PIONEROS II

y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia

Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación S.C.A.R.E.

Pioneros II y otros temas de la historia
de la anestesia en Colombia

Junta Directiva

Presidente
José Ricardo Navarro Vargas

Vicepresidente
Olga Marina Restrepo

Miembros de la Junta Directiva
Germán Junca
Juliana María Mendoza Villa
Camilo Cruz Arciniegas
Roque Palomino
Carlos León
Juan Carlos Amaya
Édgar Franco

Director Ejecutivo
Gustavo Reyes Duque

Subdirección Científica
Luz María Gómez Buitrago

Centro de Desarrollo Tecnológico
Javier Eslava Schmalbach

Autor – Investigador
Bernardo Ocampo Trujillo

Coinvestigador
Luis Enrique Peña Baquero

Preparación editorial
Socialización del Conocimiento
publicaciones@scare.org.co
Bogotá, Colombia

Editor
Diana Milena Rojas Garzón

Coordinación Editorial
Sergio Iván Ochoa

Corrección de Estilo
Óscar Salamanca Martínez

Diagramación
Mónica Lizeth Bonilla Prada

Primera edición
Junio de 2017
Impresión: Panamericana Formas e impresos S.A.

© 2017, Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación, S.C.A.R.E.
Carrera 15A # 120-74
Bogotá, D. C.
PBX: (57-1) 619 6077
www.scare.org.co

ISBN versión impresa: 978-958-8873-41-1

Ocampo Trujillo, Bernardo
Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia / Bernardo Ocampo Trujillo. -- Bogotá : Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E, 2017.
516 páginas ; 24 cm.
ISBN 978-958-8873-41-1
1. Anestesiología - Historia - Colombia 2. Anestesiólogos - Colombia - Biografías 3. Anestesiología - Investigaciones I. Tít.
617.96 cd 21 ed.
A1567642

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión del *copyright*, sin el permiso previo escrito del titular de los derechos o de la editorial.

PIONEROS II

y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia

Bernardo Ocampo Trujillo
Julio Enrique Peña Baquero

CRÉDITOS

Dr. Bernardo Ocampo Trujillo (autor, investigador principal)

Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, Especialista en Anestesia y Reanimación de la Universidad de Caldas, Especialista en Anestesia de la Universidad Autónoma de México. Expresidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), Profesor Titular de Anestesia de la Universidad de Caldas, Cofundador de la Universidad Autónoma de Manizales, Profesor Emérito de la Universidad de Caldas, Miembro Honorario de la S.C.A.R.E.

Dr. Julio Enrique Peña Baquero (coinvestigador)

Médico de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Anestesia y Reanimación de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado de la Universidad El Bosque, Miembro Emérito de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Expresidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

COLABORADORES

Dr. Ricardo Navarro Vargas

Profesor Titular de Anestesiología de la Universidad Nacional de Colombia, Presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).
Colaboración en el capítulo IX: "La Orden del Ombredanne de Oro: Una mirada desde el servicio a la Sociedad".

Lorena Gartner Isaza

Trabajadora Social de la Universidad de Caldas, Maestría en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica. Especialista en Estudios Sociales de la Ciencia y la Innovación Tecnológica.
Asistente del Dr. Ricardo Navarro, colaboradora en el capítulo IX "La Orden del Ombredanne de Oro: Una mirada desde el servicio a la Sociedad.

Dr. Manuel Galindo Arias

Médico de la Universidad Nacional de Colombia, Anestesiólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Expresidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).
Colaboración especial en el capítulo IV: "Apuntes para una historia de la Ley 6ª de 1991", y el capítulo V: "Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE)".

DEDICATORIA

Dr. Bernardo Ocampo Trujillo

A mi señora Gloria Gutiérrez, esposa y compañera, quien ha sabido acompañarme y tolerar las limitaciones de la dedicación a este proyecto.

A mis hijos y sus esposas: Mauricio y Claudia Patricia, Sergio y Nicolás y Marcela.

A mis nietos: Juan Nicolás y María José, Jerónimo y Juliana, Julia y Rafael, para que recuerden a su abuelo que los lleva en el corazón.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) por permitirnos desarrollar este proyecto que buscaba profundizar en la historia de la especialidad, con la esperanza de que el objetivo se haya logrado. A los directivos de la S.C.A.R.E.: su Presidente, Dr. Ricardo Navarro Vargas, su Vicepresidente, Dra. Olga Marina Restrepo, su Director Ejecutivo, Dr. Gustavo Reyes Duque, y su Subdirectora Científica, Dra. Luz María Gómez Buitrago, quienes con sus estímulos y aportes colaboraron en lograr la meta propuesta.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A dos personas que me acompañaron en el proceso de lograr una obra significativa para nuestra historia, con su vigilancia, estímulo y aportes a la calidad de los escritos: Mg. Diana Milena Rojas Garzón, Jefe de Socialización del Conocimiento, y Sergio Iván Ochoa Sanabria, Profesional Editorial; a ellos mi agradecimiento y reconocimiento por su profesionalismo.



Oscilómetro para medición de función vascular de miembros inferiores, año 1970

PRESENTACIÓN

Gustavo Reyes Duque, Director Ejecutivo
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, como sociedad científica y gremial, tiene un especial interés por documentar los orígenes de la especialidad, razón por la cual, a través de varias de sus publicaciones, ha recreado la historia de la anestesiología y la de los grandes hombres y mujeres que la forjaron en nuestro país.

En el año 2012 editamos y publicamos *Pioneros e ilustres de la anestesiología en Colombia I*, con la autoría del Dr. Bernardo Ocampo Trujillo, expresidente de la Sociedad, quien ahora nuevamente nos comparte sus conocimientos. Presentamos con orgullo y satisfacción un nuevo producto editorial que enriquece y preserva la memoria histórica de la especialidad en Colombia. Bajo el título *Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia*, se recopilan los perfiles de 48 protagonistas de la anestesiología que marcaron las décadas de los 70 y 80, a partir de un riguroso trabajo de investigación que involucra fuentes primarias y secundarias, bibliotecas, archivos institucionales y personales de los actores, y una amplia bibliografía que permite además reconstruir momentos únicos de la especialidad en esta época.

Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia es un valioso acopio de conocimiento, un sincero homenaje a los pioneros de esta amada especialidad de la medicina, y un legado para las generaciones futuras, aquellas personas, hombres y mujeres, que seguirán escribiendo la historia de la anestesiología en nuestra Sociedad.

En sus manos tienen la historia de la anestesiología en Colombia a partir de las voces de sus legendarios y respetados protagonistas.

PRÓLOGO

José Ricardo Navarro Vargas, Profesor Titular de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
Presidente S.C.A.R.E.

La historia bien contada es un aliciente para el espíritu. Recrea y edifica, explora y enaltece, cuando hay lugar a ello. Es un documento de obligatoria lectura, cuando la fidelidad a los sucesos ocurridos radica en la rigurosidad y exigencia de sus autores, y refleja coherencia, importancia y utilidad.

Conocer y describir el punto de partida, el presente honroso al que se llegó con dificultades, aciertos y desaciertos, y vislumbrar un futuro promisorio lleno de sueños y expectativas, fue el propósito que se trazaron los profesores Bernardo Ocampo Trujillo y Julio Enrique Peña Baquero. Solo un par de académicos revestidos de tesón y disciplina que aman a la anestesia con verdadera pasión, pudieron dedicar parte de su vida a tejer este entramado maravilloso de la anestesiología colombiana.

Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I, del año 2012, nos reveló de manera lúcida la historia de 91 médicos que dejaron su huella indeleble en la medicina y anestesiología de nuestro país. Este valioso recuento, que se inicia antes de 1846 y termina en 1973, comprende seis épocas: era preanestésica (antes de 1846), primeros pasos (1846-1913), preinstitucionalización (1913-1948), institucionalización y preprofesionalización (1949-1959), profesionalización (1959-1973), y consolidación y desarrollo integral (1973-2012).

