulina.

Sin embargo, se ha estado documentando resistencia a la terapia con insulina por razones diversas, como el dolor en la aplicación, miedo a la hipoglucemia y preocupación por aumentar de peso. Las fobias a la insulina y las agujas no son comunes; no obstante, muchos pacientes evitan la aplicación de insulina y las mediciones de glicemia por ansiedad. Aunque la resistencia a la insulina se puede combatir con educación, se han hecho esfuerzos por desarrollar fórmulas orales, nasales o inhaladas, que han llegado a ser preferidas por los pacientes para evitar la aplicación de insulina.

Efectos de la terapia

La mayoría de las proteínas y péptidos usados con fines terapéuticos sistémicos, incluyendo la insulina, tienen pesos moleculares altos y son hidrofílicos; como resultado, la única forma de administración

a lo largo del tiempo ha sido por medio de inyección. Sin embargo, existen dispositivos de inhalación que facilitan la llegada del medicamento a los pulmones.

Debido a que el pulmón es un órgano microvascular, las moléculas de las formulaciones que alcanzan los alvéolos obtienen acceso a la circulación sistémica.

Hasta el momento, el único dispositivo para la inhalación de insulina que ha sido aprobado por la FDA es un inhalador que provee una fórmula de polvo seco de insulina humana por medio de tecnología de ADN recombinante (Exubera, Pfizer). Luego de la inhalación oral de insulina por este dispositivo, aproximadamente el 40% de la dosis alcanza el pulmón profundamente, y el 10% restante es biodisponible. Es poco probable que la cantidad del medicamento que se queda en la orofaringe o de deglute cause un efecto clínico.

El intervalo entre la administración de la insulina y el inicio de la actividad hipoglucémica es más corto con la insulina inhalada (10-20 minutos), que con la administración subcutánea de insulina humana soluble (regular), y es similar con el intervalo de la aplicación subcutánea de insulinas de acción rápida como aspart, glicina y lispro. Estas características farmacocinéticas hacen de la insulina inhalada un agente útil para administración preprandial. La duración de la acción es un tiempo entre el de las

insulinas de acción rápida y el de la insulina regular.

Uso clínico

Ya que cuenta con un inicio rápido de la acción, la insulina inhalada es útil para uso preprandial y no para uso basal. Las insulinas preprandiales como la insulina inhalada son más útiles en pacientes con niveles de hemoglobina glicosiladas que se mantienen elevados luego de que los niveles de glicemia en ayunas han sido controlados con una insulina basal.

La insulina inhalada puede ser útil en pacientes con fobia verdadera a las agujas y en aquellos pacientes con lipodistrofia cutánea excesiva en los sitios de aplicación. No está aprobado su uso en mujeres embarazadas, niños o adolescentes.

El tabaquismo es una contraindicación para el uso de insulina inhalada; el tabaquismo activo incrementa la tasa y extensión de la absorción de insulina. En contraste, la exposición pasiva al humo del tabaco en no fumadores disminuye la tasa y extensión de la absorción de la insulina. Se debe tener precaución si se prescribe insulina inhalada en pacientes que trabajan o viven en ambientes con humo de tabaco.

El uso de insulina inhalada en pacientes con enfermedad pulmonar de fondo o EPOC no está recomendado, ya que su absorción

es impredecible, particularmente si se está utilizando un broncodilatador. Una simple infección de las vías respiratorias superiores puede ser menos problemático de acuerdo con sus fabricantes; infecciones con rinovirus no afectaron su absorción.

Se debe educar a todos los pacientes que utilizan insulina inhalada a medir sus niveles de glicemia antes de las comidas. Deben realizarse una espirometría, y la insulina no se debe usar si el volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) es menor del 70% del valor esperado.

Para su uso, el paciente extiende la cámara y coloca el blíster de insulina en el frente del dispositivo. El paciente crea un volumen de aire comprimido mediante la activación del mango neumático. Una vez que el dispositivo se activa, el polvo se libera y forma una nube visible, la cual se inhala. El mantener la respiración por 5 segundos durante la inhalación permite que el medicamento llegue a los pulmones.

La dosis inicial de insulina inhalada se mide en miligramos, no en unidades. Las guías de los fabricantes sugieren que el estimado inicial apropiado de la dosis preprandial debe ser de 0,05mg por kilogramo de peso. La insulina inhalada solo tiene dos presentaciones de dosis fijas, de 1mg y de 3mg (equivalente a 3 y 8 unidades de insulina respectivamente).

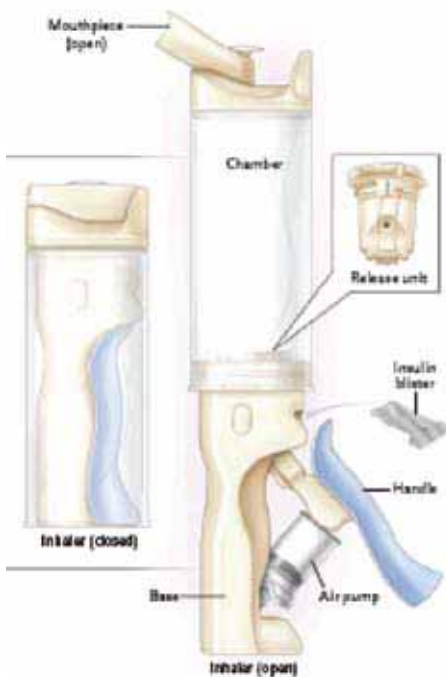
La educación del paciente sobre el uso de la insulina inhalada es importante para maximizar la consistencia de la técnica y la disponibilidad de la dosis. El mantenimiento del inhalador es esencial, se debe limpiar semanalmente y evitar la humedad, ya que esta absorbe el polvo de insulina.

