



Perspectivas de la Sociedad Colombiana de Cirugía

La administración moderna en cualquier tipo de organización, requiere claridad en sus objetivos y metas institucionales. Si no hay una adecuada definición de éstos, la organización carece de norte, de rumbo y, por lo tanto, de un marco de referencia frente al cual medir los resultados de la gestión realizada.

La Sociedad Colombiana de Cirugía consciente de esta situación y de la necesidad de establecer una herramienta de gestión que le permita a la Organización proyectarse a mediano y largo plazo para bienestar de sus miembros, se ha propuesto diseñar e implantar un Plan de Desarrollo que le sirva de brújula para la programación de las acciones actuales y futuras de la Sociedad.

La Sociedad Colombiana de Cirugía ha definido tres áreas claves de trabajo, y ellas son:

- GERENCIAL ADMINISTRATIVA,
- DE EDUCACION CONTINUA
- DE GESTION GREMIAL

La Sociedad dispone de una infraestructura gerencial administrativa adecuada para cumplir con las labores encomendadas. Las principales actividades de la misma han estado centradas en el área científica y son estas actividades las que más han contribuido a la actualización de los cirujanos colombianos.

Por múltiples razones la Sociedad no ha desarrollado paralelamente las actividades relacionadas con la gestión gremial, no obstante que los estatutos definen muy bien los objetivos en relación con este tema. Para alcanzar sus objetivos se ha propuesto crear una área dentro de ella, dedicada a las actividades gremiales, las cuales van a ser coordinadas por el Comité de Práctica Profesional y Ética Médica. Fueron nombrados en este comité miembros de la Sociedad de distintas regiones del país, muy interesados en estos aspectos y con grandes deseos de aportar ideas que contribuyan a lograr unas mejores condiciones de trabajo para los cirujanos del país.

La reforma al Sistema de Salud en Colombia tiene como su principal propósito alcanzar la cobertura universal de la población mediante la organización de un nuevo sistema de salud regido por los principios de seguridad social, descentralizado y fuerte, tanto institucional como financieramente. El fin último de esta reforma es lograr una utilización óptima de todos los recursos destinados a la salud, de tal manera que se mejore gradualmente la calidad y el acceso al servicio público de ésta para todos los habitantes del país.

Los postulados anteriores no tienen discusión y ojalá los logremos con la colaboración de todos; pero también es innegable que existe una situación de escasez y racionamiento que no solamente es evidente para los países en desarrollo sino que es universal; como ejemplo de lo dicho es la crisis del estado de bienestar europeo y la insuficiencia de recursos en países como los Estados Unidos en donde el gasto en salud ha superado el 13% del producto interno bruto sin resultados satisfactorios en materia de cobertura y calidad.

Esta situación nos plantea la necesidad de estar muy atentos con todo lo que está pasando en el área de la salud para lograr que las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada, entren a concertar con los directivos de las Sociedades Científicas en aspectos tales como: honorarios, directorios abiertos de profesionales y calidad de la atención.

La Junta Directiva, el Director Ejecutivo y el Comité Asesor de la Sociedad Colombiana de Cirugía estamos dispuestos a trabajar para representar a los cirujanos colombianos ante las distintas entidades públicas y privadas que tienen qué ver con nuestra práctica profesional y lograr los mejores beneficios, de tal forma que podamos desempeñar la profesión en condiciones éticas, en forma considerada y con remuneraciones acordes con la especialidad, tal como reza en los actuales estatutos de la Sociedad.

Estamos solicitándole a todas las Empresas de Salud facilitar la libre escogencia del médico por el paciente concediéndole la oportunidad a todos los cirujanos de formar parte de los directorios de dichas entidades. También estamos solicitando

honorarios justos y acordes con la realidad económica del país. Hemos rechazado públicamente la política actual de las Empresas de Medicina Prepagada y de las Entidades Promotoras de Salud de mantener una baja remuneración que, a criterio de ellos, se compensa con el mayor volumen de pacientes atendidos, lo cual puede afectar directamente la buena relación médico-paciente.

