

ORACIÓN MAESTROS DE LA
CIRUGÍA COLOMBIANA

Doctor ALBERTO ESCALLÓN

**Apuntes sobre cirugía y su enseñanza en los
últimos 50 años en Colombia**

1996

Presentador del orador

Doctor JORGE SEGURA

Apuntes sobre cirugía y su enseñanza en los últimos 50 años en Colombia

Doctor ALBERTO ESCALLÓN

No pretende esta charla ser un documento histórico que sirva de consulta a los estudios de la historia. No tiene una precisión absoluta en sus fechas. No es una recopilación exhaustiva de los hechos acaecidos en los últimos tiempos. Simplemente es, como lo dice su nombre, un recuento aproximado de cómo me ha tocado ver la evolución de la cirugía, de su enseñanza y de su ejercicio en estos últimos cincuenta años.

Al finalizar el año de 1948 terminábamos nuestros estudios de medicina, el segundo grupo de alumnos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

Se hace indispensable relatarles a ustedes la situación del país en esa época para darse cuenta de lo que sucedía en la universidad y en los hospitales.

Se atravesaba por una lucha política intensa y absurda, la cual había hecho que hubiera una oposición muy fuerte a la creación de una nueva Facultad de Medicina. Ésta había sido de una gran intensidad en los primeros años y ya a esta altura había menguado un poco. Veía uno desfilar en la Plaza Bolívar, frente al Congreso de la República a estudiantes de medicina, hoy día eminentes profesionales en vía de retiro, amigos queridos de todos nosotros, en blusa blanca y portando pancartas para pedir que no pasara la ley de aprobación de la Facultad de Medicina de la Javeriana.

Como ya en esa época era obligatorio hacer un internado rotatorio y la Javeriana no contaba con hospital para hacerlo, debíamos, cada uno, conseguir el internado por nuestra cuenta. El mayor prestigio en la ciudad de Bogotá lo tenía, especialmente para cirugía, que era mi interés, el Hospital de San José. Luego de mil diligencias e influencias pude entrar al Hospital de San José a hacer el internado rotatorio.

El interno, el día que estaba de turno quedaba como dueño, amo y señor de todo el hospital a partir de las 2 p.m., en compañía de un interno de Anestesia y uno de Maternidad, pues todo el personal médico se iba para sus consultorios particulares. Debe recordarse que en ese tiempo no existían los residentes.

Esto hacía que la supervisión para el pobre interno fuera nula o muy deficiente. En casos graves se llamaba por teléfono al médico encargado del servicio respectivo. Los casos de trauma eran muy pocos.

En ese entorno comenzó nuestro entrenamiento en medicina y en cirugía. Así se trabajaba en todos los hospitales del país en esa época. Se ayudaba a operar a todos los cirujanos, unos muy buenos, otros menos y algunos sumamente malos, lo cual hacía que se apreciaran las cosas que debían, o no, hacerse. Era una forma de aprendizaje bastante autodidacta. Se estaba a la caza de intervenir en cuanto caso se pudiera, lo mismo que asistir a todos los cursos que se organizaban, especialmente, en las sociedades científicas. Las cuales, justo es reconocerlo, fueron y todavía siguen siendo, las principales encargadas de la educación continuada en Colombia. En ese campo se han destacado muy especialmente la Sociedad Colombiana de Gastroenterología y la Sociedad Colombiana de Cirugía unos años más tarde.

El Hospital de San José era el único hospital que disponía, en ese entonces, de anestesista, como se decía en la época, y por ejemplo, era el único hospital donde se podía abrir tórax, pues ya empezaba a utilizarse la intubación endotraqueal. Esto no se hacía en ninguna otra parte.

Contaba el hospital con el pionero de la anestesiología en Colombia, el Dr. Juan Marín. Él nos relataba cómo, trabajando en el hospital en ortopedia, aficionado a la anestesia y viendo que se llamaba con inusitada frecuencia al capellán del hospital a las salas de cirugía, le pidió a la junta directiva del hospital que, antes de llamar al capellán, porque un paciente estaba muy grave, le permitieran que él fuera llamado primero y después al capellán. En esa forma bajó ostensiblemente la mortalidad en salas y fue el principio del gran avance de la anestesiología en el Hospital de San José y luego en todo el país. A él se debe el emblema de las sociedades de anestesiología el cual presentó en un famoso congreso que se reunió en Buenos Aires por allá en los años cincuenta. Sin duda alguna Colombia le debe al Dr. Juan Marín el principio del desarrollo de la anestesiología.