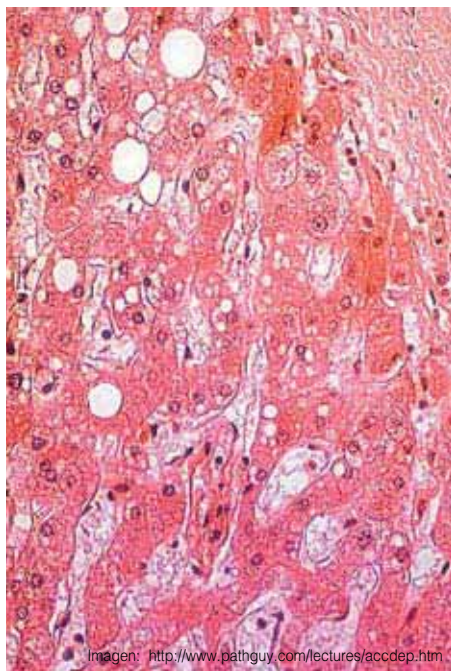
Se debe realizar seguimiento a los pacientes con una espirometría a los 6 meses y luego cada año, por el efecto potencial sobre la función pulmonar. Si se confirma una reducción del FEV1 de más de 20% o de más de 500ml del valor basal, se debe suspender la insulina indefinidamente.

Bibliografía

- Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, et al. "Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002". *Diabetes Care* 2006; 29: 1263-8.
- Summers KH, Szeinbach SL, Lenox SM. "Preference for insulin delivery systems among current insulin users and nonusers". *Clin Ther* 2004; 26: 1498-505.
- Inhaled insulin (Exubera): Rapid Report 01. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care, April 2006.

El intervalo entre la administración de la insulina y el inicio de la actividad hipoglicemiante es más corto con la insulina inhalada (10-20 minutos), que con la administración subcutánea de insulina humana soluble (regular).





Hígado graso no alcohólico

Dr. Agustín Arguedas Quesada

Médico cirujano internista

Director médico de Farmacología Clínica del sitio www.amprmd.com
Coordinador de los cursos de Hipertensión Arterial del Programa de Educación Médica Continua de la Universidad de Costa Rica

El Dr. Arguedas posee una Maestría en Farmacología y Terapéutica de la Universidad de Columbia, Canadá. Actualmente labora como catedrático en el Departamento de Farmacología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Aunque tradicionalmente se asoció a la ingesta excesiva de alcohol, hoy se sabe que la acumulación excesiva de grasa en el hígado puede ocurrir en ausencia de esa condición.

Introducción

El hígado graso es una alteración frecuente. De hecho, es una de las causas más usuales de elevación asintomática de las aminotransferasas. Aunque tradicionalmente se asoció a la ingesta excesiva de alcohol, hoy se sabe que la acumulación excesiva de grasa en el hígado puede ocurrir en ausencia de esa condición.

La prevalencia del hígado graso no alcohólico en la población general se ha estimado en cerca de 30-35%, pero parece estar aumentando de manera paralela al aumento en la incidencia de la obesidad. La prevalencia varía mucho dependiendo de las características de diferentes grupos poblacionales; por ejemplo, es mayor en los blancos y en los hispanos que en los afroamericanos, y aunque no parece existir diferencia con respecto al sexo, sí se ha detectado que ocurre mucho más tempranamente en los hombres que en las mujeres.

Se detecta hígado graso no alcohólico con mucha frecuencia en los individuos que tienen sobrepeso u obesidad, siendo especialmente alto en los sujetos con obesidad central. Por otra parte, la prevalencia es también muy alta en los diabéticos y en los sujetos sometidos a cirugía bariátrica. Por las razones anteriores, se ha conside-

rado que el hígado graso no alcohólico es la manifestación hepática del síndrome metabólico.

Definición del problema

El desarrollo del hígado graso no alcohólico se ha ligado a la presencia del síndrome metabólico y sus componentes, tales como diabetes mellitus y obesidad central. La patogenia no se conoce con certeza, pero se han identificado varios factores que conducen a su aparición, tales como la resistencia a la insulina, el estrés oxidativo y la apoptosis, con la participación de citoquinas y adipocinas.

El hígado graso no alcohólico puede presentarse como dos diferentes subtipos o estadios, la forma de esteatosis simple, relativamente benigna, y la forma potencialmente progresiva de esteato-hepatitis. Se están investigando extensamente los mecanismos responsables de la progresión entre esas dos formas.

A pesar de que existe controversia, los criterios histológicos mínimos para establecer el diagnóstico de esteato-hepatitis no alcohólica son la presencia de esteatosis hepática, la degeneración en balón de los hepatocitos y la inflamación lobular. Aunque los métodos de diagnóstico por imágenes pueden identificar el depósito de grasa en el hígado, son incapaces de

diferenciar entre la esteatosis simple y la esteato-hepatitis, por lo que en la actualidad la forma más precisa de establecer el diagnóstico y el subtipo específico de alteración es la biopsia hepática.