En el libro virtual (*e-Book*) de 2016 de autoría del Dr. Ocampo, *Historia de la anestesiología colombiana: Cronología*, se presenta de forma cronológica nuestra historia y se plantea un cambio en la última época, proponiendo una nueva división para esta: Sexto periodo: Reestructuración (1973-1991), Séptimo periodo: Periodo de Oro (1991-2002), y Consolidación y desarrollo integral (2003 hasta hoy).

Pioneros II está enmarcado dentro del contexto de esta última época, desde una mirada a la estructura orgánica de la Sociedad con sus reformas estatutarias. Entre sus temas se encuentran: la Ley 6ª de enero 16 de 1991, que reglamenta la especialidad y le da vida y fuerza legal al Comité Nacional y a los Comités Seccionales del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia; el Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas, (FEPASDE), creado en 1993, y su impacto en el desarrollo de la Sociedad desde los ámbitos científicos, gremia-

les y empresariales; los Seminarios de Educación y los Congresos de Anestesiología, cada vez con mayor trascendencia y penetración en la universidad y la comunidad; las Normas de Seguridad en Anestesia y el liderazgo en los quirófanos y en todo lugar donde se administre un procedimiento o acto anestésico; el portafolio de alianzas con otras sociedades científicas y organizaciones pares nacionales e internacionales; la participación activa de la Sociedad en las políticas de salud desde el Comité de Regulación en Salud; el papel protagónico que ha tenido la *Revista Colombiana de Anestesiología* en la difusión de las publicaciones académicas, científicas y de investigación a nivel nacional e internacional, que le ha permitido estar indexada en 13 bases de datos de reconocimiento mundial; la semblanza de 48 médicos anestesiólogos, personajes íntegros y valientes, que durante este periodo de tiempo han recorrido el arduo camino del ejercicio de la anestesiología, dejando surcos abonados, con un ejemplo inmortal para las futuras generaciones.

El anestesiólogo, profesor, educador e historiador Bernardo Ocampo y su compañero de lucha Julio Enrique Peña han hecho un escrutinio de manera juiciosa, prestando atención y cuidado a aquellos episodios históricos dignos de recordar, suscitados por personajes disciplinados, talentosos, que gozan de inteligencia emocional, que disfrutan de un entorno académico y asistencial, humanitario y profesional, para lograr el éxito en el trabajo cotidiano con sus pacientes. Éxito que redunda con creces en su satisfacción personal y el crecimiento integral de sus familias, y algo muy importante, que ha develado a sus alumnos el método para hacer bien las cosas: primero el paciente, segundo el paciente, tercero el paciente. No basta el conocimiento, la experiencia, el amor a la profesión; hay que actuar con la mayor seguridad y teniendo en cuenta el trabajo en equipo, para que esta sea una labor competente, ética y profesional.

Gracias, Bernardo Ocampo Trujillo y Julio Enrique Peña Baquero, por esta bella obra llena de sabiduría y ejemplo.

¿POR QUÉ OTRO ESCRITO SOBRE NUESTRA HISTORIA?

Bernardo Ocampo Trujillo, *autor*
Julio Enrique Peña Baquero ,*coinvestigador*

El proceso de investigación desarrollado para la escritura de *Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I* (1) y del libro virtual (*e-Book*) *Historia de la anestesiología colombiana: Cronología* (2), nos permitió identificar muchos vacíos que persistían en nuestra historia. Por su parte, la obra de Jaime Herrera Pontón, *Historia de la anestesia en Colombia* (3), la cual nos abrió el camino para entrar de lleno en el nacimiento y desarrollo de la especialidad, fue el hilo conductor de nuestro ejercicio investigativo para la escritura del presente libro; y el aporte del Dr. Jaime Jaramillo en el capítulo "La historia de la anestesia pediátrica" del *Tratado de anestesia pediátrica* (4), nos ayudó a visualizar más claramente los vacíos existentes y la manera de abordarlos.

Al mirar en conjunto estos textos fue posible identificar circunstancias históricas de la anestesia colombiana aún no analizadas lo suficientemente, y algunas que ni siquiera se habían estudiado de modo preliminar. Por consiguiente, nos dimos a la tarea de adelantar una revisión cuidadosa y en este proceso surgieron temas de interés para la investigación y recolección de información, todo lo cual se concretó en el presente libro, titulado *Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia*. Sin pretender agotar la materia, se seleccionaron nueve temas de importancia en el desarrollo de nuestra historia, los cuales presentamos aquí a modo de introducción, como otro aporte a una de las especialidades más pujantes e importantes en el concierto de la salud en Colombia.

El capítulo I se titula "Ilustres de la anestesia en Colombia (1973-1985). Uno de los intereses historiográficos surgidos de *Pioneros I* fue continuar la recolección de perfiles biográficos de anestesiólogos del periodo posterior al contemplado en esa obra. Allí se presentó el devenir por la anestesia de 91 pioneros e ilustres desde los inicios de la especialidad en el país hasta 1973; pero era claro que después de esa fecha, seleccionada al azar, se podía identificar a otros muchos especialistas que cumplieron un papel protagónico en la historia de la anestesia. Sin incluir a todos los que hubiésemos querido, pues muchos factores influyeron para que se escaparan regiones y personajes relevantes que tendremos que abordar en un futuro, se presentan aquí 48 perfiles de anestesiólogos colombianos hasta el año 1985.

En el capítulo II, "La Sociedad de 1949 a 1957: Los inicios y la transformación en Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología", se presenta una etapa de la historia de la anestesia poco conocida en su totalidad, que contempla el periodo que va desde la fundación de la Sociedad en 1949 hasta el traspaso de la personería jurídica a la Sociedad Colombiana por parte de la que hasta entonces tenía ese nombre, y que se transformó en Sociedad Cundinamarquesa, en el marco del Segundo Congreso Nacional de 1956. El capítulo contempla la revisión de las 70 actas manuscritas de autoría del secretario perpetuo de la Sociedad, el Dr. Juan Marín, donde se reflejan las luchas por el surgimiento de la

especialidad y su organización, las duras batallas por ser reconocidos, y la aceptación de honorarios por parte de cirujanos –generales, ortopedistas, ginecoobstetras, otorrinos, etc.–, clínicas, hospitales e instituciones de seguridad social en pleno periodo de su desarrollo. Se trata de una época apasionante de nuestra historia que estuvo dirigida por presidentes hasta ahora desconocidos, y que contó con la presencia de los primeros anestesistas en las reuniones del primer ente rector de la anestesia en el país.

El capítulo III recoge hechos para la reconstrucción de una historia de la formación del recurso humano en anestesia en el país. Se trata de una mirada que abarca desde los primeros intentos frustrados de cursos para profesionales médicos en la recordada escuela del Dr. Marín de 1948, pasando por la formación de "los doce apóstoles" en Medellín y la evolución general de la formación de especialistas en anestesia, hasta el surgimiento de las primeras escuelas adscritas inicialmente a hospitales (San José, San Juan de Dios de Bogotá y Cali, San Vicente de Paúl de Medellín) y su consolidación en programas de posgrado en las universidades. Se evidencia aquí la lucha por el reconocimiento de la especialidad en el ámbito académico y la fortaleza lograda en el empeño por conseguirlo, sobre todo desde los Seminarios de Educación de la especialidad.

Los capítulos IV, "Apuntes para una historia de la Ley 6ª de 1991", y V, "Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE)", recopilan momentos y datos que permiten conocer la historia de dos hechos relevantes de la anestesiología en Colombia: la expedición de la Ley 6ª de 1991, que rige la especialidad, y la fundación del FEPASDE en 1992. El Dr. Herrera Pontón describe, en los capítulos XIV y XV de su obra, algunos aspectos de esta historia, y nosotros, partiendo de esa información y con la colaboración de actores fundamentales en la consecución de estos logros de la anestesia, los Dres. Ignacio Ruiz y Manuel Galindo, el abogado Luis Gonzalo Peña y otros personajes importantes de la vida de la anestesia de la época, nos propusimos ampliar el conocimiento del surgimiento de la norma que nos rige y del sistema de protección contra demandas que ellos concibieron, fundaron y aseguraron. El estudio de los aportes de la Ley 6ª y del FEPASDE en los últimos tres lustros, periodo en el que se han consolidado y fortalecido, proporciona una visión sobre la realidad de lo que hoy se vive, lo cual, sin embargo no se contempló en detalle en esta etapa de la investigación.