Fue así como presenciamos la primera esofagectomía realizada en Colombia por el Dr. Hernando Anzola Cubides, a principios del año de 1948. Se trataba de un carcinoma del tercio inferior y la cirugía duró ocho horas. Y como asistimos en 1949 a todas las demostraciones y conferencias realizadas por la *Unitarian Medical Mission*, la cual fue de gran importancia para el avance de la cirugía en Colombia.

Esta fue una misión norteamericana, presidida por el Dr. George H. Humphreys, jefe del Departamento de Cirugía de Columbia University, y formada por cinco profesionales médicos de diferentes disciplinas que, en mi concepto, marcó un importante avance para la medicina y especialmente para la cirugía. Permaneció

en Colombia por varias semanas, visitó varias facultades de medicina, dejó un informe completo muy crítico y conceptos muy valiosos sobre las diferentes facultades, lo cual despertó el interés en cada una de ellas para su reorganización y la mejoría en la metodología de su enseñanza.

Unos años después regresó al país el Dr. Humphrys con un grupo de cirujanos cardiovasculares e impulsó esta rama de la cirugía en forma muy notoria, cooperando con los esfuerzos que comenzaban a realizarse en la Fundación Shaio, de reciente iniciación en esa época. En la misma forma la Fundación organizó un importantísimo simposio sobre cirugía cardiaca al cual vinieron los más importantes cirujanos cardiovasculares de los EE.UU. y algunos de Europa. Todo esto fue de extraordinaria importancia para el avance en los conocimientos de la fisiología cardiopulmonar de la anestesiología y para comenzar a realizar cirugía de corazón abierto. Esto acontecía a principios de la década de los años cincuenta.

Comenzaba tímidamente la cirugía pulmonar, inicialmente en el Hospital Santa Clara y un tiempo después en el Hospital San Carlos.

Se creó, al poco tiempo, el servicio de broncoesofagología en el Hospital de San José por los Drs. Carlos Camacho y Jorge García Gómez y fue allí cuando se realizaron las primeras laparoscopias diagnósticas. Fue el principio del gran servicio de endoscopia con que cuenta actualmente el Hospital de San José uno de los mejores del país.

En el año de 1949 fue inaugurado el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, lo cual constituyó un duro golpe para el cuerpo médico que no acababa de entender qué sería eso, cómo funcionaría y que temía que mermara su clientela privada y, por ende, sus ingresos.

En los primeros años transcurridos después de haber recibido nuestro título de Médicos y Cirujanos, era grande la angustia de ver lo poco que sabíamos de medicina y, ni qué decir, de cirugía. Eso era una gran motivación para asistir a toda clase de cursos, de convenciones y congresos para tratar de llenar esos vacíos como ya lo dije atrás.

La docencia que recibí en esa época, tutorial, por mi ejercicio profesional al lado del Dr. Hernando Anzola Cubides, "el maestro", como lo llamábamos todos sus discípulos, pero mezclada con la práctica de la cirugía que realizábamos, los que tuvimos la suerte de haber sido nombrados instructores y docentes en el Hospital de San José, completó nuestra formación en esta difícil, sacrificada, pero extraordinariamente gratificante disciplina de la cirugía.

Yo creo que debe reconocerse que el maestro Anzola creó en el Hospital de San José una verdadera escuela quirúrgica, la cual fue continuada después por

las personas que trabajamos con él en el mismo hospital, en San Juan de Dios y en diversas clínicas, y que fuimos varios los que tuvimos la suerte de haber recibido sus enseñanzas y de haberlas podido transmitir, posteriormente a nuestros discípulos.

Con el Dr. Jorge Segura especialmente, y a veces, con otros colegas, nos ayudábamos mutuamente con el único beneficio de adquirir mayor experiencia en los diferentes tipos de la cirugía que practicábamos. Porque sucedía que al maestro, casi todas las cirugías le resultaban muy fáciles, a diferencia de las que nos tocaban a nosotros, que nos parecían llenas de dificultades y de complicaciones. Solamente un tiempo después nos dimos cuenta de que a medida que los años avanzaban y se adquiría mayor experiencia, también a nosotros nos resultaban las cirugías mucho más fáciles.

