



Perspectiva de la cirugía en México a final del siglo XX

Perspectives of surgery in Mexico at the end of the 20th century

Dr. Manuel Quijano Nárez

A los aficionados a la historia nos gusta modificar la periodización que hacen los verdaderos historiadores. Siguiendo lo enunciado por otros, pienso que el XIX fue un siglo muy largo que se inició en 1789 con la revolución francesa y terminó en 1914 con la Primera Guerra Mundial, pues ambos acontecimientos modificaron las costumbres, la apreciación del mundo y la organización social.

El siglo XX, por lo contrario, fue un siglo corto que terminó en 1989 con el desplome del socialismo real... y, en cambio, podría decirse que el siglo XXI comenzó hace algunos lustros, más que con la explosión de la ciencia y la tecnología, con la irrupción de la informática y la comunicación inmediata, global y abrumadora.

Pensando en las ciencias biológicas, puede decirse que el siglo XX empezó en 1865 con la publicación de la *"Introducción al estudio de la medicina experimental"* de Claude Bernard y tuvo, si no su fin, una declinación importante, cuando alrededor de 1960 la anatomía cede el lugar prominente a la fisiopatología, que se entroniza como base de la clínica y la terapéutica. Para la cirugía, las fechas pueden ser igualmente precisas: el siglo XX empieza en 1847 con la anestesia y en 1865 con la teoría de los gérmenes, seguidas casi inmediatamente de la práctica de la antisepsia y, en 1878, de la cirugía aséptica recomendada por Pasteur en su celebre alocución a la Academia de Medicina de: *"Si yo tuviera el honor de ser cirujano, lavaría mis manos cuidadosamente, herviría mis instrumentos y todo el material que fuera a estar en contacto con los tejidos abiertos..."*

Entre 1880 y 1920 se desarrolló exhaustivamente la anatomía, se precisaron las técnicas de muchas operaciones, se ingenieraron los constructores de instrumentos para hacer piezas útiles y se anunció la posibilidad de acceder a todas las cavidades corporales.

Se intitulan estas líneas Perspectiva... porque eso significa una visión de conjunto que incluye la lejanía,

lo que insinúa una connotación futurista. A los ojos de muchas personas los tiempos modernos no tienen secretos y creen poder entenderlos bien; otros, en cambio, consideran que por estar inmersos en ellos, sus características son mal percibidas, que es sólo cuando da una vuelta la historia que puede hacerse un juicio de conjunto. Se dice, a veces, que el futuro se acerca vertiginosamente cuando, en verdad, estamos ya viviéndolo; se dice también que el presente lo empuja hacia delante y, por lo mismo, depende del pasado.

Los ejercicios exploratorios del porvenir deben descubrir las tendencias, en los movimientos actuales, que se perfilan casi ineluctablemente hacia delante. Imaginar el futuro no es un acto adivinadorio ni la creación de escenarios nebulosos o etéreos, sino acotar las situaciones actuales o las que se perciben como inminentes. Hay algo, además, que parece evidente: la aceleración actual de la historia es particularmente espectacular en la medicina y la cirugía; y es que son las actividades humanas que más se han beneficiado del espíritu científico y de su eficacia. La medicina ha extendido sus campos de interés e influencia enormemente y en dos vertientes: 1º. La lista de enfermedades conocidas y reconocidas se ha alargado; 2º. Los campos que ahora caen bajo su influencia se han multiplicado. Ejemplos de este segundo punto son múltiples: el alcoholismo, la drogadicción, la homosexualidad, la criminología, la ingeniería sanitaria, la demografía, el deporte, el ambiente y el urbanismo, las condiciones generales de vida, la miseria... No es este el sitio para preguntarse si esa evolución es beneficiosa o peligrosa porque la sociedad la acepta. El hombre moderno, que antes no reclamaba ciertos hechos de la vida, o no lo reclamaba a los médicos, es a ellos a quien se dirige ahora.

Se dijo antes que para el último tercio del siglo XIX la cirugía se consolidaba; dominados el dolor y la infección, conocida bien la anatomía, se describieron

Miembro Honorario de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

muchas técnicas quirúrgicas y se contaba con el instrumental apropiado, sin embargo; la mortalidad continuaba siendo alta: se sabía hacer la prostatectomía y se tenía la aguja de "boomerang" para suturar el piso de la vejiga, pero se operaba sobre pacientes retenciónistas de meses o años, con urea alta, anemia y mal estado general. Lo mismo con la estenosis pilórica, los pacientes emaciados e intoxicados no soportaban la gastro-entero-anastomosis, manualmente sencilla y rápida. Bastó con colocar una sonda vesical por varios días o lavar el estómago con la sonda de Foucher y aspirar para mejorar el pronóstico.

