

PIENSO con Bertrand Gosset que: “La historia de la Cirugía es una historia de los últimos cien años”. Se inicia en 1846 con el descubrimiento de la Anestesia y, por lo tanto con la posibilidad de operar sin dolor. Todo lo anterior a tal fecha no pasa de ser una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo en la oscuridad. En cambio la historia de los cien años ofrece el panorama más grandioso que conoce la humanidad. Es en ese momento, cuando el dolor brutal ocasionado por la Cirugía es dominado, cuando deja de ser la Cirugía un acto bárbaro y se acallan los gritos de los pacientes que se sumergen en la inconsciencia del éter, cuando nacen las inmensas posibilidades de la Cirugía moderna, que se multiplican prodigiosamente cuando unos pocos años después, Joseph Lister, Cirujano inglés, culminando genialmente los trabajos y descubrimientos de Louis Pasteur, introduce en la Medicina su método antiséptico. De esta manera y por una feliz coincidencia, estos dos descubrimientos que dominaron el dolor y la infección, fueron realizados con unos cuantos años de diferencia, y los beneficios que legaron a la humanidad fueron verdaderamente incalculables.

La Cirugía quedó sin embargo adornada con la gloria de su rudo pasado. La indiferencia para el espectáculo de horror por los gritos y los dolores era una cualidad indispensable para los que antaño ejercían la Cirugía. Sin embargo, excluidos durante siglos de la Medicina Científica, los cirujanos tenían resentimientos en contra de los médicos. La Cirugía triunfante se impuso mientras la Medicina se quedó largo tiempo estancada al no disponer más que de medios lentos y poco convincentes. Es así como la acción inmediata, dramática de los cirujanos llega a ser modelo de las empresas salvadoras. El cirujano adquiere un prestigio excepcional y se le abren los mundos de la fama y de la riqueza; pero está celado por los médicos debido a las ventajas con que la sociedad corresponde a sus servicios y que pródigamente le brinda.

El médico que le refiere enfermos al cirujano se siente frustrado porque resiente como una injusticia que su diagnóstico, que determina la conducta terapéutica, sea considerado como secundario por el paciente, la familia de éste y el público en general, mientras que la intervención del ciru-

jano, consecutiva a ese diagnóstico era muy estimada. No era una disputa vanal por unas remuneraciones, sino el sentimiento de ver lo tangible sobre estimado en vez de la obra de la reflexión, y el hecho de perder la situación privilegiada ante el enfermo. Esto no alentó a los médicos a hacerse ayudantes de los cirujanos, y éstos preferían tener que tratar con auxiliares no médicos para la Anestesia. De esta manera la Anestesia, abandonada empíricamente a unos subalternos, quedó a merced del arte de la prudencia. Aquellos que la practicaron en esa etapa inicial de descubrimiento, aprendieron a no intoxicar demasiado al enfermo por medio de una vigilancia atenta.

Vemos aquí ya esbozadas en cierta forma las futuras relaciones entre cirujanos y anestelistas. Al temperamento audaz, al gesto rápido y enérgico del primero debía corresponder una actitud modesta, esfumada del segundo y generalmente anónima. Confinado durante muchos años en esa función limitada, ignorada, dependiente y mal pagada, el anestelista parecía más bien molestar que colaborar útil y eficazmente durante el acto quirúrgico. Este largo período que va de 1846 al fin de la primera guerra mundial fue el del gran descubrimiento inicial, el de las innovaciones esporádicas y el de la humanidad.

Se inicia la competencia entre el éter y el cloroformo. En 1884 se usa la cocaína para anestesia local. Al año siguiente es usada para bloqueo nervioso y se reporta la primera anestesia epidural. Hasta 1915 se utiliza por vez primera un absorbedor de bióxido de carbono en anestesia general. Fue a partir de 1920 cuando son realizados grandes progresos al ser descubiertas gran cantidad de drogas y técnicas. En esa década se perfeccionan la anestesia endotraqueal, y la anestesia regional recibe gran impulso. Es descubierto el etileno y perfeccionada la anestesia con circuito cerrado. Es realizado el experimento del perro sumergido. En la década de 1930 es introducido el ciclópropano en la práctica clínica y es perfeccionada también la técnica para anestesia endovenosa en la Clínica Mayo. Simultáneamente al desarrollo de esta etapa moderna científica, se forman las primeras Sociedades. La primera de ellas, en EE.UU., fundada en 1905, evoluciona hasta convertirse en 1936 en la Sociedad Americana de Anestelistas que en 1945 se convierte en la Sociedad Americana de Anestesiólogos. En 1922 es fundada la Sociedad Internacional en Investigación. En 1937 se forma el Board Americano de Anestesiología y ese mismo año, recibe el reconocimiento de Especialidad Médica por la Asociación Médica Americana.