Es interesante relatarles los esfuerzos que se hacían en esos tiempos para hacer investigación. Con la ayuda del profesor Kalman Clement Mezey, nuestro profesor de farmacología y un investigador a carta cabal, realizamos un trabajo con el Dr. Segura, en el cual era fundamental tomar la presión de las arterias mesentéricas terminales en el perro para estudiar la viabilidad de hacer interposiciones intestinales. Lo comenzamos a hacer en el laboratorio de cirugía experimental de la Javeriana y ante las grandes dificultades que teníamos, el Dr. Mezey, quien dirigía los laboratorios CUP, nos prestó extraordinaria ayuda y nos invitó a continuar nuestra investigación allí. Teníamos que capturar un perro callejero, meterlo en el baúl del carro, invitar a una de las instrumentadoras del Hospital de San José, hoy día distinguidas esposas de varios colegas, y operar al perro. El personal del laboratorio nos lo cuidaba. Así intervenimos más de diez perros, no creo que descubrimos nada especial pero, como ustedes pueden ver, con un trabajo ímprobo y solamente gracias a la colaboración de personas absolutamente desinteresadas, y entusiastas como era el caso del profesor Mezey. Poco atrayente el campo de la investigación; demandaba demasiado esfuerzo y los logros no eran muy alentadores.

Otra posibilidad de entrenamiento en cirugía era la jefatura de Clínica en San Juan de Dios, la cual se obtenía por concurso. Éstos se terminaron por la falta de credibilidad a que llegaron con los años. Se politizaron, se hacían con resultados predeterminados, etc. Todo lo cual acabó por suprimirlos.

Todo esto nos sucedía a los que nos habíamos quedado aquí en el país para nuestro entrenamiento. Hubo varios que salieron al exterior a perfeccionarse, muchos de los cuales se quedaron viviendo y ejerciendo su profesión en el exterior, cosa muy factible en ese entonces, siendo relativamente pocos los que regresaron a prestar su ayuda, a transmitir los conocimientos que habían adquirido en diversas disciplinas, en fin, a servir a su país.

Ante la angustia de mejorar nuestros conocimientos, de ver las fallas que teníamos, nos reunimos, el Dr. Jorge Segura y yo con los Dres. Rafael de Zubiría y Álvaro Caro, quienes eran jefes de Clínica de San Juan de Dios, en el servicio del maestro Anzola Cubides, y en la casa del Dr. Caro se organizó una primera reunión en la que cada uno debía presentar algún tema novedoso. La segunda se realizó en la casa del Dr. Segura, a la cual asistió por curiosidad en lo que allí tratábamos, el maestro Anzola. Le pareció a él tan interesante la idea de las reuniones que resolvió invitarnos a su casa para la próxima y así comenzó una serie de reuniones, con invitación a muchos colegas amigos y a cada uno se nos asignaban diversos temas.

En esa forma actualizábamos extraordinariamente nuestros conocimientos y fue el principio de muchos trabajos que fueron presentados posteriormente en diversos certámenes científicos. Todo eso duró varios años hasta que fue desapareciendo poco a poco.

La especialidad se escogía por el deseo que se tenía de trabajar en determinada actividad, y a veces, era la clientela la que lo especializaba a uno. Se buscaba la manera de, ayudando a otros cirujanos, ir adquiriendo experiencia en cada disciplina. Así el que escogía, por ejemplo urología buscaba la manera de trabajar con un urólogo, o trabajar en el Hospital de La Samaritana que se especializaba en urología, y en la misma forma en cirugía general, otorrinolaringología, ortopedia, etc.

Solamente a principios de los años sesenta se creó la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, con seis facultades y con gran oposición por parte de muchos; su financiación se obtuvo, en un principio por medio del *Population Council* que propendía por el control de población en el mundo. Tema por demás polémico. Se decía que el imperialismo yankee quería acabar con la población de los países subdesarrollados para poder seguir dominándolos, y era motivo de muchas revueltas y huelgas especialmente en las universidades oficiales.

De todas maneras al lado de la oficina de Población se creó la oficina de Educación Médica y allí nacieron los programas de Residencia. Con gran dificultad en un principio, oposición de algunas de las seis facultades de medicina que había en Colombia en esa época, oposición de los estudiantes, pero al fin salió adelante y piensa uno, qué sería de la medicina de este país si no se hubieran organizado los programas de residencia desde ese entonces, para legalizar por fin las especialidades e inclusive sirvió para la subsistencia de muchas instituciones hospitalarias, las cuales sin ellas hubieran dejado de existir.