El capítulo VI, "Periodo de Oro (1991-2002): Ley 6ª, FEPASDE, CorpoSCARE"", se escribió con base en los comentarios de los actuales directivos y los actores de la época, quienes consideran este el momento en que la Sociedad dejó de ser otra sociedad científica más del país y se convirtió quizás en la más importante, con la Ley 6ª, el FEPASDE y las reformas estatutarias que la fortalecieron económicamente, y la proyectaron

como una organización académico-científica, gremial y empresarial. El contenido de este capítulo se estructuró a partir de la reunión de un grupo focal compuesto por directivos de la S.C.A.R.E., expresidentes y actores importantes en la consecución de los logros mencionados, y se enfoca en el reconocimiento de las bases de la proyección de la Sociedad hacia su camino de consolidación institucional.

Una historia hasta ahora no abordada era la de los congresos de la Sociedad, cuya recopilación es la materia del capítulo VII, "Apuntes para la historia de los congresos de la Sociedad: Contenido académico (1949-2001)". Con base en los programas de estos eventos, conservados por el Dr. Arnobio Vanegas, quien los recogió a lo largo de su vida de ejercicio profesional, y en la asistencia a muchos de ellos, se registran aquí sus contenidos, aunque sin un análisis más detallado, por ser este un ejercicio que sobrepasa las expectativas de este libro. No obstante, se ofrece a la luz pública una información nunca antes recopilada, que puede servir de base a futuras investigaciones para identificar el desarrollo de técnicas, drogas y equipos usados a través de la historia de la especialidad. Reconocemos la dificultad de la lectura de este registro monótono de contenidos, pero a la vez consideramos que su presentación reviste una gran importancia para la reconstrucción de nuestra historia.

El capítulo VIII, "Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia", presenta un recorrido por la historia de estas normas que la Sociedad ha impulsado en el país, reconocidas como pioneras en Latinoamérica y como soporte en la búsqueda de calidad del ejercicio de la anestesia. La seguridad en el acto anestésico y más actualmente la proyección hacia una medicina perioperatoria, se sustentan en las normas que aquí se referencian desde sus épocas de origen, las cuales se han tratado de implementar con no pocas dificultades y se cualifican progresivamente, hasta convertirse en un reconocido instrumento del buen ejercicio profesional del anestesiólogo del presente y del futuro.

El capítulo IX, "La Orden del Ombredanne de Oro: Una mirada desde el servicio a la Sociedad", en principio estaba concebido como la historia de los premios que la S.C.A.R.E. reconoce a sus miembros, pero el proyecto no pudo consolidarse en su totalidad por falta de información general al respecto, especialmente de quiénes fueron sus receptores. Cada dos años, en el marco de los congresos, la Sociedad entrega premios y reconocimientos a diferentes actividades y contenidos de investigación, unos para miembros activos, otros para médicos en formación y otros para la comunidad médica en general, aunque en relación con temas y políticas de nuestra especialidad. Están los premios Juan Marín, Jorge Colmenares, Rafael Peña y Luis Cerezo, además de otros sobre pósteres y seguridad. Pero el principal premio que otorga la Sociedad es el Ombredanne de Oro, máxima condecoración entregada cada dos años a uno de sus miembros por el reconocimiento a "su vida como anestesiólogo y aportes en el campo académico, gremial e investigativo". Con la coordinación del actual presidente de la Sociedad, el Dr. Ricardo Navarro Vargas, este capítulo incluye una recopilación de los premios Ombredanne de Oro entregados desde 1983, año de la creación del primero, hasta 2015.

Presentamos a la comunidad de la anestesia nacional e internacional esta experiencia investigativa que sustentamos con referencias bibliográficas de todos los hechos históricos registrados. Agradecemos a todas las personas que nos facilitaron documentos, opiniones y comentarios con el objeto de aportar a la comprensión de la historia de la anestesia en Colombia, y esperamos que este libro sirva a dicho propósito y a seguir proyectando la especialidad de cara al futuro. A la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) y a sus directivas, todo nuestro agradecimiento por permitirnos ser los actores de esta recreación de su historia. Es un honor para nosotros haber sido los receptores de esta información y nos genera una satisfacción del deber cumplido el ponerla a disposición de todos ustedes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE. Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.

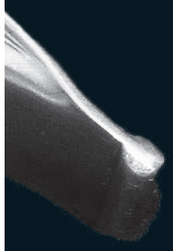
2. Ocampo Trujillo B. Historia de la anestesiología colombiana: Cronología. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

3. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.

4. Jaramillo Mejía J. Historia de la anestesia pediátrica. En: Tratado de anestesia pediatrica. Bogotá; S.C.A.R.E.; 2015.



Laringoscopio



CONTENIDO

Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia

Capítulo I - Ilustres de la anestesia en Colombia (1973-1985) ..... Pág. 22

Capítulo II - La Sociedad de 1949 a 1957: Los inicios y la transformación en Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología ..... Pág. 283

Capítulo III - Historia de la formación del recurso humano en anestesia en Colombia ..... Pág. 312

Capítulo IV - Apuntes para una historia de la Ley 6ª de 1991 ..... Pág. 365

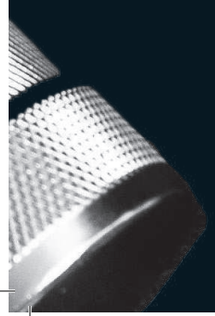
Capítulo V - Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE)..... Pág. 380

Capítulo VI - Periodo de Oro (1991-2002): Ley 6ª, FEPASDE, CorpoSCARE ..... Pág. 397

Capítulo VII - Apuntes para la historia de los congresos de la Sociedad: Contenido académico (1949-2001) ..... Pág. 414

Capítulo VIII - Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia ..... Pág. 477

Capítulo IX - La Orden del Ombredanne de Oro: Una mirada desde el servicio a la Sociedad..... Pág. 492



Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO I - ILUSTRES DE LA ANESTESIA EN COLOMBIA (1973-1985)



Vaporizador de Trilen para analgesia obstétrica



▲ Hotel La Fontana, Bogotá, 14 de febrero de 2003

En este capítulo, derivado del proyecto de continuar construyendo nuestra historia, se da continuidad a lo escrito en el libro *Pioneros e Ilustres de la anestesia en Colombia I*, el cual recoge perfiles biográficos de anestesiólogos en un periodo que va de 1973 hasta más o menos 1985. En aquella primera investigación se reconocieron personajes de la anestesia colombiana desde el mencionado año de 1973, fecha escogida empíricamente, sin que representara un momento histórico especial, sino más bien a causa de las limitantes de tiempo y espacio.

Por lo tanto, aquí seguimos recorriendo el país para buscar a los profesionales de la anestesia que sentaron las bases del desarrollo de la especialidad y contribuyeron a impulsarla en las diferentes regiones. Sin embargo, esto no fue fácil, porque muchos de ellos ya nos han dejado, y buscar información sobre su devenir a través de la especialidad se hace difícil. Las fuentes primarias son escasas, por no decir inexistentes, y por lo tanto se ha tenido que recurrir a entrevistas con familiares, amigos y colegas, así como a ocasionales escritos conservados por ellos.

Contrastan los perfiles biográficos de varios de aquellos con los de quienes aún nos acompañan, los cuales practican la anestesia activamente y han sido actores fundamentales en su desarrollo, ocupando además importantes cargos en las juntas directivas de las sociedades regionales y a nivel nacional, y contribuyendo desde allí a impulsar reformas estatutarias y construir proyectos como la Ley 6ª y el FEPASDE, eventos históricos que cambiaron la especialidad y la proyectaron con base en características académicas, gremiales y empresariales, de relevancia nacional e internacional.