Nacieron así los cuidados pre y postoperatorios, que fue el gran desarrollo de la primera mitad del siglo. La observación de los heridos en la Primera Guerra Mundial que permanecían horas en el campo de batalla, con lesiones anfractuosas, en el frío y perdiendo sangre y líquidos, propició los estudios sobre choque desde los años treintas, que se extendieron más tarde a la vigilancia de la hidratación, del equilibrio ácido-base, la ventilación pulmonar, la respuesta metabólica al trauma, el sostenimiento de la presión arterial y la atención del enfermo en estado crítico. Todo ello unido, naturalmente, a la aparición de los antimicrobianos, la intubación traqueal y el uso de plasma y sangre.

A mediados del siglo eran todavía capítulos grandes e importantes de todos los textos la tuberculosis y la sífilis en todas las especialidades; la osteomielitis llenaba las salas de hospitales por su cronicidad y era un dolor de cabeza para enfermos y médicos. La operación más efectuada era la amigdalectomía para tratar una lista grande de padecimientos que se creían debidos a focos infecciosos y la histerectomía realizada por piosalpínx bilateral. Más tarde se vieron aparecer operaciones como la simpatectomía tóraco-lumbar para la hipertensión arterial maligna, recomendar la tiroidectomía total para los enfermos coronarios, insistir en la gastrectomía del 80% para úlcera péptica, la neumonectomía para la tuberculosis, amplísimas resecciones en el cáncer de la mama o del cuello uterino, operaciones que llegaron y se han ido.

En la segunda mitad del siglo se han visto adelantos maravillosos en todos los campos de la cirugía, desde la ortopedia que emplea nuevas aleaciones de metales para prótesis; la traumatología que reconoce y trata lesiones con oportunidad; la ginecología que retira óvulos recién salidos del ovario, los fertiliza *in vitro* y los implanta en el útero; la oftalmología con sus operaciones sobre la córnea para aliviar la miopía o la cirugía del cristalino con mínima intrusión en el ojo; la cirugía abdominal con la laparoscopía operatoria que se atreve a corregir defectos del hiato esofágico, hernias parietales, tratar alteraciones de las vías biliares, hacer resecciones del bazo, suprarrenales y otros órganos; la cirugía plástica y reconstructiva que corrige deformaciones congénitas que afectan cráneo, cara y órganos adyacentes; la neurocirugía que, con toda seguridad y eficacia, aborda tumores y aneurismas intracraneanos; la angiología que realiza implantes y

substituciones de arterias y venas y en fin todas las especialidades.

Claro está, lo más espectacular han sido los avances en la cirugía cardíaca y los trasplantes de órganos y tejidos: la posibilidad de substituir temporalmente la bomba cardíaca y la circulación pulmonar, abrir las cavidades del corazón y cerrar comunicaciones patológicas, reconstruir la pared y las válvulas, reacomodar la salida de las grandes arterias, colocar puentes de irrigación para brincar las coronarias obstruidas, usar órganos artificiales que provisional o permanentemente substituyen al corazón o dilatar arterias ateroscleróticas con globos y colocar marcapasos que alivian los trastornos de conducción eléctrica en el miocardio.

Y en lo referente a trasplantes, los adelantos todavía sorprendentes por su seguridad, eficacia y sobrevida en los injertos de riñón, hígado, corazón, así como los promisorios intentos en intestino, páncreas o pulmón, que atestiguan la maestría, audacia e inventiva de los atrevidos pioneros.

No sería de justicia dejar de mencionar adelantos en otras áreas como la cirugía de corta estancia, la cirugía ambulatoria, las resecciones pequeñas en cáncer, el desarrollo de toda una especialidad en la atención al enfermo en estado crítico que aporta una visión holística de la medicina y la cirugía, cuya mirada atiende a la vez todos los aparatos y sistemas del organismo y previene, diagnóstica y trata fallas funcionales de órganos enteros, de sistemas como la coagulación, la respiración tisular, la circulación capilar o el sistema inmunológico.