Llegamos a tener en ese tiempo la mejor organización de las residencias en Latinoamérica, pues todos estos países no habían actualizado sus programas ni seguían las normas que eran lideradas por los EE.UU. Posteriormente cuando se

crearon asociaciones en casi todos estos países y se asociaron en la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (Fepafem) comenzaron a funcionar en la forma como lo están haciendo ahora.

Se exigió que la residencia fuera de dedicación exclusiva y que su duración tenía que ser por lo menos de tres años, en cirugía. Y se comenzaron a controlar los hospitales donde se iban a realizar el internado rotatorio y las residencias por medio de la oficina de Acreditación de Hospitales.

Una anécdota simpática y que les da a ustedes una imagen de lo que era la época, fue la del Hospital de La Samaritana. Al final de la década de los cincuenta el profesor Cavelier, director, promotor y casi dueño del hospital, resolvió traer un joven cirujano, colombiano quien se había entrenado en la Universidad de Yale, para jefe del Departamento de Cirugía. Como se le hizo tanta propaganda en Bogotá se decía que era el Mesías que estábamos esperando y cómo sería de exigente que solicitaba para aceptar, tener una oficina, una secretaria y un teléfono. Nadie suponía en ese entonces que un jefe de departamento tuviera tales prebendas. El joven cirujano era el Dr. José Félix Patiño.

En la creación y desarrollo de la asociación hay que mencionar al Dr. Gabriel Velásquez, su primer director ejecutivo al Dr. Raúl Paredes, al Dr. José Félix Patiño, al Dr. Bernardo Moreno, al Dr. Hernán Mendoza y posteriormente al Dr. Guillermo López Escobar, al Dr. Rafael de Zubiría, quien fue el primer director de la oficina de Educación Médica, al Dr. Jorge Restrepo Molina, al Dr. Abel Ramiro Dueñas, al Dr. Humberto Janer y a muchos otros, quienes fueron los que lucharon por la creación de Ascofame, por su desarrollo, y lucharon, sobre todo, contra todo el mundo que, en un principio, era enemigo de esa institución, Se fue estabilizando, se comprendió lentamente la importancia que ella tenía, y ya sabemos la labor que ha realizado en todos estos años y las dificultades por las que ha pasado.

En la actualidad hay 22 facultades en Ascofame, seis más por fuera de ella y varias que están a punto de ser aprobadas. No se ve claro el futuro de la enseñanza médica en Colombia.

En 1964 la Pontificia Universidad Javeriana resolvió tratar de terminar el Hospital San Ignacio y entonces fui nombrado jefe del Departamento de Cirugía. Esta responsabilidad debía ser de tiempo completo, lo cual era para nosotros algo inusitado y no estábamos preparados mentalmente para ello. Era pues un logro que habíamos esperado durante mucho tiempo. Se trataba de tener ahora sí hospital propio para la Facultad de Medicina. Eso me obligó a retirarme del Hospital de San José a donde estuve vinculado por 15 años y del Instituto Nacional de Cancerología donde había estado por seis años. Repito, era muy difícil y arriesgado localizarse uno en una sola parte. Empezaba la moda de los

tiempos completos e inclusive de la dedicación exclusiva que comenzó a preconizarse en la muy reciente Facultad de Medicina de la Universidad del Valle.

El ejercicio de la cirugía en esa época le permitía a uno trabajar en varios hospitales y ejercerla en varias clínicas de la ciudad, ya que en los hospitales no había ni los elementos ni las comodidades que podían ofrecer las clínicas privadas. Se recorría la ciudad en automóvil todo el día y ello era factible, pues el tráfico era suave y el parqueo bastante posible.

Con grandes dificultades empezó a funcionar el Departamento de Cirugía. Se consiguieron algunos de los profesores que impartían la enseñanza de la clínica quirúrgica. En San José y en La Samaritana y colaboraron en la difícil tarea de crear un departamento de cirugía. Comenzaba la era de la formación de residentes y naturalmente no había muchas solicitudes para entrenarse en un departamento de la cirugía naciente y sin seguridad de lo que pasaría en el futuro.