Las diferencias en los textos dedicados a todos ellos, unos más extensos que otros y unos más prolíficos en información que otros, pueden justificarse por el interés de presentar a varios de los ya desaparecidos como aportantes fundamentales al desarrollo de la anestesia en el país, así no existan muchos datos sobre sus aportes concretos, si bien no podían dejarse por fuera sin reconocerles su trabajo y hacerlos visibles en la lista de ilustres de la anestesia colombiana.

Este es un trabajo inconcluso, se escapan muchas personas muy relevantes de este periodo y habrá que hacer nuevos esfuerzos por recoger información de algunas regiones donde fue difícil identificar a los personajes, o donde, si se encontraron, no se logró la colaboración necesaria para incluirlos en esta parte del proyecto. Se quedan por fuera muchos personajes importantes; no obstante, en este periodo hay un crecimiento exponencial de los médicos que se dedicaron a la anestesia como una especialidad nueva y lucharon por desarrollarla, desde el espacio primario de ejercicio de la anestesia, la sala de cirugía, y quienes, desde allí, lucharon por conseguir espacios en las entidades, hospitales y clínicas, y salieron al ámbito externo para, desde la Sociedad de su localidad y región, buscar posicionarla.



PERFILES

ANTIOQUIA

Gonzalo Uhran Ch. pág. 28
Tiberio Álvarez Echeverri pág. 33
María Eugenia Gómez Piza pág. 46
Héctor De Jesús Manrique Valencia pág. 51



Medidor de pH, Pco2 y Pop2

GONZALO UHRAN CH.

Nació en Medellín, pero su padre es de una población muy pequeña del occidente llamada Caicedo; su madre es barboseña. Estudió la primaria en el Instituto Jorge Robledo y terminó el bachillerato en el Liceo Antioqueño de la Universidad de Antioquia (1).
Hizo la carrera de Medicina en la Universidad de Antioquia, la cual terminó en el año 1964, para cumplir el año rural en dos pueblos de este departamento: San Rafael y Caucasia.

VIVENCIAS DE ANESTESIA PREVIAS A LA RESIDENCIA

En esos tiempos, en la Facultad de Medicina, como había muy pocos anestesistas, en el internado se hacían dos meses de rotación en anestesia, sin tener ningún entrenamiento. Los primeros ocho días les daba instrucciones y los orientaba el Dr. William Saldarriaga, jefe del servicio; después de eso, se empezaban los turnos en anestesia.

Desde allí tenía una querencia especial por la anestesia y una de las razones por las que me gustó es que uno depende mucho de sus profesores, y según como sean ellos, uno se entusiasma más por lo que va a estudiar. Los profesores de la época eran gente muy solícita, gente muy agradable. Nacianceno Valencia nos daba los seminarios cada ocho días. Los viernes teníamos la reunión de complicaciones con el negro Cástulo González, Luis Cerezo, Marceliano Arrázola y Jairo Restrepo, quien orientaba la parte infantil; se rotaba por cirugía general y después pasábamos a obstetricia y al Hospital Infantil; eran muy completas las rotaciones.

En el año rural agradeció mucho esas experiencias, ya que experimentó tres situaciones muy difíciles: un parto en posición podálica, donde tuvo que poner una anestesia raquídea y "afortunadamente no desnuqué al muchacho"; por lo demás, salió muy bien; otro caso de una apendicitis donde tuvieron que aplicar una anestesia raquídea; y un tercer caso de una paciente con unas heridas muy grandes en la cara que le había propinado el marido con un machete; él la atendió, hubo que intubarla porque estaba sangrando mucho, "pero afortunadamente estaba en capacidad de hacerlo y salimos muy bien librados". Estos fueron tres grandes casos que lo marcaron, pero hubo muchos más. Se hacían bloqueos paracervicales del útero, y dos o tres bloqueos para miembros



▲ Dr. Gonzalo Uhran en su casa

" Desde allí tenía una querencia especial por la anestesia y una de las razones por las que me gustó es porque uno depende mucho de sus profesores, y según como sean ellos, uno se entusiasma más por lo que va a estudiar".

superiores con regional intravenosa. "Nos defendimos bien, salimos adelante y eso se lo agradecí al estudio de anestesia en la carrera". Cuando terminó el año rural empezó a trabajar con la Federación de Cafeteros, y allí debía ir de vereda en vereda, sin muchos recursos.

Inició la residencia con Enrique Arcila y Alonso Noreña, quien estaba un año adelante, y después con Jaime García y María Eugenia Gómez. Durante esa época fue instructor de los compañeros de grados inferiores. Para terminar la residencia escribió un trabajo sobre "Anestesia epidural en maternas".

Tuvo una actividad docente muy amplia y constante cuando estuvo en el Hospital San Vicente de Paúl y el Hospital Infantil. Recibió muchos estudiantes de anestesia pediátrica, y cuando estuvo en obstetricia también recibió a muchos residentes que rotaban por el servicio de maternidad.

Varios hospitales para llegar a la Clínica Soma

Trabajó en el Hospital San Vicente tres años. Entonces se reinició la terminación del Hospital Pablo Tobón Uribe, creado por la ANDI para beneficio de sus afiliados, y que había estado en obras por casi 20 años. Desde el Hospital Infantil se veía cómo avanzaba la construcción y le decían que él trabajaría en esa institución. En

CONTANDO ANÉCDOTAS

efecto, cuando terminó la residencia, el Dr. Iván Darío Vélez, médico director, lo mandó llamar y le propuso trabajar con ellos: "Pero tiene que empezar por hacer la lista de los elementos que necesita para montar el departamento o la sección de anestesia", le dijo el Dr., y él aceptó: "'Tengo programado el matrimonio dentro de un mes y no voy a suspenderlo, necesito quince días de licencia', le dije, y así me lo aprobaron".

Empezó a trabajar en el Hospital Pablo Tobón, todavía en construcción. Debían pasar por encima de tablas para evitar los charcos. Empezaron a pedir los elementos, y los equipos que se solicitaron eran marca Ohio. Una anécdota: entre los equipos solicitados estaban las agujas epidurales de Tuohy, y el jefe de cirugía llegó un día muy molesto, reclamando por cómo se habían recibido esas agujas de epidural con la punta torcida; se le explicó entonces en qué consistía la aguja.

Trabajó dos años en el Hospital Pablo Tobón, hasta que se presentó un problema con el aumento de sueldo. Todos esperaban un buen incremento, porque el horario de trabajo era desde las 7 de la mañana hasta que se terminaba a las 10 u 11 de la noche. Pero no fue así. Cuando le contó a Luz Ángela, su esposa, sobre el aumento que le habían hecho, ella le dijo: "Mirá, a la muchacha del servicio yo le aumenté más que lo que te han aumentado". Fue con el presidente de la junta, el Dr. Antonio Ramírez, le manifestó su decisión de retirarse del hospital y le contó la opinión de su esposa. "No te desesperes, hombre, el hospital está empezando", le dijo el Dr. Ramírez. Pero él se mantuvo firme y se retiró. Se fue a trabajar con Marceliano Arrázola en el pensionado del Hospital de San Vicente, donde se ocupó medio tiempo, y regresó al Infantil otro medio tiempo. Cuando organizó el servicio de anestesia del Pablo Tobón, administró la primera anestesia en una cirugía del Dr. Antonio Ramírez, una hernia inguinal.

En la convención de la Sociedad en el Meta, conoció al Dr. Jesús Cuartas y al Dr. Santiago Cala de la Clínica Soma, quienes le contaron sobre la enfermedad del Dr. Gabriel Betancur y lo invitaron a trabajar con ellos. Los colegas le aconsejaron no desperdiciar la oportunidad: "Trabajar con una clínica particular es muy distinto a trabajar con el hospital"; allá trabajó por 42 años.

Estando hospitalizado para una cirugía, un directivo de la clínica le llevó un paquete, pero lo guardó hasta el final de la visita, y cuando esta terminó, le dijo: "'Te traje estos confiticos para que los aproveches'; yo le respondí: 'vos sabes que yo soy diabético, yo no puedo comer dulces'; él me dijo: 'estos te sirven', y abrió el paquete y me encuentro con esta maravilla que me llenó de mucha satisfacción" (el reconocimiento de la Clínica Soma al Dr. Uhran por 42 años de servicio).