No obstante, hay algo grave que no puede pasarse por alto en esta aproximación al futuro de la cirugía y que se profundizará en las próximas décadas: una pérdida de la autonomía de la profesión, el adiós al ejercicio liberal y el sometimiento a cánones organizativos ajenos. El futuro de la cirugía se puede enfocar bajo dos encabezados: la cirugía como ciencia y arte, y la cirugía como profesión. La primera continuará indudablemente su camino ascendente de complejidad, seguridad y belleza y, aunque se podría, sin esforzarse demasiado, predecir algunos desarrollos, tendrían que enfocarse desde la perspectiva de cada especialidad, lo que no me parece tan interesante. En cambio, la cirugía como profesión experimenta ya modificaciones profundas que, aunque encontrará resistencias, contradicciones y lamentaciones, llegará a una convergencia mundial. Estos cambios derivarán de las modificaciones en los sistemas de atención a la salud que se han iniciado hace algunos años.

La atención a la salud es un asunto de política general que afecta áreas muy diversas como la economía, la integración de los servicios públicos y privados, la amplitud de la cobertura, la equidad en la prestación de esos servicios y la calidad de la atención. Pero también, las reformas que se adopten afectarán sin duda la práctica de la medicina y la cirugía, la enseñanza, la investigación, los hospitales y hasta la industria donde se produce la tecnología clave para la

atención diaria. Pero sobre todo afectará la organización del oficio quirúrgico al incorporar elementos y problemas para los cuales no hubo diseño en el pasado. Pueden identificarse algunas tendencias que actúan como factores causales y me propongo aquí glosar algunas de ellas:

1. *La transición epidemiológica.* Es seguro que en las próximas décadas se incrementará la población de la tercera edad, habrá mayor población urbana que rural y aumentará el peso de las enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y patología cardiovascular, lo que incidirá sobre la práctica de la cirugía.
2. *Desarrollo tecnológico.* Ya están en auge la cirugía endoscópica, la angioplastía, el bisturí *gamma*, la emisión de positrones, la mayor domesticación del rayo láser, nuevos materiales de sutura y aparatos engrapadores, etcétera. Esto hará modificar las técnicas y se seguirán diseñando dispositivos para facilitar ciertos tiempos. La computadora, ya indispensable para medir la profundidad de las incisiones sobre la córnea, extenderá su utilidad a otros campos y la cirugía "*de hoy*" perderá algo de su aspecto arte para convertirse en simple técnica.
3. *Cambios hospitalarios.* La cirugía de corta estancia y la ambulatoria abatirán la necesidad de camas, lo que en algo modificará la enseñanza de la cirugía. Los tres cambios enumerados no son negativos, al contrario; son naturales, evolutivos e inevitables... pero seguiré con otros.
4. *Cambios en los sectores público y privado.* El principal exponente del sector público es el IMSS, que ha estado sometido a fuerte presión financiera y tanto algunos empresarios como trabajadores se muestran favorables a la reversión de cuotas y mayor empleo de la subrogación. Esto podría ocurrir en un plazo más o menos largo, y ello afectaría, ahora sí en forma grave, a la formación de cirujanos y la investigación.
5. *Seguros privados.* La expectativa anterior ha estimulado la competencia del sector privado en el mercado potencial.

Los meros conceptos de "mercado" y "competencia", en tratándose de servicios que presta el médico, causan irritación en muchos de nosotros pero no es posible oponer mucha resistencia al dinamismo de ese sector. Existen ya en México organizaciones llamadas de atención médica integral, que corresponden al modelo americano de HMO (Health Management Organization), en donde el médico es sólo un elemento de tantos entre el personal, y no con un rango especial o superior. Es la medicina empresarial, la industria de la salud que propugna por el consumismo irracional, ajeno al modo de pensar actual.

Como era de esperarse, las compañías luchan entre sí para afiliar individuos o grupos de ellos mediante empresas que compran hospitales, laboratorios, gabinetes, farmacias y forman "redes de proveedores" que se disputan clientes. Los médicos empiezan a

ser sometidos a un control y un escrutinio que no se conocía antes, pues las empresas se dan el lujo de calificar su eficiencia, establecer categorías y generar una competitividad necia entre los profesionales. Estas compañías se anuncian en forma pueril, ofrecen prestaciones múltiples, listas de precios, paquetes de médicos y cirujanos y cadenas de establecimientos. Buscan inversionistas, ofrecen franquicias y propician y anuncian la penetración extranjera presentándola como "producto de importación" como cualquier objeto de mercado. Estas compañías son un negocio, no un servicio.