Se iban consiguiendo candidatos para la residencia, poco a poco, con criterios de selección lo más aceptables posible. Es digno de anotarse que se estableció que las residencias debían ser de dedicación exclusiva, lo cual dificultaba aun más la obtención de candidatos, pues los residentes completaban sus ingresos haciendo turnos en diferentes partes. El salario que devengaban durante su residencia era bastante escaso. Ahora, al parecer no reciben ningún salario sino que tienen que pagar elevadas matrículas para completar sus años de residencia. Esta situación me parece altamente injusta.

En relativamente corto tiempo se estabilizaron los programas de residencia en el país, especialmente cuando se estableció que los títulos de especialista los daban las universidades y no Ascofame, por una ley de la República, como se pretendió en un principio, y su presupuesto vino a depender del Ministerio de Salud y ya no del *Population Council*.

Después de seis años de dirección del Departamento de Cirugía, el rector de la universidad, padre Alfonso Borrero Cabal, tuvo a bien nombrarme Decano de la Facultad de Medicina. Fue esta una época muy interesante, pues me tocó vivir dos huelgas médicas, oponiéndonos a ellas por considerarlas completamente contrarias a la ética, con grandes dificultades y problemas, asistir a la consolidación de Ascofame, con todos sus escollos económicos, las visitas a las diversas facultades de medicina del país, las cuales le mostraban a uno cómo iba la enseñanza médica en Colombia, las reuniones de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina que tuvo en ese tiempo su época dorada, el comienzo de la proliferación de facultades de medicina en todo el país, en fin, una vida muy estrechamente ligada a la docencia y a la administración de la educación médica. Logré hacerlo sin abandonar el ejercicio de la

cirugía, lo cual se facilitó por el desarrollo que tuvo en ese entonces el Hospital Universitario San Ignacio y gozando de la comodidad de estar ubicado en un solo sitio para la realización de todas las labores, incluyendo la práctica privada.

A través de estos cincuenta años fuimos testigos y actores activos de los más impresionantes avances de la medicina y de la cirugía. Por ejemplo, en un centro de practicantes que teníamos, aplicamos los primeros tratamientos para la blenorragia con antibióticos, pasando de los lavados con permanganato de potasio a la aplicación de cuatro dosis de 25000 u. de penicilina, cada cuatro horas, con curación total. Aplicábamos sulfanilamida en polvo en la cavidad abdominal después cualquier laparotomía o en cualquier herida quirúrgica, esto se suspendió hace muchos años.

De ahí para adelante hemos visto la florida producción de toda clase de antibióticos, de todos los estilos, de todas las generaciones hasta, llegar ahora a necesitar un programa de computador para poder escoger y seleccionar el antibiótico apropiado para cada infección. Pasamos por aplicar antibióticos profilácticos de rutina en todo posoperatorio, luego a suspenderlos por completo, para ubicarnos en un justo medio y en una más exacta selección.

Se le extraía el apéndice a todo paciente que se quejara de dolor en la fosa iliaca derecha. Esta cirugía se programaba para practicarla varios días y, a veces, semanas después de haber diagnosticado "apendicitis crónica". Fue con esta cirugía como comenzamos nuestro entrenamiento y, por supuesto, fue enorme el número de apéndices sanos que extirpamos. Operamos un número increíble de várices usando las más variadas técnicas que se iban inventando con el paso de los años. Herniorrafias con toda clase de técnicas, colecistectomías, etc.

La cirugía mayor que realizamos, en un principio, era la gastrectomía, que practicábamos casi indiscriminadamente para la úlcera péptica y por esa razón, los cirujanos de esa época, somos unos expertos al hacerla. Actualmente la cosa ha cambiado radicalmente en cuanto a habilidad y experiencia en su ejecución, ya que desde que se descubrieron los bloqueadores H, los inhibidores de la bomba de protones, etc., la frecuencia de esta cirugía descendió de forma impresionante.

Las anastomosis las hacíamos con hilo Cadena, del usado para las costuras en general, pues era mucho más barato que el Catgut y los resultados eran muy buenos. Esto se lo aprendimos a los argentinos, quienes además usaban papel periódico esterilizado para los campos quirúrgicos en lugar de los de tela, dadas las pésimas condiciones económicas por las que atravesaban en esa época. Nos tocó al paso de los años la aparición de toda clase de suturas, de diversos materiales, absorbibles y no absorbibles, de uno o varios filamentos hasta llegar a las suturas mecánicas que, además de ser muy ingeniosas son muy cómodas para los cirujanos y disminuyen notoriamente los tiempos quirúrgicos.