En México se forma la Sociedad Mexicana de Anestelistas en 1934. Es celebrado en 1946 el Centenario del descubrimiento de la Anestesia

con el Primer Congreso Nacional de Anestesiología. En 1948 se forma la Sociedad Mexicana de Anestesiología, y finalmente una Federación que agrupa a 27 Sociedades en toda la República en 1962.

En la Ciudad de París se forma la Federación Mundial en 1946 que agrupa actualmente a 65 Sociedades en todo el mundo con más de 27.000 miembros, habiéndose celebrado ya Cinco Congresos Mundiales, debiendo celebrarse el Sexto en esta Ciudad de México en 1976. Esta tremenda expansión fue debida entre otras cosas a la introducción y perfeccionamiento de gran cantidad de drogas y técnicas que han afluido de los laboratorios y centros de investigación, y al reconocimiento de que la buena anestesia moderna, científica, rendía invaluable servicios. Así, ha sido reconocida mundialmente como una Especialidad en Medicina y como consecuencia numerosos Hospitales, muchos de ellos relacionados con Escuelas de Medicina formaron excelentes Departamentos de Anestesia, que han contribuido poderosamente a la investigación, a la docencia, desarrollo y expansión de la Especialidad.

En la actualidad la Anestesiología al igual que otras Especialidades ha sufrido el tremendo impacto de la Ciencia y la Tecnología, que ha obligado a multiplicar las tareas clínicas del anestesiólogo en el Hospital, entrando también en la sub-especialización. Avances en Ciencias Básicas, perfeccionamiento de las Técnicas de Terapia Inhalatoria y Cuidados Ventilatorios Intensivos, irrupción de la electrónica en los quirófanos que han sido convertidos en pequeñas Salas de Cuidados Intensivos, en donde los Cirujanos realizan intervenciones quirúrgicas cada vez más agresivas y audaces, más prolongadas, en pacientes de alto riesgo, todo bajo la constante supervisión y control de la buena anestesia. La anestesia científica de alto nivel, al igual que otras ramas de la Medicina se ha vuelto complicada, sofisticada, requiere un elevado nivel de enseñanza y un entrenamiento cuidadoso y largo para que sea eficiente, a riesgo de que se convierta si no se hace así, en mala anestesia. Y la mala anestesia, no hay que olvidarlo, cobra la vida de miles de pacientes por todo el mundo. También la acción del cirujano se ha vuelto compleja y sofisticada. Con sus modernas herramientas de trabajo que van desde unas simples tijeras hasta los Rayos X y el Rayo Lasser, invade casi todos los tejidos, órganos y cavidades reparando y reemplazando. Para los estándares actuales, estas actividades fueron alguna vez poco complicadas y directas; ahora se han convertido en tremendamente sofisticadas, complejas y exactas. Hace tiempo la velocidad se convirtió en su esencia más depurada. El desarrollo de las modernas técnicas de anestesia hizo a la velocidad menos importante, lo cual permite que el tiempo pueda ser empleado para asegurar la pre-

cisión, el cuidado y la delicadeza en los procedimientos quirúrgicos. Así cumple la moderna anestesiología científica con su papel de seguir siendo el más firme sostén de la Cirugía actual. Ambas especialidades se complementan y más aún, nos prometen juntas un futuro sorprendente.