Los hospitales han aprovechado para subir sus precios con lo que empieza a generarse una incomodidad entre médicos y hospitales, que habían siempre mantenido una relación amistosa.

Detrás de todo ello los médicos se sienten un instrumento del abuso, perciben un intento de control de sus decisiones diagnósticas y terapéuticas para ajustarlas a protocolos semioficiales y, una medida más irritante, la fijación de tarifas inmóviles para sus honorarios. De hecho, ha habido ya confrontaciones entre médicos y los terceros pagadores, el público no entiende quiénes son exactamente los proveedores del servicio y todo ello genera un deterioro en la relación médico-enfermo.

6. *Demandas judiciales.* Con el incremento de la educación general de la población aumenta la participación y vigilancia de la comunidad sobre la calidad y eficacia de la prestación de servicios quirúrgicos. De ahí derivarán consecuencias positivas y negativas como la exageración de medidas defensivas, lo que encarecerá todo.

El ejercicio quirúrgico, antes respetado y admirado, impensable de ser objeto de dudas y reproches, está ahora con el temor constante de demandas por real o supuesta negligencia. Tanto en las instituciones públicas como en lo privado, se establecía anteriormente un acuerdo tácito, en que el enfermo se ponía libre y espontáneamente en manos del cirujano y otorgaba su consentimiento y confianza.

Los enfermos mexicanos son menos dóciles para aceptar la indicación quirúrgica o para colaborar en el seguimiento de casos, pero también son menos querellosos o vengativos cuando las cosas no marchan como fuera de desearse. No obstante, a finales del siglo XX nadie cree en la "fatalidad" y se exigen causas racionales para las complicaciones o fallas. Esto repercutirá en la profesión quirúrgica con consecuencias obvias buenas y malas.

En esto de las demandas ocurren cosas curiosas: un pequeño accidente, excusable por gente del oficio, se quiere convertir en graves cargos por el público o los abogados; mientras que una falla de criterio, que nosotros condenaríamos severamente, apenas impresiona a otros.

7. *La imagen de la cirugía ante la opinión pública.* Esta imagen se ha deteriorado en el mundo entero. Hace 60 años era común oír en sociedad comentarios elogiosos sobre operaciones quirúrgicas que parecían

hazañas sobrehumanas. Esto no ocurre ya aun cuando, paradójicamente, las intervenciones actuales son más impresionantes. Los éxitos, convertidos en banales por repetidos, no maravillan a nadie.

Hay otros factores: **a)** el aumento en el número de cirujanos ha diluido el carácter de oficiante mágico, de taumaturgo; **b)** la descentralización, a pesar de que cumple una función útil, permite establecer comparaciones y desconfianzas; **c)** la superespecialización atenua las razones para la admiración, al grado que, en los desastres graves, el socorrista, el bombero o el cura, o el helicóptero toman el mismo rango que el cirujano.

He mencionado algunas características de la profesión quirúrgica en el futuro próximo que, admito, no parecen muy atractivas. Poco de pesimista y de romántico porque siempre he visto al médico como alguien interesado en las ciencias naturales y en servir a sus semejantes con una actitud altruista, que nunca tuvo como motivo principal de su quehacer el obtener ganancias. Es más, el que las empresas relaciona-

das con la industria de la salud obtengan enormes utilidades nos tiene sin cuidado; el que la tecnología disminuya su papel de profesional, lo mismo; el que la socialización lo burocratice; tampoco; pero no acepto que la mercantilización lo desvirtúe en su esencia y su razón de ser, heredada de siglos.

Creo que la mejor solución para el problema de la asistencia médica es el perfeccionamiento de los sistemas de medicina social, inclusive para los países ricos.

Aunque en el mundo actual todo se privatiza, la medicina se seguirá socializando aun cuando ello represente un sacrificio para el médico, pues su satisfacción superior es íntima e insobornable.

En el ocaso de mi vida, me felicito haberla dedicado a la cirugía. Obtuve de su ciencia y de su arte imborrables satisfacciones y considero que, quien la abraza como fin de su vida, cumple inmejorablemente su destino de ser humano. Pero también...me felicito de haberla ejercido en una época en que la operación, el diagnóstico, la contribución personal del cirujano al éxito de todo el proceso, era más bella.