Sin embargo, debido a la falta de unificación en los criterios diagnósticos y en la interpretación de la biopsia, además de su carácter invasivo, de los riesgos para el paciente y de la ausencia de una terapia específica que pueda modificarse de acuerdo con los resultados histológicos, la biopsia no se realiza en la mayoría de los pacientes. Por lo tanto, el diagnóstico de hígado graso no alcohólico suele establecerse como uno de exclusión, basado en los estudios por imágenes y en los marcadores bioquímicos en los sujetos que tienen síndrome metabólico o alguno de sus componentes.

Implicaciones

Las implicaciones y el curso clínico dependen del tipo histológico. El curso es benigno en los casos de esteatosis simple, en el que los pacientes se encuentran frecuentemente asintomáticos. No obstante, algunos de ellos pueden progresar a esteato-hepatitis, y un tercio de estos últimos puede tener un curso progresivo y desembocar en el desarrollo de fibrosis. Muchos de los casos de cirrosis hepática de causa no establecida pueden haberse originado en esteato-hepatitis no alcohólica, cuyas características histológicas desaparecieron con la progresión de los cambios fibróticos.

El pronóstico no es favorable en los pacientes que han desarrollado fibrosis, algunos de los cuales pueden avanzar lentamente hacia las mismas complicaciones de otros tipos de cirrosis hepática, tales como la aparición de ictericia, ascitis, el síndrome de hipertensión portal, la encefalopatía porto-sistémica y el carcinoma hepatocelular. La expectativa de vida es muy pobre cuando aparecen estas complicaciones, debido a que suele tratarse de individuos de edad avanzada, que para entonces ya presentan enfermedades y condiciones concomitantes asociadas al síndrome metabólico.

El hígado graso no alcohólico también se ha asociado de manera independiente con la hipertensión arterial, la hipertrigliceridemia y la dislipidemia mixta. Además, varios estudios han demostrado que los pacientes que presentan esta alteración

hepática ya tienen evidencias de disfunción vascular. Por lo tanto, se ha considerado que el hígado graso es un factor de riesgo independiente para la aparición de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Evaluación

La historia clínica y el examen físico son muy importantes en la evaluación de estos pacientes, tanto para establecer otros factores de riesgo asociados con el síndrome metabólico, como para excluir otras posibles etiologías de la alteración hepática. Entre las causas de lesión hepática que deben descartarse se encuentran el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la hepatitis viral B y C, las lesiones inducidas por fármacos y la enfermedad de Wilson.

Al examen físico suele detectarse la presencia de hepatomegalia no dolorosa en los pacientes con hígado graso no alcohólico. Unos pocos pueden quejarse de malestar en el cuadrante superior derecho del abdomen.

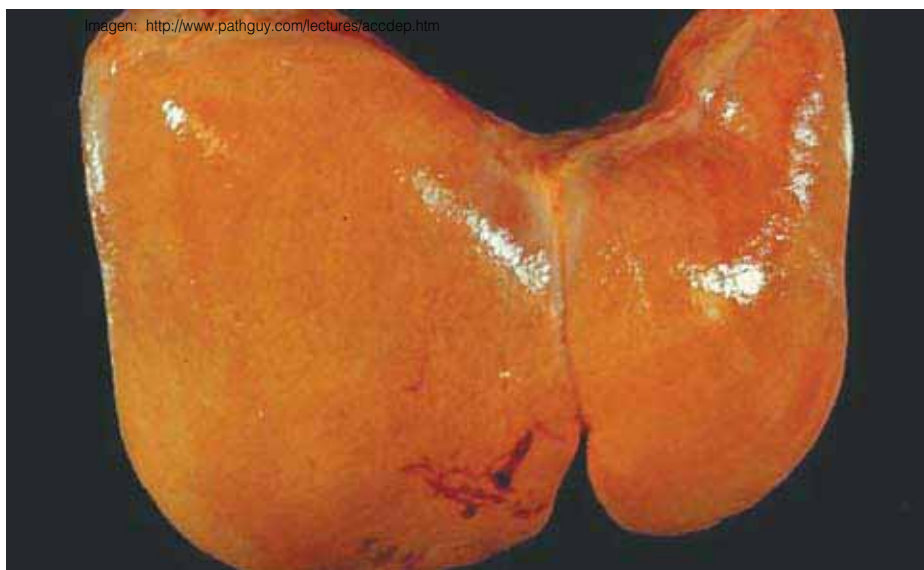
La alteración más frecuente de laboratorio es una elevación discreta de las aminotransferasas; la fosfatasa alcalina se eleva en raras ocasiones. La elevación de los niveles de aminotransferasas se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad hepática progresiva.

En los casos con daño avanzado pueden encontrarse datos de descompensación hepática en el examen físico, aún con niveles sanguíneos normales de las enzimas hepáticas. Una relación de aspartato aminotransferasa/ alanina aminotransferasa (AST/ALT) mayor de 1 sugiere fibrosis hepática avanzada, al igual que la hipoalbuminemia, la trombocitopenia y la hiperbilirrubinemia.

El ultrasonido es útil, especialmente por su carácter no invasivo, para la detec-

“Las auto evaluaciones de este texto se encuentran en las publicaciones originales en el sitio:

www.ampmd.com



El hígado graso no alcohólico se considera una manifestación más del síndrome metabólico.

ción de la esteatosis. Sin embargo, es poco sensible para detectar los casos leves y no puede distinguir entre los distintos subtipos, ni diagnosticar con precisión los casos con carácter progresivo. La evaluación con doppler puede ayudar a distinguir los casos de fibrosis.

Otras pruebas por imágenes, como la tomografía y la resonancia magnética, se han usado para la evaluación de los pacientes con esteatosis no hepática. Sin embargo, tampoco son capaces de distinguir los diferentes subtipos.