Sin embargo, se ha estado viendo últimamente con frecuencia, no muy halagadora, y en diversos centros, la aparición de fístulas que, al parecer, son debidas a estas suturas o a su mal manejo.

Se operaba mucho cáncer gástrico y eran muy raros el cáncer del colon y el de páncreas. Dicho sea de paso presenciemos la primera pancreatectomía total que se hacía en Colombia, practicada por el Dr. Mario Negret en el año de 1951 en el Hospital de San José.

Estaba de moda en esa época la cirugía radical del cáncer gástrico. Se reconocía, casi de rutina, la gastrectomía total con resultados muy mediocres y con gran morbi-mortalidad. Se pasó luego a técnicas más conservadoras con los mismos resultados pero con baja de la morbilidad y de la mortalidad operatorias, para llegar a la teoría de los japoneses que trata de realizarse en los últimos tiempos con resultados que se están todavía evaluando.

El hígado era intocable quirúrgicamente, excepción hecha de pequeñas biopsias y fuimos viendo cómo comenzaron a hacerse hepatectomías más y más extensas hasta llegar a la hepatectomía total y trasplantes hepáticos con un éxito cada vez más notorio como se han venido realizando en los últimos tiempos.

Se hacía toda clase de cirugías de las vías biliares con éxito variable; resecciones y anastomosis de todos los estilos hasta que con el progreso increíble de la cirugía endoscópica ha venido disminuyendo este tipo de cirugía, la cual ya había descendido cuando nos visitó el Dr. Mazzariello, pionero de la exploración y extracción de cálculos del colédoco por vía transparietal y la cual se ha realizado con gran éxito. Debe reconocerse que la frecuencia de la litiasis residual empezó a disminuir desde la visita que nos hizo en el año de 1958 el profesor de Mirizzi, quien inventó la colangiografía operatoria y luego de luchar por muchos años, logró imponerla en el mundo con resultados extraordinarios.

Al final de la década de los cincuenta entré al Instituto Nacional de Cancerología, a la sección de Cirugía General, donde se realizaban principalmente cirugía de seno y de tumores de partes blandas. Estaba de moda la cirugía radical y supra-radical de seno, producíamos las más grandes esfacles y estaba proscrita la tesis de los ingleses, de tumorectomías y radioterapia. Contaba ya el instituto, desde esa época con la más completa estadística que le permitía a uno el análisis de las historias clínicas, con mucha más facilidad que en cualquier otro hospital. Pasamos poco a poco a la mastectomía radical modificada hasta ir llegando después de los trabajos del grupo de Fisher a la cirugía conservadora que hoy se practica. Tuvimos que hacer amputaciones, hemipelvectomías y desarticulaciones inter-escapulo-torácicas; las cirugías más desagradables y frustrantes que realicé en toda mi vida. A mediados de la década de los sesenta me retiré del instituto para hacerme cargo de la dirección del Departamento Quirúrgico del Hospital San Ignacio como ya lo dije antes.

Nos tocó presenciar el desarrollo y el progreso de la cirugía cardiovascular. Se comenzó en San José a operar ductus arteriales, comisurotomías valvulares y luego el progreso de la Shaio y de varios otros centros trajo al país el avance de estas cirugías hasta llegar al trasplante cardíaco. Una revascularización miocárdica es hoy día una cirugía de rutina con una mortalidad muy baja.

Justo es reconocer que trabajando como cirujanos en el Seguro Social pudimos realizar las más grandes y exitosas cirugías, pues contábamos con todos los elementos, sin consideración del costo para el paciente, limitante muy frecuente en otras ocasiones. Sin tanta responsabilidad social, ni presión por parte de familiares y amigos del paciente como es costumbre en la cirugía privada. Se nos llamaba de la clínica de Urgencias del Seguro, cuando estábamos de turno y arriesgábamos un automóvil que nos había costado \$30.000, dejándolo estacionado en la calle a las dos de la mañana, para ganarnos \$80 que pagaban por una apendicectomía.