Otra anécdota sobre cómo era la anestesia de aquella época y sus dificultades, fue el accidente de la equivocación de gases envasados en cilindros diferentes:

Esta sí fue muy grave. Empecé a dar una anestesia con óxido nitroso y oxígeno y notaba que la presión de la paciente no estaba de acuerdo con lo que yo esperaba. La paciente no se dormía. Insistí, hasta que decidí ponerme la mascarilla y oler… ¡Ciclopropano envasado en un cilindro de óxido nitroso! Afortunadamente no pasó a mayores; se cambió el cilindro, pero puse la denuncia en el hospital y se llamó a Aga Fano, la fábrica nacional de oxígeno. Pusimos el grito en el cielo. Infortunadamente, por influencias, no se sancionó a la empresa.

Otra anécdota:

Estábamos con dificultades para una intubación y le pedimos a la auxiliar de enfermería que nos trajera el "conductor" (dispositivo especial de ayuda en intubaciones difíciles), para ayudar a pasar el tubo. Era una intubación enredada y eso era lo poco que había para ayudarnos. Nada que venía la niña con el instrumento que le pedimos, oxigenábamos al paciente bajo mascarilla, y mientras tanto: "¿Qué hubo del conductor?", "Que ya lo traen, doctor". Cuando fue apareciendo la muchacha con el conductor de la ambulancia del hospital, que era un cojineto: "Doctor, es que no lo había

SU VIDA FAMILIAR: LA SALUD SE COMPROMETE

traído porque se demoró mientras se vestía para entrar al quirófano y se demoró mucho para vestirse".

Y una más:

Estábamos en el internado en la rotación de anestesia en maternidad, y se le iba a colocar anestesia epidural a dos pacientes, una frente a la otra, sentadas en las camillas. El profesor dijo: "Yo le voy explicando a la interna cómo va colocando la anestesia y el residente va a colocársela a la paciente del frente. Las dos maternas se miraban y el profesor empezó: "Limpie la piel, empiece con la aguja, listo, sienta los tejidos, etc., etc., cuando esté adentro, sienta el paso de la aguja, listo, ya sintió que llegó al sitio, listo, ahora, con mucho cuidado, sáquele el alma [el alma de la aguja], así, despacito, despacio, sáquela. En ese momento la paciente del frente, a la que iba a anestesiar el residente, fue abriendo los ojos, se fue enderezando y dijo: "No, doctor, a mí sáqueme lo que sea, pero el alma no", se paró de la camilla y salió corriendo.

Y sigue contando:

En el Hospital Infantil estábamos dando una anestesia a un niño con una caretica, el niño se movió y el cirujano dijo: "Doctor, este paciente se va a ir"; de pronto salta la auxiliar, que era nueva, se pega contra la puerta del quirófano y dice: "De aquí no sale, doctor, yo estoy aquí, de aquí no lo dejo salir".

Dice el Dr. Uhran:

Tengo una familia muy especial. La [hija] mayor, Ángela Victoria, es radióloga; le sigue Margarita María, que es anestesióloga e intensivista, y su esposo es cirujano e intensivista; después le sigue Juan Gonzalo, que es un ingeniero de producción; viene Julián David, que trabaja como ingeniero de diseño, e Inés Verónica, la hija menor, que es diseñadora.

En una oportunidad, la cooperativa médica Comedal abrió un "Taller de escritores" y convidó a los médicos que quisieran participar:

Nunca he escrito nada, pero me parece interesante para matar el tiempo, y entré a ese taller hace dos años. Una vez a la semana cada uno hace su tarea, escribe algo durante esa semana y se lee, se corrige la puntuación, la gramática, y así estamos escribiendo varios artículos que se piensan publicar en un libro.

Uno de sus escritos es "El humor en los tiempos de cólera", una parodia de García Márquez. También escribe poemas; uno de ellos es "Los colores".

Nunca se enfermó de nada. Pero hace dos años y medio tenía un viaje a Suramérica, y le comenzaron síntomas de dificultad de deglución y una tortícolis. "Algo raro me estaba pasando, pero nunca sospeché que era miastenia". Al regresar, al día siguiente debía ir a trabajar. Fue a la clínica y conversó con uno de los colegas, que es fisiatra, le contó de los síntomas y él le dijo: "Tienes una miastenia". El neurólogo confirmó el diagnóstico. Luego vino una segunda parte complicada. A los pacientes mayores de 70 años que les da miastenia hay que buscarles un carcinoma. Empezaron a buscar de pies a cabeza, y el único cambio encontrado fue el aumento del antígeno prostático y un nódulo en la próstata. Hicieron la biopsia a los tres días: escalofrío, fiebre y calvario de preparación para cirugía, sin que después se mejorara de la fiebre. Finalmente, y siendo diabético, se decidió por realizar la cirugía, y encontraron un absceso que era el causante de la infección. "Ha sido una época difícil, pero me he recuperado con el apoyo de mis colegas y esta maravillosa familia".

"Entre los equipos solicitados estaban las agujas de Tuohy, y el jefe de cirugía llegó reclamando porque se habían recibido esas agujas con la punta torcida; así que se le explicó en qué consistía la aguja de peridural".



Convulsator, 1980

TIBERIO ÁLVAREZ ECHEVERRI

ANESTESIÓLOGO, TANATÓLOGO, HISTORIADOR, MAGO

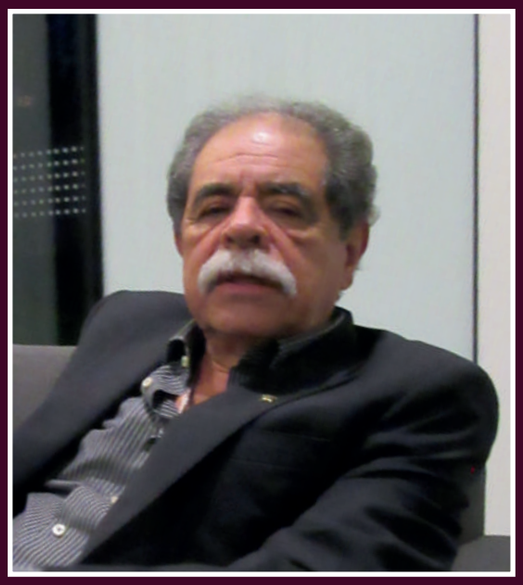
"Romántico sí, porque no otra cosa éramos el puñado de idealistas que al comienzo de nuestra práctica médica dedicábamos todas las mañanas a la difícil aventura de la anestesia, más por la recompensa de salvar una vida que por la suma irrisoria que recibíamos por ello."
El Dr. Nacianceno Valencia hablando del Dr. Gabriel Betancur (2).

ANTES DE LA ANESTESIA

El Dr. Tiberio es quizá uno de los escritores más prolijos, si no el que más, de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, y ha incursionado en múltiples campos de la anestesia, consagrándose al manejo del dolor, y dentro de este campo, a los pacientes terminales, donde ha aplicado sus profundos estudios de tanatología al cuidado paliativo y a la atención de los desastres. La educación hizo parte de su vida y la ha aplicado en sus múltiples actividades. No se quedó allí, y su pasión por la investigación histórica, particularmente de la Antioquia de sus querencias, lo convierten en uno de los ilustres de la anestesia colombiana. Sus incursiones por otros campos ajenos a la especialidad lo hacen un experto en Chaplin y un mago de talla internacional.