En la mayoría de los casos, cuando no se cuenta con biopsia y se hayan excluido otras posibles causas, el diagnóstico se basa en la imagen ultrasonográfica de esteatosis hepática.

Como se mencionó antes, la biopsia hepática es el único método disponible actualmente para establecer el diagnóstico definitivo de esteato-hepatitis no alcohólica y para determinar el grado de fibrosis hepática. No obstante, su uso clínico es limitado por la falta de una estrategia fuertemente validada para la interpretación histológica, y por los potenciales errores en la toma de la muestra. Además, es un procedimiento invasivo, que se ha asociado a complicaciones y a mortalidad, y cuyo resultado no variará el tipo de tratamiento. Por todo lo anterior, la realización de una biopsia hepática debe restringirse a algunos casos con características específicas, como la elevación persistente de las enzimas hepáticas.

Abordaje terapéutico

No existe un tratamiento definitivo. Los cambios en el estilo de vida, con pérdida de peso y aumento de la actividad física, se han asociado con mejoría de los niveles de aminotransferasas y, en ocasiones, de los cambios histológicos. Los parámetros bioquímicos también han mejorado cuando se ha conseguido pérdida de peso con el uso de orlistat y sibutramina, pero se desconocen los resultados a largo plazo con esas terapias.

La reducción rápida de peso que se consigue con la cirugía bariátrica puede reducir la esteatosis, aunque también puede aumentar la inflamación.

Por otra parte, los medicamentos que reducen la resistencia a la insulina, como por ejemplo las tiazolidinedionas y la metformina, pueden mejorar los niveles de enzimas hepáticas, aunque de manera transitoria, de forma que la alteración reaparece al suspender el fármaco; además, los estudios han sido relativamente pequeños y de corta duración, por lo que se desconocen sus beneficios y riesgos reales en este contexto clínico.

Finalmente, otros fármacos y vitaminas han sido usados para el tratamiento de la esteatosis hepática no alcohólica, pero los resultados han sido inconsistentes y no pueden recomendarse.

Conclusión

El hígado graso no alcohólico se considera una manifestación más del síndrome

metabólico. Su espectro clínico puede ser variable, desde una condición asintomática benigna hasta la cirrosis hepática con sus complicaciones. No se conocen bien los procesos involucrados en su génesis y en su progresión. Los diferentes tipos de pruebas usadas para el diagnóstico tienen limitaciones, especialmente en relación con la capacidad para establecer el subtipo de lesión.

Deben estimularse los cambios en el estilo de vida en los pacientes portadores de esteatosis hepática no alcohólica, pero no existe ningún tratamiento establecido para la esteato-hepatitis.

Bibliografía complementaria

1. Adams LA, Lymp JF, St Sauver J, et al. "The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a population-based cohort study". *Gastroenterology* 2005; 129: 113–21.
2. Belfort R, Harrison SA, Brown K, et al. "A placebo-controlled trial of pioglitazone in subjects with nonalcoholic steatohepatitis". *NEJM* 2006; 355: 2297–307.
3. Bugianesi E, Leone N, Vanni E, et al. "Expanding the natural history of nonalcoholic steatohepatitis: from cryptogenic cirrhosis to hepatocellular carcinoma". *Gastroenterology* 2002; 123: 134–40.

Asociación costarricense de médicos jubilados

El 25 de enero del año 2005, se conforma oficialmente la Asociación de Médicos Jubilados, cuyos fines son:

1. Procurar a los médicos jubilados beneficios de tipo social, cultural, de investigación, científicos, recreativos y económicos.
2. Luchar por los derechos de los médicos jubilados, incluyendo aquellos que les asisten en sus derechos de pensión y jubilación.
3. Reunir y organizar a los y las profesionales en medicina ya jubilados.
4. Fomentar en los asociados actividades para su pleno desarrollo como persona, respetando su autonomía y sus deseos.
5. Fomentar en el grupo la investigación para una mejor calidad de vida.
6. Fomentar la formación de comités y comisiones específicas dentro de la asociación, atendiendo las necesidades reales y actuales de los asociados.

La organización se origina ante la necesidad de una asociación que integrara a los médicos jubilados y permitiera al médico mantenerse integrado en los diferentes ámbitos, tales como el Colegio de Médicos y Cirujanos y las instituciones en las que prestaron sus servicios.

Según lo expresan los miembros de la Junta Directiva, los países de América Latina no preparan a las personas para la etapa de la jubilación, es por esta razón que este cambio tiene grandes repercusiones emocionales y físicas en las personas. Los médicos, después de la jubilación, decaen en sus funciones biopsicológicas, en sus condiciones económicas y algunos llegan a un estado de abandono y de depresión.

La transición que se atraviesa de la vida laboral activa a la jubilación conlleva un cambio social, psicológico y de la vida familiar, donde el profesional debe reconstruir su entorno y prioridades en su vida. Ante esta realidad, la sociedad no está preparada para recibir a los jubilados, no les ofrece opciones recreativas y de incorporación a actividades de utilidad.

Ante esta situación, los médicos se motivaron a unir esfuerzos que propiciarán la Asociación

Costarricense de Médicos Jubilados. Entre las metas de esta Asociación destacan:

- Propiciar espacios culturales, en los cuales se visibilicen otras facetas de los médicos.
- Realizar un estudio para diagnosticar la situación del médico jubilado en Costa Rica.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida del médico jubilado.
- Establecimiento de una página electrónica para el intercambio a nivel nacional e internacional.