Acciones similares serán emprendidas con los directivos del sector hospitalario oficial encaminadas a mejorar las condiciones precarias de trabajo por los múltiples problemas de todo orden que afrontan dichos centros hospitalarios.

La Junta Directiva se ha comprometido a elaborar un Plan de Desarrollo con proyección a 2 años, que es el período de la Junta actual, identificando las estrategias más apropiadas que contribuyan al logro de los objetivos generales definidos en los actuales estatutos de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

**Armando González, M.D.
Presidente, SCC.**

Cien Años de Rayos X y de Radiografías

Para nadie debe pasar desapercibido que, a finales de 1995, se cumplen cien años del descubrimiento de los Rayos X por Wilhelm Conrad Roentgen. Para generaciones ya acostumbradas a no sorprenderse por los avances tecnológicos, esta efeméride podría quizás significar muy poco; pero para quienes siguen atentos la historia de la medicina, este descubrimiento significa quizás uno de los hitos más importantes en el avance médico, comparable sólo al descubrimiento de la anestesia, cincuenta años antes, y al de los antibióticos, cincuenta años después, procedimientos todos que lograron construir una medicina más curativa, más científica y más humana.

A nadie se escapa lo arduo y difícil que debió ser el diagnóstico preciso de las lesiones, especialmente para cirujanos y traumatólogos, en esa medicina del siglo XIX, antes del advenimiento de la radiografía. En las fracturas sin desplazamiento de los fragmentos óseos, a la sospecha clínica había que agregar una dolorosa movilización que produjera un crujido o crepitación al rozar los fragmentos entre sí; y ello era casi imposible de lograr en niños o en personas muy jóvenes. Las fracturas del cráneo, de las costillas o la pelvis, huesos que se desplazan muy poco, tenían que pasar desapercibidas o esperar a que se presentasen desastrosas complicaciones. Con el auge de las guerras y el uso generalizado de las armas de fuego automáticas, las heridas de bala se habían hecho extremadamente frecuentes, a lo que se sumaba la creencia pre-antibiótica de que la presencia del proyectil “envenenaba” la herida e impedía su pronta curación; de ahí los esfuerzos incesantes por localizar, con el fin de extraer, aquellos proyectiles sin orificio de salida, lo que se lograba rara vez con el uso de exploraciones con sondas metálicas (“sondajes”) que con frecuencia introducían más complicaciones como perforación de vasos o de otros órganos e infecciones, no ocasionadas por el mismo proyectil, a más del dolor y la incomodidad causados al paciente. Lo mismo podía aplicarse a fragmentos de otras armas (artillería, armas corto-punzantes) o de objetos extraños como vidrios o esquirlas metálicas. De ahí que las primeras publicaciones médicas, en los meses siguientes a la comunicación de Roentgen, hagan referencia precisamente a esas localizaciones o al diagnóstico de fracturas.

Hay dos dedos famosos que Roentgen mismo, aplicando su genio, se dedicó a consagrar para la historia y son el dedo de su esposa ostentando un gran anillo (la primera radiografía de que se tenga noticia) y luego el dedo también anillado del profesor Kolliker, en otra placa radiográfica tomada a manera de demostración. Esos dos dedos señalaron muy pronto el camino a la radiografía diagnóstica. Sin embargo, a ellos se siguen otros muchos dedos más trágicos y son los de las manos de los primitivos radiólogos que, quizás siguiendo el ejemplo del maestro, usaban su propia mano interpuesta entre el tubo de rayos X y una pantalla de platinocianuro de bario, en la oscuridad, para determinar el grado de penetración de los rayos y así la probable calidad de la radiografía que iba a tomarse. En esos primeros 10 a 15 años poco o nada se sabía del efecto biológico de las radiaciones y sólo a medida que se fueron acumulando lesiones crónicas (como supuestas quemaduras que no sanaban, atrofias y deformaciones) vino a conocerse el potencial deletéreo de esos rayos X y, con el correr del tiempo, a identificarse los primeros cánceres de la piel y los tejidos blandos producidos por la radiación, que llevaron a amputaciones, desfiguraciones y muertes en esos pioneros de la radiología.