Una vez terminó los estudios, y antes de iniciar el año rural obligatorio, lo llevaron a prestar el servicio militar en la Brigada de Institutos Militares de Bogotá, que incluía rotaciones por varias zonas del país y la realización del curso de lucha antiguerrillera en Tolemaida. Una vez cumplida esta misión militar, inició la práctica de medicina rural en la población de Abriaquí, donde permaneció un año, y luego el Servicio Seccional de Salud de Antioquia lo nombró médico director de la Unidad de Salud de Frontino. "En otras palabras, estuve de médico de pueblo desde finales de 1967 hasta mayo de 1972". Disfrutaba del ejercicio profesional y era "muy acertado y acatado", pero se le fue metiendo la espina de querer avanzar en los estudios (3). Quería ser un Schweitzer en Lambaréné paisa, pero seis años en autoexilio rural lo llevaron a la encrucijada de perderse en la montaña o buscar horizontes de estudio y progreso (4).

Cuando terminó los estudios de medicina en 1967, en la Universidad de Antioquia, no tenía una visión sobre qué especialidad estudiar. Por una parte las residencias o especializaciones no estaban organizadas, algunas no existían y los médicos no tenían la necesidad de continuar estudios de posgrado, pues con lo que se ganaba en el pueblo o la ciudad era suficiente para vivir con holgura. Eso era hablando de las residencias clínicas, porque aquellos que se dedicaban a estudiar la "salud pública" no eran bien vistos, pues no utilizarían el fonendoscopio.



▲ Dr. Tiberio Álvarez

Es quizá uno de los escritores más prolijos, si no el que más, de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, y ha incursionado en múltiples campos de la anestesia, consagrándose al manejo del dolor, y dentro de este campo, a los pacientes terminales.

Analizó las posibilidades y entre ellas estaba, en primer lugar, la anestesia, especialidad no bien vista en ese entonces, porque "era un trabajo de monjas y enfermeras", no tenía peso en la estructura hospitalaria, los anestesiólogos eran pocos y los estudios no estaban bien organizados. Ni siquiera existía examen de admisión. Se hacía la solicitud, se hablaba con alguno de los profesores, se hacía una reunión de los colegas y allí se decidía la suerte. Fue la calidez humana de los anestesiólogos que conoció lo que lo indujo a estudiar esa profesión "sin nicho en el andamiaje galénico". Por otra parte, para la época en que quiso presentarse, las residencias o especializaciones estaban cerradas, pero de todas maneras tramitó la solicitud a la oficina de Educación Médica Continuada.

El tiempo pasaba; tenía una segunda opción, la dermatología, y se presentó a la Facultad de Medicina de Manizales, donde trabajaban dos dermatólogos con quienes hizo buenas migas durante la rotación de internado que hicieron en la Universidad de Antioquia.

Pero además tenía el recuerdo de las magistrales clases de Alonso Cortes, "la biblia de la piel", como le decíamos, y recuerdo que se afianzó cuando, en una de mis venidas del pueblo, siguiendo la costumbre de "asomarme" por la facultad y el hospital, esa mañana el Dr. Cortes, con el auditorio lleno, hablaba de la escabiosis y su tratamiento. Ese maestro empezaba a hablar y deleitaba a la audiencia, que se dejaba llevar por la historia, las creencias, las terapias, los hallazgos científicos y hasta la picazón que se sentía con la sola descripción clínica. Esa magnífica lección de la afectación de la piel me dejó extasiado. Me dije: "Estudiaré dermatología y seré otro Cortés". Por eso la segunda opción era viajar a Manizales.

Allí las cosas marchaban mejor y se fue sintiendo dermatólogo. Pero de un momento a otro reabrieron las residencias y su nombre fue considerado para estudiar Anestesiología en la Universidad de Antioquia.

LOS ESTUDIOS DE UNA ESPECIALIDAD NO RECONOCIDA: LA ANESTESIA

Me comentaron después que algunos profesores trataron de bloquearme porque dizque era comunista y usaba patillas y cabello largo "a lo Ché Guevara". Lo cierto fue que me recibieron sub conditione. También supe después que uno de los anestesiólogos que más influyó para que me recibieran fue el Dr. Kalimán, llamado así porque no se perdía un capítulo de esa radionovela mientras daba anestesia. Se colgaba el estetoscopio y el radio.

A medida que se acercaba el mes de julio de 1972, cuando iniciaría los estudios de anestesiología, presentó renuncia como médico del Servicio Seccional de Salud, la cual le fue aceptada. Empezaron las despedidas del pueblo, tanto del personal del Centro de Salud como del hospital, del colegio, de los equipos de fútbol y las gentes del común. "Hubo manifestaciones encontradas de júbilo y tristeza según el bando, porque unos pedían que me fuera y otros que me quedara". En esas, un compañero le avisó por teléfono que "no me viniera, que me habían rechazado, y ya estaba renunciado". Tuvo que hablar con las directivas, entre ellos el Dr. Álvaro Velásquez, quien le ayudó finalmente para que fuera uno de los tres nuevos residentes de anestesiología; los otros eran Hugo López Villegas y Jaime García Ricaurte (3).

En cuanto a la anestesia, le llamaba la atención no la aplicación de las ciencias básicas, ni los umbrales de la muerte, ni el alivio del dolor que entonces no preocupaba a los galenos, sino la forma de ser de algunos que más tarde serían sus colegas, como Alonso Noreña, Jairo Restrepo, Daniel Hincapié, José Valencia, Cástulo González y Flavio Yepes, quienes le parecían personas respetuosas, que vivían contentas con su trabajo. También tenía facilidad y dedicación a las labores quirúrgicas y anestésicas en el sitio de trabajo rural, donde eran frecuentes los procedimientos que requerían la eterización, la anestesia local y la raquídea, dadas a conciencia, gracias al entrenamiento recibido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Inició la residencia el 1 de julio de 1972, estaba casado y esperaba su primera hija: "Me fue difícil volver a la disciplina del estudio, y además eso de enfrentarse con la máquina de anestesia era cosa seria, porque es un aparato cuya función es cabalgar entre la vida y la muerte de los pacientes". Los recibió el jefe del servicio, el Dr. William Saldarriaga, "El Capi", uno de los héroes de Corea, más preocupado por los aspectos prácticos que por los académicos de la anestesia. La máquina había que estudiarla, descomponerla, cambiar la soda, armarla de nuevo, limpiarla y brillarla con mucho cuidado, porque era la herramienta de trabajo; entre los elementos más importantes por cuidar estaba la "bomba" de caucho, de color negro o gris, "bomba" que, por el intenso uso, se rompía con facilidad, y entonces los agujeros y hendiduras se tapaban con esparadrapo blanco que daba la apariencia de parches, en ocasiones tan numerosos y bien colocados que la tal "bomba" era una "colcha de esparadrapos". "El número de parches marcaba la pobreza del hospital y la poca importancia que las directivas le ponían a la anestesia".

Pocas eran las actividades académicas a nivel general, pero las cosas cambiaron cuando rotaron con el Dr. Jairo Restrepo Torres, el anestesiólogo de los niños. Él los recibió con los objetivos escritos de la rotación, les dio las primeras nociones, facilitó la consulta bibliográfica en la biblioteca especializada creada por él mismo, los asesoró en la asistencia, les enseñó el transporte de los infantes y los llevó por los caminos de la física, la química, la fisiología, las leyes de los gases y la conformación de los aparatos que posibilitan la anestesia. Además, "nos señaló el camino de cómo dictar las conferencias y hacer las diapositivas".

Como varios anestesiólogos fueron "mecánicos", se estableció la creencia de que primero se debía ser mecánico para mantener el equipo de anestesia listo para trabajar. Por ejemplo, está el caso de Juan Marín, el padre de la anestesia en Colombia, quien, salido de una montaña antioqueña cerca del Río Arma, se fue a aprender y trabajar la mecánica de carros en Bogotá, has-

ta que decidió estudiar Medicina para no verse las manos y la ropa untadas de grasa y aceite, y después dedicarse a cloroformizar a los pacientes de cirugía, previo entrenamiento y pelea con las monjas anestesistas. También lo fue en Medellín el Dr. Gabriel Betancur, buen hombre, buen médico y docto en cuestiones mecánicas. Así lo recuerda el Dr. Nacianceno Valencia:

En el año de 1942 aparece por primera vez un médico que, sin ser cirujano y sin tener aspiraciones de serlo, se dedicó a la anestesia. Se trataba de Gabriel Betancur, el miembro más antiguo de los fundadores de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología y primer romántico que tuvo la especialidad en este terruño.