Actualmente, la Junta ha logrado el ordenamiento de las cobranzas y la participación en actividades como el foro "La realidad de los adultos mayores en Costa Rica". Además, se ha logrado crear un sentimiento de pertenencia a esta Asociación, al Colegio de Médicos, a la sociedad y, en especial, incentivar la unión grupal.

Cuentan con la afiliación de noventa médicos y se proyecta aumentar en un 20% en corto plazo. Por tal motivo, la Junta insta a los médicos jubilados a afiliarse, llenando una solicitud que pueden recoger en la recepción del Colegio o solicitarla a la Secretaría de la Junta por correo electrónico edgarva@costarricense.cr

Médicos fundadores de la Asociación:

Dr. Guillermo Herrera Sibaja, Dr. Mario Madrigal Jiménez, Dra. Celina Brenes Jiménez, Dr. Rolando Donadio Brilla, Dr. Luis Guillermo Zúñiga Carvajal, Dr. Rodolfo Gutiérrez Pimentel, Dr. Álvaro Rivera Chacón, Dr. Alfredo Del Valle Leandro, Dr. Fernando Alpízar Barquero, Dr. Carlos Manuel Rodó Duverrán, Dr. Manuel Zeledón Pérez, Dr. Mauricio Villagra Navarro, Dr. Jorge Echeverría Murria, Dr. Guillermo Rodríguez Aguilar, Dr. Rogelio Rojas Acuña, Dr. José Contreras Jiménez, Dr. Julio Capra Castro, Dr. Óscar Morera Madrigal, Dra. María de los Ángeles Mejía Jiménez, Dra. Gloria Pacheco Blanco, Dr. Wagner Rodríguez Camacho, Dr. Rafael Barranco Pallares, Dra. María Felicia Cavaría Vega.

y cancelando una cuota de ingreso de ₡10.000; además, se informa a los médicos interesados que la membresía anual es de ₡10.000.

Asimismo, y como parte de la transparencia de la gestión, la Junta Directiva expresó su anuencia para que todo afiliado participe de las sesiones los últimos jueves del mes, con voz, pero sin voto; con el propósito de que se involucren en las actividades de la Asociación; o bien puedan presentar los casos que consideren importantes de ser valorados por la Junta a través del Dr. Stanley Vilchez Carazo, Fiscal de la Junta.

"La tercera edad es una etapa de la vida tan fructífera como cualquier otra, es una edad privilegiada y de plenitud, por lo que debemos sentirnos orgullosos y recoger lo que hemos sembrado a lo largo de la carrera profesional y, sobre todo, como seres humanos", afirmó el Dr. Eduardo García Vargas.



Actual Junta Directiva de la Asociación de Médicos Jubilados, de izquierda a derecha: Dr. Rodolfo Gutiérrez Pimentel, Presidente; Dr. Alfredo Del Valle Leandro, Tesorero; Dr. Wagner Rodríguez Camacho, Vicepresidente; Dr. Eduardo García Vargas, Secretario; Dr. Guillermo Herrera Sibaja, Vocal, y el Dr. Stanley Vilchez Carazo, Fiscal.

III Congreso Nacional de Medicina del Trabajo

Los días 23, 24 y 25 de agosto se efectuó el III Congreso de Medicina del Trabajo, declarado de Interés Público, Nacional e Institucional y fue organizado por la Asociación Costarricense de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo (ACOMET).

El Congreso fue dedicado como homenaje póstumo al Dr. Marcial Fallas Jiménez, primer médico en inscribirse en esta especialidad en nuestro país.

Este III Congreso contó con la participación de expertos nacionales en temas de salud y la seguridad en el trabajo. El propósito de la realización de este foro fue promover el conocimiento y el desarrollo de la Medicina del Trabajo; además, fortalecer el aprendizaje de la salud laboral y ambiental, así como la seguridad en el trabajo del ser humano.

La variedad temática del programa, así como las actividades realizadas, como el Taller de Seguridad Humana, fueron atractivos importantes para los participantes. Entre los temas impartidos estaban: "Liderazgo y salud ocupacional", "Evaluación biológica de trabajadores expuestos a hidrocarburos", "Mobbing", "Monitoreo biológico de plaguicidas", "Neumoconiosis", "Programa de concientización: El lado humano de la seguridad", "Oxigenoterapia en Traumatología", "Vigilancia epidemiológica a nivel del servicio médico de empresa", entre otras charlas.

Por su parte, el Taller de Seguridad Humana realizado en las instalaciones del Colegio de Médicos, el 25 de agosto, cumplió el objetivo de preparar a las personas para hacer frente a



situaciones de riesgo inesperadas. En Costa Rica, los riesgos laborales (accidentes y enfermedades), tanto individuales como colectivos, originados por negligencia o situaciones externas al control humano, han excedido millones de colones en pérdidas económicas, además del incalculable valor en pérdidas humanas.

Las condiciones climáticas y las características orográficas propias de este país hacen que los riesgos y amenazas a que se está expuesto sean una constante.

Es por ello que el taller se basó en ejercicios de ejecución de acciones, previamente planeadas, para enfrentar una supuesta emergencia o desastre bajo el sistema de comando de incidentes. En el simulacro participaron desde cuerpos de socorro hasta brigadistas: Cruz Roja, Comisión Nacional de Emergencias, Policía de Tránsito, Bomberos, Hospital Cima, entre otras organizaciones.