Nacieron las Unidades de Cuidados Intensivos, por allá a finales de los años sesenta. Cuando aquí se habló de la necesidad de tener dos camas de cuidado intensivo en cada hospital o clínica, viajamos a la Mayo Clinic con el Dr. Segura y allí encontramos que en el Saint Mary's Hospital ya había tres unidades, con muchas camas, toda clase de sofisticaciones, de tecnología avanzadísima, especialmente la de corazón y la neurológica, las cuales nos dejaron muy impresionados. Poco a poco se fue viendo la necesidad de tener mayor número de camas en esas unidades e inclusive de tener varias unidades, separando la de corazón, de la cirugía general, etc. Es indudable que los resultados obtenidos por el uso de esas unidades han sido muy buenos en muchos casos. Pero se están produciendo trabajos que demuestren que, muchas veces, la supervivencia, a la larga, de pacientes atendidos en la unidad no es tan brillante como era de esperarse, lo cual está demostrado que se admite en las unidades a pacientes, muchas veces irre recuperables y que no ameritan la relación costo beneficio, no solamente económico sino psicológico por parte del paciente.

Es innegable también que se abusa en muchos casos de esas unidades y que los médicos especialmente los jóvenes, no se han acabado de convencer que a los pacientes no sólo hay que darles vida sino calidad de vida, que debe respetarse la voluntad del paciente sobre lo que él quiere que se le haga o no se le haga, y que muchas veces el paciente tiene derecho a morir en circunstancias más favorables y humanas que en una Unidad de Cuidado Intensivo. Es lo que llamamos el derecho a morir dignamente.

También, hasta mediados de los sesenta, el trauma era muy escaso en Bogotá. El que se veía, sólo se atendía en San Juan de Dios. En el Hospital de San José era muy escaso y eso hizo que nuestro entrenamiento y práctica en trauma fuera, no sé si afortunada o desgraciadamente, muy poco. Y digo afortunadamente, quizá, porque la cirugía que tratábamos de hacer en la escuela del Dr.

Anzola era una cirugía muy depurada, muy limpia, elegante, si se quiere, y todo esto desaparece en caso de trauma donde lo único importante es salvar la vida del paciente.

En cirugía de trauma casi todo está permitido y ello disminuía la calidad que tratábamos nosotros de darle a la cirugía que practicábamos. Con el paso del tiempo, como a todos ustedes les ha tocado, el trauma se volvió la casi totalidad del ejercicio de la cirugía; ha casi acabado con los hospitales desde el punto de vista económico y debe reconocerse que se ha progresado en su atención y manejo en forma impresionante.

Posteriormente vino la aparición de la alimentación perenteral, uno de los más grandes avances de la cirugía, el cual nos ha permitido salvar a innumerables pacientes que anteriormente estaban totalmente perdidos. Sus resultados en las complicaciones de la cirugía y en el trauma son dignos de mención. El avance en el conocimiento y en la preocupación del estado nutricional de cada paciente, y la manera de corregirlo, ha sido sin duda, de los más importantes avances en la práctica de la cirugía.

Increíble la evolución de lo que hoy denominamos imágenes diagnósticas. Radiología se llamaba hace muchos años y solamente se usaban los rayos X para hacer los diferentes diagnósticos. Existían unos aparatos de fluoroscopia en los cuales los únicos que veían algo eran los radiólogos, después de permanecer a oscuras o con unos anteojos especiales para acostumar el ojo a dicha técnica. Justo es confesar que nunca pude ver nada en ese aparato. Fueron mejorando los equipos, los tubos de rayos X, las técnicas, los medios de contraste, aparecieron los intensificadores de imágenes, hasta llegar al gran avance con que contamos hoy día.

Apareció la ecografía con sus múltiples ventajas. En un principio, cualquiera compraba un ecógrafo, aprendía o trataba de aprender en un curso de una semana en Miami y venía a explotarlo con los pacientes y, por supuesto, con unos resultados poco deseables. Esta curva de aprendizaje fue pasando y hoy día es una ayuda diagnóstica sin la cual es casi imposible ejercer la profesión.

Algo similar sucedió con la tomografía axial computarizada, y algo menos con la resonancia nuclear magnética, porque los aparatos son mucho más costosos y no mucha gente podía disponer de ellos. Al principio con fallas protuberantes. Un famoso radiólogo colombiano, que ejerce en Miami, nos decía que aquí íbamos a acabar con el prestigio del TAC porque eran innumerables los errores diagnósticos que allí les llegaban. También pasamos la curva de aprendizaje, tenemos hoy día gente muy competente, y los equipos que están llegando son los más modernos de la actualidad. Asimismo, es casi imposible ejercer la medicina en la actualidad sin contar con un tomógrafo axial.