Hasta aquí hemos ido, en la evolución de estas dos disciplinas, de asombro en asombro viviendo en "el mejor de los mundos posibles". Pero inesperadamente oímos voces que nos dicen: Señores, su anestesia es invaluable, su cirugía es arrolladora y su medicina muy eficaz y maravillosa. Pero actualmente eso no es suficiente, ya que la estructura de la atención médica debe cambiar. Y debe cambiar porque la atención médica no es un fenómeno aislado, sino un reflejo de los calores sociales y culturales de la sociedad. Inmersos como hemos estado en la atención de nuestros increíbles avances técnicos, no nos hemos dado cuenta de que los ámbitos donde se hace necesaria la Asistencia Médica se multiplican y amplían indeciblemente.

Tampoco nos hemos dado cuenta que las mismas fuerzas que propiciaron esos avances técnicos tan loables de la Medicina, han movilizad o a la sociedad que ahora nos recuerda que nuestra estructura médica debe cambiar. Baste recordar la creación en la década de los años cuarenta de la medicina institucional que vino a transformar completamente la estructura médica, incorporando al régimen de Seguridad Social a miles y miles de personas que habían estado marginadas de la atención médica.

Es importante además señalar a grandes rasgos las características de la sociedad en la que actualmente estamos practicando nuestra especialidad: población con baja ingesta de proteínas, ingreso per cápita insuficiente, con graves problemas en educación, habitación y vestido, y además con un crecimiento demográfico de los más altos del mundo 3.5 anual, lo que traerá como consecuencia que para 1994 nuestro país tenga 104 millones de habitantes, los que tendrán necesidades de Servicios, entre ellos atención médica. Por lo que se refiere a este Capítulo, el Dr. Donato Alarcón publicó el año pasado un artículo llamado "Necesidad de Servicios Médicos", en el que presenta el problema médico en toda su pavorosa realidad. Expongo a ustedes algunas de sus conclusiones:

"Existen problemas económico-sociales en la producción y distribución de médicos en todo el mundo. La demanda de médicos no está satisfecha porque las condiciones económicas para su ejercicio en las regiones carentes de servicios no son propicias para la profesión médica, enfermería y conexos; en lugares donde no hay clínicas, hospitales, comunicaciones, luz eléctrica, agua potable, la población aunque necesitada de médicos, no los

demanda porque no puede sostenerlos. La educación de médicos está en deterioro por el aflujo de estudiantes en gran número a las Escuelas de Medicina; y los mejores graduados, al salir emigran al extranjero en busca de mejores oportunidades, principalmente a los EE.UU.". Los conceptos de la calidad necesariamente elevada del médico para atender a la población están cambiando. Hay muchos servicios que no requieren el médico graduado para atenderse y sin embargo se persiste en la idea de que sólo ellos pueden prestarlos haciendo eco de lo que dijo en 1971 R. Boulin, Ministro de Salud Pública en Francia: "la medicina será cada día más compleja y más y más especializada y no se puede transigir sobre la calidad de formación de los hombres". Esto que pudiera ser verdad para Francia, no lo es para América Latina tan carente de medicina elemental aplicada. En México existe además de un déficit de 22,000 médicos, otro de 130,000 enfermeras.

Se observa un cambio en todos los grandes países para ya no exigir que sean médicos que requieran 16 a 18 años de preparación los que atiendan las necesidades médicas de la creciente población. Por esa razón han sido creadas las carreras auxiliares de médicos con diversos nombres, como: Medix o Medex en los EE.UU.; Bedhars en Irán; Hakims en el mundo árabe, Oficial de Salud, en Francia, Médicos de pies descalzos, en China y nombre similar en el Brasil; Feldshers, en la Unión Soviética, para que atiendan esas necesidades.

La creación de esta carrera de auxiliares en México, es según el Dr. Alarcón, no sólo necesaria sino urgente. Dice que la realidad de México impone soluciones que ya no son siquiera atrevidas porque se nos han adelantado para adoptarlas otros países que las necesitan menos que nosotros como EE.UU. y la Unión Soviética, y que nuestro país se encuentra en una encrucijada en que deben adoptarse resoluciones con mente pragmática. Todo esto revela nuestra inquietud para conocer el futuro inmediato o distante no sólo de la Anestesiología o de la Cirugía, sino de la Medicina en General.

Chihuahua, Chih., Febrero de 1974.

DR. RUBÉN OSORIO BAEZ,

Presidente de la Federación de Sociedades de
Anestesiología de la República Mexicana.