La metodología empleada se fundamentó en los siguientes temas:

- Sistema de comando de incidente
- Zonas de Triage
- Simulacro de evacuación
- Preparación para una emergencia
- Consejos para la evacuación
- Brigadas múltiples de emergencias
- Maniobras de combate contra incendios
- Uso y manejo de extintores
- Manejo de amenaza de bomba
- Respuesta aérea de emergencia
- Material educativo audiovisual
- Planificación y evaluación de PAI (pre-impacto, trans-impacto y post-impacto)
- Sistema de 911
- Manejo de la comunicación en situaciones de crisis.
- Trabajo en equipo
- Coordinación interinstitucional
- Fatiga compasional
- Límites y capacidades

El taller se basó en ejercicios de ejecución de acciones, previamente planeadas, para enfrentar una supuesta emergencia.

La Medicina del Trabajo en el presente

En la actualidad, el desarrollo de la Medicina del Trabajo se ha visto favorecida por la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la evolución de la legislación laboral en todos los países, lo cual estableció las condiciones necesarias para el progreso de esta especialidad médica, a partir de lo que se plantearon los enfoques técnicos actuales con respecto a la higiene industrial o del trabajo.

Es así como en nuestros días, es una de las especialidades médicas inscritas en el Colegio, que hoy cuenta con 89 médicos activos.

Es una disciplina que debe ir en crecimiento tanto en el interés de futuros médicos, como del sector industrial y empresarial del país.

Para todo ello, es preciso promover la contribución, voluntad, trabajo y compromiso de los profesionales, como lo realiza la Asociación de Medicina del Trabajo al organizar este tercer Congreso, lo que representa un compromiso ineludible de fortalecer el ejercicio de la profesión médica a través del conocimiento y de plantear esta especialidad médica como una alternativa más eficiente a la hora de optar por los beneficios de trabajo sin riesgos.





Por qué una reforma integral de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos

Dr. Minor Vargas Baldares
 Presidente Junta de Gobierno
 Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Exposición de motivos

El Colegio de Médicos y Cirujanos de la República se fundó el 28 de octubre de 1857, pocos meses después de la rendición de William Walker, hace 150 años, cuando el Benemérito don Juan Rafael Mora Porras firmó el decreto con que se creó el **Protomedicato de la República de Costa Rica**, que se instala en el edificio de la Universidad de Santo Tomás, siendo por esto el Colegio Profesional más antiguo del país y uno de los de mayor prestigio. Tenía por objeto “**procurar el progreso de la profesión médica, resolver las consultas que los Poderes Públicos le solicitaran sobre materia de su competencia y extender patentes de botica**”. Su reglamento es tan importante que su esencia y espíritu se preservan hoy en la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, aprobada más de 100 años después, en 1962. En este Reglamento “**todos los Profesores de Medicina y Cirugía, obstétrices y farmacéuticos que ingresen en la República para ejercer alguna de estas profesiones deberán inmediatamente presentarse al Protomédico acompañado de sus diplomas (Art. 15)**”... “**Si el diploma estuviere conforme a lo dispuesto en el artículo anterior (No.16), se admitirá a examen del Profesor que lo presente y se señalará día para verificar aquel, de acuerdo con el interesado (Art. 17)**”... “**Los que ejerzan el arte de curar, sean hijos**

del país o extranjeros, sin estar autorizados sus títulos por el Protomedicato, serán considerados como empíricos y como tales castigados conforme lo dispone el Código Penal y Reglamento de Policía (Art. 24). Otros artículos detallan incluso la forma de pago y tarifas mínimas de los servicios médicos (Art. 40).

Los once doctores protomédicos que ocuparon la presidencia del Protomedicato durante 38 años, hasta 1895, continuaron su labor ininterrumpida en la **Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de Costa Rica**, que se conformó por iniciativa del Dr. Juan José Ulloa Giralte ante el gobierno de Don Rafael Iglesias Calvo. La nueva ley disponía que la Facultad asumiría todas las funciones encomendadas al Protomedicato, incluyendo: “**dirigir la enseñanza de la medicina y sus ramas y fomentar su desarrollo, conferir títulos académicos en dichas ciencias, conceder o negar las incorporaciones a los profesionales médicos nacionales o extranjeros y velar porque se ajusten a las disposiciones de la normativa y los preceptos de la ciencia, ejercer suprema vigilancia respecto a la higiene y la salubridad pública y resolver las consultas que en esa materia le hicieran los supremos poderes del Estado**”, mismas atribuciones que hoy debería mantener el Colegio de Médicos y Cirujanos. Durante todos estos años, la medicina costarricense progresó alrededor de las actividades del

Hospital San Juan de Dios, fundado en 1845, mediante el aporte de visionarios protagonistas como el Dr. Carlos Durán, primer médico costarricense graduado en Europa y presidente de la República. Se construyen hospitales en cabeceras de provincia y zonas rurales y el 1927, gracias a la labor de los Drs. Shapiro y Solón Núñez Frutos, se crea el **Ministerio de Salud** y se establece la red de Centros de Salud en todo el país. Hasta ese momento, todos los aspectos de salud en Costa Rica eran dirigidos por el Colegio (Protomedicato y Facultad). Al fundarse el Ministerio de Salud, el Colegio de Médicos y Cirujanos se convirtió en su primer asesor y consejero hasta el punto que desde su fundación hasta la fecha solo médicos han ocupado los cargos de Ministro y Viceministro de Salud.