Sucede con estos avances tecnológicos que también se abusa lamentablemente de ellos. Se ordenan indiscriminadamente toda clase de exámenes para obtener un diagnóstico sin hacer un análisis clínico detenido del paciente y ordenar sólo aquellos exámenes que van a ser verdaderamente útiles. Hay que racionalizar el uso de estos avances, so pena de volver impagable la medicina para cualquier persona o entidad de salud.

Tradicionalmente se dice que en medicina no debe tenerse en cuenta el dinero, pues lo fundamental es la vida o la salud del paciente, sea cual fuere su condición social o económica. Yo considero que en la actualidad y en el futuro, este axioma tiene que cambiar y que la variable económica debe tenerse en cuenta y, sobre todo, hay que enseñarles a los futuros médicos que esta variable es, hoy día, de la mayor importancia, sin disminuir la calidad de la atención médica. Del balance de estos dos aspectos dependerá el ejercicio de la medicina.

Ya al principio de la década de los noventa apareció la cirugía laparoscópica la cual conmovió al mundo de la cirugía. Desde el primer momento que la vimos en San Francisco en el Congreso del American College of Surgeons, pensamos que allí comenzaba una cirugía distinta, sin poder predecir hasta dónde llegaría y que se trataba de un avance extraordinario. Se practican múltiples procedimientos quirúrgicos con esta técnica, con éxito cada vez más notorio y quién sabe a qué tipo de cirugías se llegará con el tiempo. Creo sí que, por lo menos en la actualidad, no se justifican ni la apendicectomía ni la cirugía de las hernias por este avanzadísimo sistema.

En los últimos años de mi decanatura en la Javeriana se inició, bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller, uno de los programas más importantes en mi concepto. Se trataba del programa de Epidemiología Clínica que ha venido desarrollándose desde esa época en forma muy importante, ha venido creciendo y progresando con muy buenos resultados y nos ha enseñado a realizar protocolos de investigación en forma correcta, a estudiar bibliografía en forma crítica a aplicar todos los mecanismos estadísticos que aseguran la credibilidad de los trabajos, en fin, ha elevado la calidad de la investigación y de los trabajos científicos que han presentado nuestros residentes hasta llegar a obtener varios premios nacionales e internacionales.

El avance de la informática en medicina, la participación de los computadores, la mayor facilidad de conseguir bibliografía mundial, Internet, etc. Son aspectos que han transformado toda la medicina desde la época a la cual nos hemos venido refiriendo hasta los días actuales.

Nos espera la realidad virtual, la cirugía practicada por robots, las teleconferencias, las cuales posiblemente acaben o disminuyan los congresos médicos, ya casi incosteables, etc., en fin, toda una pléyade de avances tecno-

lógicos que serán de gran interés en el siglo venidero. Quizás una de las tristezas de abandonar este mundo, un día de estos, es no ver los avances increíbles que se avecinan.

En los últimos años irrumpió en el campo médico la Ley 100 con toda clase de bombos y platillos. Extraordinario en su teoría, pues pretende aumentar la cobertura en salud del pueblo colombiano, objetivo, por demás loable y un poco utópico; en la práctica se ha convertido en un caos que nadie entiende. La proliferación de EPS, de IPS, la confusión con las medicinas prepagadas, los planes complementarios, los diversos tipos de POS que existen, que si subsidiado, que si contributivo, los copagos, los periodos de carencia, el absurdo de las preexistencias, en esta época en la cual con los avances de la biología molecular y de la genética se está encontrando que muchas de las enfermedades que la humanidad padece parecen ser de origen genético, etc., hacen que el desarrollo de la ley haya sido tremendamente confuso, especialmente para los usuarios y, en este entorno los más perjudicados, naturalmente los médicos, a quienes nadie considera y con cuyos ingresos se hacen toda clase de rebajas para poder cumplir con los hospitales y con las empresas que se han dedicado a comerciar con la salud.

Nace recientemente una cooperativa de trabajo, Femec, la cual es mayoritaria en una EPS, Unimec, que tendría que ser el único sistema para defenderse el cuerpo médico y para poder participar activamente y como elemento principal en él, desgraciadamente llamado, el negocio de la salud. Pero para ello se hacen necesarios la cooperación y el apoyo de todos los médicos.

Señor presidente: reitero a usted y a todos los miembros de la junta directiva de la sociedad, en compañía de mi familia, mis agradecimientos por la honrosa distinción que me han hecho en el día de hoy.