Continúa el Dr. Álvarez: "Cómo los gases anestésicos se escapaban de esos viejos modelos, si uno se sentaba se quedaba dormido. Esa era la razón para que no existieran asientos o fueran muy incómodos o destartalados; algunos parecían sillas de montar de tres picos". Otra primera experiencia, relativamente negativa, era que se dependía de lo que dijera el cirujano de turno, el "astro-sol", como se le decía, que imponía sus criterios, hablaba duro, expulsaba gente de la sala, tiraba el instrumental al suelo o a las paredes, gritaba como poseído, hacía cambiar a la pobre instrumentadora, no aceptaba reclamos y "era lo que dijera"; era un mandamás.

Los actores de anestesia nos teníamos que ubicar detrás de la "pantalla del éter" que se organizaba, colocando un aro de metal en la cabeza del paciente, de tal manera que al colocar los campos de tela se delimitaba muy bien el sitio del cirujano, y sus acompañantes y allá, "como en galería", esa bazofia de los anestesistas que antes eran monjas, enfermeras, estudiantes o hasta choferes, como se decía del Dr. Juan Bautista Montoya y Flórez, cuyo chofer le administraba anestesia con éter al paciente, y cuando lo veía dormido le decía al cirujano: "Puede empezar ¡ya entró en bronquitis!".

Y esa poca importancia daba hasta para chistes, como aquel perverso que decía que para estudiar anestesia solo se necesitaban dos neuronas, una para apretar y otra para aflojar la "bomba" para ventilar al paciente. Una vez, ya siendo profesor, estaba con el residente de anestesia tras la "pantalla del éter", y este le preguntó algo al residente de cirugía que estaba con su profesor. El cirujano regañó a su residente porque nada tenía que hablar con el vulgo. Desde entonces no lo volví a saludar. Supe que en un cruce de balas quedó parapléjico. Él no olvidó su soberbia, y al cabo de los años se me acercó y me pidió disculpas por ese proceder propio de los que tienen más habilidades que virtudes.

Todo era minimalista, los saberes, las prácticas y las discusiones académicas. La monitoría se reducía a la simple observación, al cambio de colores de la piel, la medida del pulso, la toma de la presión arterial, la auscultación y la mirada de soslayo a la oración del anestesiólogo que escribió J. G. Converse:

Bendice estas manos y esta mente, Señor mío, para que puedan cuidar con seguridad a los que sean confiados a ellas en el día de hoy. Permite que mis manos se mantengan ágiles, mi mente alerta y mi visión clara para que no les ocurra a mis pacientes desgracia anestésica alguna. Aunque ellos están en mis manos, mis manos están en las tuyas. Señor mío, por favor, ¡guíalas bien! Amén.

A la par que se estudiaba se tenía que trabajar y hacer turnos de 36 horas. Se empezaba a las siete de la mañana y "muela que muela". Sin tiempo para café ni para almorzar. "Era como estar en las galeras navegando en esas aguas donde se conjunta la vida con la muerte, no con los remos, sino con las bombas y la buena suerte que viene a ser la buena mar". El sacrificio era doble por el cansancio físico, el estrés continuo, la falta de buena alimentación y aireación y el confinamiento. Estas condiciones lo llevaron a realizar su tesis de grado con dos investigaciones: "Morbimortalidad de los anestesiólogos de Medellín" y "Nefrotoxicidad del metoxiflurane", trabajos que se presentaron en el Congreso Latinoamericano de Anestesiología de Guadalajara, México, en 1976 (5). Más tarde realizó otra investigación

LOS PROFESORES

con la Dra. Fanny Ramírez sobre el "Consumo de sustancias sicoactivas entre los anestesiólogos de Medellín", que puso sobre el tapete varios de los problemas que padecen estos profesionales, y el cual ganó un premio en el Congreso Colombiano de Anestesiología de 1982.

"Más que residencia era resistencia". Si no se estaba de turno, el trabajo empezaba a las 7 de la mañana. En el servicio de anestesia, componente del departamento de cirugía, no había programación académica. "¿Cuáles seminarios, revisión de historias, clubes de revistas, discusiones? La disculpa era que la enseñanza era con el monitor (profesor) en el sitio de trabajo". La única reunión era la de complicaciones, no siempre a la orden del día, bien por el exceso de trabajo, la subordinación o a lo mejor falta de liderazgo.

Como me sentía verdadero estudiante, y ante la ausencia de programación académica, me pegaba al grupo de cirugía y asistía a sus reuniones, en especial una que se hacía en los salones del Instituto de Anatomía Patológica. Allá se discutían técnicas, procedimientos, complicaciones y resultado de las biopsias. Conocí a los profesores y residentes de esa especialidad.

La residencia de anestesiología fue una de las primeras que creó la Facultad de Medicina. Los primeros especialistas terminaron en 1956. Duraba un año, pero cuando el Dr. Álvarez estudió, ya era de dos años. "Los residentes de entonces hicimos una huelga que buscaba que el Gobierno nos mejorara el estipendio, y por esa huelga el doctor jefe de la oficina de graduados nos castigó con seis meses más, y los tuvimos que pagar". Antes de finalizar la residencia fue llamado por el cirujano Iván Vargas para trabajar en el Instituto de los Seguros Sociales, donde trabajó varios años; y al terminarla, a la par, fue nombrado profesor de medio tiempo en la Universidad de Antioquia, adscrito al servicio de anestesia.

Cuando terminó sus estudios de especialización, el Dr. Álvarez presentó como tesis de grado la investigación "Morbilidad y mortalidad de los anestesiólogos en Antioquia" (6), que llamó la atención sobre los peligros a los que se exponen estos profesionales en sus sitios de trabajo. Este trabajo se complementó con la "Dosificación del flúor en la orina de los anestesiólogos de Medellín" (5), y en 1993 con "Indicadores de Salud Mental en un grupo de médicos anestesiólogos de Medellín", donde se mostró la incidencia de depresión y el uso de sustancias ilícitas en este grupo profesional (7).

Pero no todo era tan malo. Por ejemplo, la rotación por anestesia pediátrica con el maestro Jairo Restrepo Torres era una "delicia temblorosa", por la exigencia en el estudio y en la presentación de los temas. Él les enseñó a diseñar las diapositivas, hablar en público, anestesiar al niño y al prematuro, hacer orden en la sala de cirugía y "mantener a raya a ciertos cirujanos que nos miraban con desdén".

Las puyas de los cirujanos no paraban. En la pequeña cafetería del quinto piso, afuera de las salas quirúrgicas, se colgó un cartel grande donde la Sociedad Antioqueña de Anestesiología invitaba a la conferencia "Bases científicas de la anestesia", indicando el nombre del conferencista, fecha, lugar y hora. Al otro día, uno de esos cirujanos puso un gran signo de interrogación enseguida de la palabra "científicas", "para connotar que esa palabra nos quedaba muy grande".

Y así eran las diatribas, las burlas y las banderillas humorísticas, para lo cual había un experto, Restrepo, quien las sabía capear con ironía; y aprendimos de esas relaciones en la cuerda floja que se fueron sublimando con el tiempo, hasta que los anestesiólogos supimos capearlos, mantenerlos a raya, desarrollar nuestros objetivos, apoderarnos de ese ambiente y empezar a manejar la moderna tecnología que nos hizo científicos de verdad, con criterio […] y ya empezamos a responder con altura y a demostrar las bases científicas.

Pero todo fue gradual, paso por paso y a su tiempo debido.

"Nos fuimos metiendo en la cabeza que nuestra especialidad valía la pena, que nos debíamos sentir orgullosos de ella, que los anestesiólogos luchaban para encontrar un nicho en el ejercicio médico y que no era algo para estudiantes, enfermeras y monjas".

Con Jairo Restrepo, un maestro que se metió en el barro de la docencia y la asistencia, aprendió ciencia, arte e historia. Fue un buen lector, estudió física y aprendió a tocar el clarinete, lo que hizo con otro anestesiólogo, el Dr. Luis Cerezo. Juntos lo hacían bien en la música, y no se diga nada de la parranda, pues gustaban de tragos y cantinas.