En 1940, durante el gobierno del Benemérito doctor Rafael Ángel Calderón Guardia, al dictar el Congreso Constitucional la Ley No. 362 de fecha 26 de agosto de 1940, que fundó la **Universidad de Costa Rica**, se dispuso que la institución llamada entonces Facultad de Medicina se siguiera conociendo con el nombre de **Colegio de Médicos y Cirujanos**, el cual tendría las mismas atribuciones que antes habían correspondido a aquella, hasta que se organizara la Escuela de Medicina en la Universidad, lo cual no ocurrió sino hasta 1969. En esta misma administración se funda la **Caja Costarricense del Seguro Social**. Veintidós años después, el 9

de agosto de 1962, se aprobó con el No. 3019 la **Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos**. Siete años más tarde, en 1969, se crea la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

A lo largo de estos 150 años, el Colegio de Médicos y Cirujanos de la República de Costa Rica ha sido partícipe y protagonista de los grandes avances de nuestra medicina y ejemplo para instituciones de salud del exterior. Gracias a la labor individual y conjunta de los médicos, tanto el Ministerio de Salud como la CCSS han podido llevar a cabo sus cometidos y, gracias a su capacidad y sacrificio, estos logros han colocado al país entre los más destacados del mundo en el campo de la organización sanitaria.

Pero no sólo en el área de la prestación de los servicios de salud ha tenido el Colegio de Médicos un papel pionero y protagonista. En el campo docente y científico, son muchos los médicos que han descollado tanto dentro como fuera del país y en prácticamente todas las instituciones académicas médicas, estatales y privadas, incluyendo estudios de posgrado para especialidades y subespecialidades, son los médicos los que llevan sobre sus espaldas la carga académica y la responsabilidad profesional y legal. El prestigio que han alcanzado nuestras instituciones nacionales, académicas y hospitalarias, es de tal magnitud que son innumerables los profesionales extranjeros que han venido al país a obtener sus títulos de grado y posgrado.

En el campo político, la conciencia ciudadana ha reconocido la capacidad y estatura humanitaria del médico hasta tal punto que después de los señores abogados, son los médicos los que más presidentes de la República le han dado a nuestra patria.

En el campo social y cultural, la importancia del médico no admite discusión. Histórica y científicamente en el mundo, por su formación científica y humanista integral, su adiestramiento y experiencia y sobre todo su vocación y su gran responsabilidad ética en lo concerniente a principios tan importantes como la vida, la enfermedad y la salud, la presencia del médico no solo es necesaria, sino indispensable para la estabilidad y desarrollo del país.

El médico ha sido y debe seguir siendo un líder activo comunitario que vela y protege tales intereses, para beneficio de las personas, la familia y el bien común. De aquí se desprende que nadie como el médico está mejor

“Todos los Profesores de Medicina y Cirugía, obstétrices y farmacéuticos que ingresen en la República para ejercer alguna de estas profesiones deberán inmediatamente presentarse al Protomédico acompañado de sus diplomas (Art. 15)”...



capacitado para entender y guiar a las instituciones y entidades responsables de la salud y el bienestar social de la comunidad costarricense. Por esto también es necesario que el médico siga ejerciendo su rol de líder científico y administrativo en todos los niveles del campo de la salud y en sus diferentes áreas: prestación de servicios, educación, investigación y control de calidad. Tal como fue creada, diseñada y establecida por nuestros próceres, la única instancia o entidad capacitada para ejercer estas funciones en la forma integrada, responsable y de altísimo nivel que requiere, es la constituida por todos los profesionales médicos del país, debidamente acreditados, y esto es lo que constituye el **Colegio de Médicos y Cirujanos y su Ley Orgánica**.

Cuando la Ley Orgánica del Colegio de Médicos se aprobó, la CCSS no era propietaria de los centros de salud del país, no existía el CENDEISS, ni la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y, al fundarse esta 17 años más tarde, se pensaba que iba a ser la única escuela de Medicina por muchas décadas. El Ministerio de Salud apenas daba abasto con los problemas de parasitosis, desnutrición, diarreas e infecciones respiratorias. Todos los médicos tenían consultorios particulares, su labor hospitalaria era filantrópica y altruista y sus salarios simbólicos. El Colegio de Médicos estuvo alojado en una vieja casona sita donde luego se construyó el edificio de la Cruz Roja, hoy vendido a una clínica particular. Con la

contribución de una mensualidad (mil colones) de los médicos inscritos al aprobarse la Ley Orgánica, se compraron los terrenos en donde se encuentra hoy el Colegio. Las especialidades médicas apenas empezaban a identificarse y las subespecialidades no existían, a tal grado que ni aparecen en el texto de la Ley. En ese entonces no existían tampoco las tecnologías médicas ni las de profesionales afines.

En las últimas cuatro décadas, los grandes cambios político-económicos y científico-sociales que sucedieron y suceden en el mundo obligaron a nuestro país a emplear medidas transitorias o permanentes, improvisadas o bien estructuradas, en un intento por adaptarse a tales cambios y reordenar nuestra política en el campo de la salud, situación similar a la que sufrimos a finales del siglo XIX. Los impresionantes avances de la ciencia y la tecnología en materia de salud, la globalización comercial con la consecuente influencia de los grandes poderes económicos transnacionales, la centralización empantanada de nuestro sistema nacional de salud y seguridad social, el crecimiento acelerado de una medicina privada anárquica, no sistematizada, la proliferación de escuelas de Medicina privadas comerciales, sin la correcta acreditación, el deterioro evidente de la calidad y excelencia de los graduandos en Medicina, la pérdida de valores morales y éticos de nuestra sociedad con la consecuente masificación, mediocridad, conformismo y corrupción, son quizás los