Sin embargo, este enrojecimiento inicial de la piel y “quemadura” producida por la radiación (a ello se añade la anécdota de la quemadura en el pecho de Becquerel, quien anduvo varios días con un tubo de ensayo entre el chaleco, lleno de sales de radium que le había enviado su amigo Pierre Curie) sirvió también para orientar a los primitivos radiólogos hacia el uso terapéutico de las radiaciones del radium o los rayos X en el tratamiento de lesiones cutáneas y del cáncer, como se pone

en evidencia por los trabajos publicados ya a partir de 1896. De suerte que la radioterapia, tal como hoy la conocemos, se encuentra igualmente próxima a cumplir los 100 años.

Puede decirse que, transcurrida la primera mitad del siglo XX, ya se habían agotado las posibilidades diagnósticas de los rayos X como tales, incluyendo la radioscopia, la tomografía y la visualización directa o en película de órganos huecos a través de catéteres por los que se introduce el medio de contraste, todo ello ayudado por los intensificadores de imagen, que comenzaban a desarrollarse hacia el medio siglo. Otros métodos de imágenes diagnósticas comienzan a surgir y perfeccionarse a partir de 1950: la gamagrafía, con los rayos *gamma* provenientes de los radioisótopos, que adquiere su máxima utilidad con el descubrimiento de la cámara de centelleo en 1958; la ultrasonografía o ecografía diagnóstica; y luego, ya en los 70's y 80's, el ultrasonido Doppler, la tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética (RM), que ofrecen límites insospechados de resolución y de detalle anatómico en las placas que hoy se obtienen rutinariamente incluso con proyecciones a color. Todo ello facilitado por la gran revolución electrónica que representaron, primero los transistores y luego los *microchips* de computador, incorporados a los equipos diagnósticos. De suerte que hoy día es posible no sólo tomar la imagen con dichos equipos sino archivarla en su memoria y después someterla a procedimientos electrónicos que mejoran su contraste y su detalle, le varían las tonalidades de gris o le introducen color e incluso la comparan con otros procedimiento morfológicos o funcionales ejecutados en el mismo paciente.

Hay quienes sostienen que las posibilidades diagnósticas ofrecidas por todo el espectro de radiaciones electromagnéticas que van desde la luz visible y las ondas de radiofrecuencia hasta los emisores de positrones y los aceleradores de partículas subatómicas, aún no se han agotado y seguirán ofreciendo su aporte durante varias centurias. Ya en el momento actual estamos asistiendo a los perfeccionamientos de la termografía, de la tomografía óptica de luz visible y del uso de los rayos láser, para citar tan sólo algunos ejemplos. A ello se sumarán otros procedimientos también de tipo fisio-morfológico, como la magnetoencefalografía en estudios cerebrales o la resonancia magnética de los átomos de fósforo en estudios de miocardio o de función muscular, todos ellos unidos a increíbles desarrollos y sofisticaciones de los sistemas de detección. El neologismo más empleado hoy en día, de imaginología o de imágenes diagnósticas, se quedará corto cuando los procedimientos, invasores o no, vayan incorporando más y más información funcional en sus resultados. Y la reducción en tamaño de los circuitos probablemente permita el diseño de equipos portátiles o más aplicables en los quirófanos o en el mismo consultorio, para permitir también el auge de los procedimientos radiológico-invasor-terapéuticos, cuyo alcance comienza a ampliarse.

Todo ello, a cien años vista, no sólo no disminuye sino que amplifica la excelsitud y la proyección mundial de ese talento visionario que fue Wilhelm Conrad Roentgen. Quien desde un modesto laboratorio provincial de física, en la Universidad de Würzburg, con muchos de sus equipos improvisados o construidos por él mismo, desencadenó hace cien años, una de las mayores revoluciones que haya presenciado la medicina moderna.

Efraím Otero Ruiz, M.D.