La labor del Colegio de Médicos debe empezar por garantizar la preparación y enseñanza universitaria de la ciencia médica



principales motivos para que la Ley Orgánica de 1962 dejara de ser actual. El rol del médico en la actualidad es la de un simple técnico y su responsabilidad ha sido delegada a personal técnico-administrativo paramédico en menoscabo de la excelencia del acto médico. Esta ley esta desfasada en el tiempo y en el espacio ya que representa la realidad de una sociedad que hoy no tenemos e impide al Colegio, y a los médicos en general, adaptarse a los cambios que se realizan diariamente en el área de la salud. De aquí que se hace urgente y prioritario dotar al Colegio de Médicos y Cirujanos de los medios para que ejerza su verdadera función: contribuir a la construcción de un nuevo paradigma social de salud integral y bienestar familiar y comunitario basado en la excelencia médica y ética profesional ejemplar, que nuestro pueblo merece.

La nueva Ley Orgánica que se debe aprobar no es un fin en sí misma. No debe tampoco ser un instrumento empleado básicamente para fiscalizar el acto médico o para tramitar políticas o intereses institucionales nacionales o foráneos. La labor del Colegio de Médicos debe empezar por garantizar la preparación y enseñanza universitaria de la ciencia médica; debe acreditar a las escuelas de enseñanza de la salud, comprobar el nivel adecuado científico, técnico y ético de los futuros médicos, especialistas, subespecialistas y tecnólogos, y facilitar la capacitación permanente y acreditación de estos; debe exigir el cumplimiento de los valores mínimos de instalaciones, equipos, suministros, medicamentos, personal profesional, técnico y administrativo, normas de calidad y programas de educación e investigación de los centros de atención médica. La Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, por lo tanto, debe ser dotada de todas las herramientas necesarias para que la acción coordinada de los médicos con el resto del personal de salud del país sea en

beneficio no sólo del paciente como tal, sino de la comunidad en general, por una Costa Rica más rica en valores primarios.

La Ley Orgánica del Colegio de Médicos debe constituirse en un instrumento adecuado y eficaz para garantizar el ejercicio del buen acto médico, la promoción de la salud, la atención óptima en el cuidado de los enfermos, el progreso del conocimiento científico, el mejoramiento de la educación y formación ética y científica médica y el desarrollo integral socioeconómico, cultural y moral del país. Por consiguiente, deben tomarse en consideración los siguientes puntos:

1. Basar todo su contenido en los principios universales de los derechos humanos, especialmente los principios de respeto y defensa de la vida y la dignidad de la persona humana desde el momento mismo de la fecundación hasta la muerte natural, libertad de conciencia, justicia, beneficencia, benevolencia y consentimiento informado.
2. Establecer las bases científicas, éticas y de adiestramiento de todos los médicos y tecnólogos médicos afines que se quieran incorporar.
3. Capacitar, evaluar y acreditar periódicamente a todos los miembros profesionales y técnicos inscritos, de acuerdo con el progreso de las ciencias médicas.
4. Establecer exámenes de incorporación nacionales obligatorios para todos los médicos nacionales y extranjeros y en sus especialidades, así como para tecnólogos en Medicina. Una serie de argumentos que apoyan esta necesidad se encuentra en la exposición de motivos del proyecto de ley que establece el examen nacional de Medicina (expediente No. 16.722)
5. Supervisar, evaluar y acreditar todos los programas, carreras e instituciones que se dedican a la preparación y educación de

profesionales médicos y tecnólogos, tanto a nivel de pregrado como de posgrado, periódicamente.

6. Participar, dar seguimiento y acreditar todas aquellas investigaciones que se realicen en el país en materia de salud.
7. Habilitar y acreditar, en conjunto con el Ministerio de Salud, todas las instalaciones, servicios, secciones, departamentos, clínicas y hospitales que tengan relación con el acto médico.
8. Fiscalizar el acto médico en todos sus extremos, estableciendo las líneas de responsabilidad ética y penal que correspondan de acuerdo con la Ley.
9. Establecer, junto con el Ministerio de Salud, líneas de autoridad social en materia de salud.
10. Brindar la protección necesaria al ejercicio de la profesión, que permita al médico la posibilidad de desarrollarse a plenitud en los campos científico, académico, administrativo, cultural y social, para beneficio del paciente, la familia y la comunidad.
11. Establecer exámenes teóricos y prácticos para la incorporación en el Colegio de Médicos y Cirujanos de todos los médicos y tecnólogos graduados, nacionales y extranjeros.
12. Establecer exámenes teóricos y prácticos para la incorporación en el Colegio de Médicos y Cirujanos de todas las especialidades y subespecialidades aprobadas por este mismo ente.
13. Organizar, con la colaboración de las instituciones estatales, la infraestructura técnico-administrativa necesaria para llevar a cabo todas sus actividades científicas, académicas, sociales y culturales, de supervisión, fiscalización y acreditación, tanto a nivel central como regional.
14. Definir, aprobar y fiscalizar las especialidades y sub-especialidades médicas
15. Organizar y reglamentar una Asamblea General Representativa con atribuciones similares a las de la Asamblea Plenaria, constituida por un representante por cada veinte médicos inscritos en el CMC y una Comisión de Delegados de la Junta de Gobierno con un delegado por cada diez representantes

Por las razones apuntadas y para poder avanzar con mayor agilidad y efectividad, se hace necesario promulgar una reforma a la ley actual.