Nosotros nos pegábamos de ese ambiente por las tardes, sobre todo los viernes, llegábamos después de las 4 al estadero "Las dos tortugas" o a "El Raudal", que quedaban al frente de la Facultad de Medicina, y dele a la música, la conversa, la anécdota, el chiste, el recuerdo y el ron con Canada Dry, sabor que se me quedó en la memoria y era lo que más añoraba los días viernes por la tarde allá en París.

De la misma camada era el Dr. Daniel Hincapié, a quien le puso el sobrenombre del "Bob Hope Paisa". Era un hombre de humor, de anécdota precisa, cuento oportuno y cierto parecido físico con aquel cómico de Estados Unidos; era un gran conversador y fue un luchador para que la anestesia tuviera buen nombre y mejor organización gremial. "Otros anestesiólogos con quienes tuve cercanía en mi entrenamiento fueron William Saldarriaga, Alonso Noreña, Marceliano Arrázola, Antonio Parodi, Cástulo Gonzales y Nacianceno Valencia".

Alonso Noreña era el hombre calmado, responsable en su trabajo, buena persona, parco en el discurso. Le tocó verlo enfrentar a uno de esos cirujanos de mano dura y poca lectura, el Dr. Alonso Patiño, que ordenaba en la sala de cirugía como si fuera el patrón y quería que todos se le arrodillaran. En su humildad, él se le enfrentó y le exigió respeto por la profesión y por su modo de proceder. Marceliano Arrázola era jefe del servicio de anestesia del pensionado del Hospital San Vicente de Paúl, y más tarde maestro; fue otro luchador por los asuntos gremiales, buen expositor, pionero en la atención de los pacientes con problemas renales e integrante del primer grupo médico que lideró los trasplantes renales; como buen conversador, dirigió durante muchos años la reunión de complicaciones y fue presidente de la Sociedad Colombiana y de la Antioqueña de Anestesiología. El "Negro" Cástulo Gonzales fue uno de los primeros anestesiólogos graduados, hombre pausado y de fino humor, encargado de distribuir el personal de anestesia en las seis salas de cirugía general. Y a Antonio Parodi le decían "El guajiro", porque era de esa tierra; él siempre estaba ahí, y no más, era un gran trabajador.

Con el Dr. Nacianceno Valencia: sus primeros pasos por la historia

No estuvo muy cerca del Dr. Nacianceno Valencia Jaramillo durante la residencia y el ejercicio profesional, pues este no estuvo en las salas quirúrgicas del Hospital San Vicente, pero lo llamaban como consultor en casos difíciles, y como sabía y colaboraba, era de obligatoria llamada en el hospital y en las otras clínicas de la ciudad. Hacía una reunión académica en su casa los sábados en la mañana, reunión que se continuó los lunes a las 8 de la noche en el Salón Juan Bautista Montoya y Flórez, en el segundo piso del departamento de cirugía. El "Profe" abría el cuaderno cuadriculado donde estaban anotadas las preguntas que haría a los residentes, y después abría y leía el otro cuaderno donde tenía traducidos los artículos relacionados con anestesia que publicaba la revista *Jama*, y luego los de *Anesthesiology*; continuaba con cartas o anuncios de la Sociedad Americana de Anestesiología, de la cual era miembro activo, y como cada año asistía al respectivo congreso, traía el famoso *Re-*

LA TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS A PARÍS

fresher Course, que prestaba a quien lo requiriera. "¿Ya estudiaste la biblia?". Porque la realidad era que no había libros ni revistas, solo el tal libro de Churchill; el título completo era *Wyllie and Churchill-Davidson´s, A Practice of Anesthesia.*

En esas reuniones aprendimos muchas cosas y nos fuimos metiendo de a poco en la cabeza que nuestra especialidad sí valía la pena, que era necesario estudiar para hacerla avanzar, que nos debíamos sentir orgullosos de ella, que en todas partes del mundo los anestesiólogos luchaban para encontrar un nicho en el ejercicio médico, y que no era algo para estudiantes, enfermeras y monjas, y eso que algunos cirujanos quisieron meter a la fuerza a los tales técnicos de anestesia.

Con el Dr. Valencia se empezaron a familiarizar con los grandes de la anestesia, como James Young Simpson, John Snow y Arthur Guedel y su libro A*nestesia por inhalación* de 1937; y con el uso del éter y el cloroformo, con sus beneficios y accidentes fatales por asfixia, sobredosis o acción fisiológica. Aprendieron de aparatos de anestesia y accesorios como laringoscopios, fórceps de Guy, Mayo, Coleman y Mason, pinzas, tubos endotraqueales, drogas anestésicas como el pentotal, de la que el Profe sabía mucho y la defendía a capa y espada. Les hablaba del desastre anestésico de Perl Harbor y de su experiencia con esta droga al atender a los presos peligrosos de una de las cárceles del condado donde estudió. Decía que el pentotal lo introdujo Waters en 1934 y que a él se debe el desarrollo de la "academia anestésica", que permitió la atención a la multitud de heridos de la Segunda Guerra Mundial, cuando se establecieron los servicios de emergencias médicas, de transfusión sanguínea y el empleo de tiempo completo de anestesiólogos en el frente de batalla. Hablaba de la aparición de dos grandes de la anestesia: el Dr. Henry K. Beecher, primero en hablar del efecto placebo, y el Dr. John J. Bonica, con sus estudios y escritos sobre el dolor.

"Quizá al mencionar de pasada estos nombres y su influencia veo que indujeron, de manera indirecta, mi pasión por estudiar el fenómeno del dolor y posteriormente el de la fase terminal". Y también el de la "resucitación", con las experiencias de Peter Safar, y el desarrollo de los cuidados intensivos, con Eric Nilson y sobre todo Bjorn Ibsen, quien demostró, durante la epidemia de poliomielitis en Copenhague en 1952, la importancia de la succión traqueal y la ventilación manual con presión positiva intermitente dada por enfermeras y estudiantes de medicina a los pacientes con parálisis del bulbo espinal. "Nos hablaba de los relajantes musculares y su introducción en 1946. También de fotos y tarjetas postales relacionadas con el acto anestésico, que incluían médicos pioneros, pacientes, salas de cirugía, aparatos de anestesia como el Ombredanne, jeringas".

Se trataba de una avalancha de información que abrió su espíritu de investigador histórico, el cual se reflejó después en las múltiples publicaciones sobre muchos temas, aunque con énfasis en la historia de su tierra, Antioquia.

Interno de los hospitales de París

Entre sus sueños estuvo estudiar en París; para ello completó los estudios de francés en la Alianza Colombo-Francesa y se informó con varios médicos que habían estudiado allí; inclusive, existía la Asociación de Médicos Estudiados en Francia, donde le dieron consejos. Como leía tanto sobre la historia de la medicina antioqueña, sabía que los médicos de la Universidad de Antioquia iban a París, y le llamaba la atención que cuando se referían a uno de ellos, decían, entre otras cosas, "interno de los hospitales de París".

Se me quedó grabada esa frase y también quería ser interno en esos hospitales tan cargados de historia, y me puse en la tarea de averiguar nombres de anestesiólogos de esa ciudad, recibiendo varias respuestas, entre ellas la del Dr. Maurice Cara, del hospital Necker-Enfants Malades. *No sabía que era tan importante ese doctor.*

El Dr. Cara fue el fundador del SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencias), idea que se extendió por todo el mundo y que se relaciona con la atención de las urgencias en el sitio mismo en que se presenta la emergencia, con el trasporte de pacientes de una ciudad o de un país a otro, además de todo lo relacionado con las comunicaciones en esas situaciones.

"Allá estuve un año". Aparte de desarrollar las labores de anestesia, tuvo la suerte de estar cerca de los colegas que experimentaban con la

"Me propuse estudiar algunos conceptos sobre el dolor y su alivio; me iba para las salas de medicina interna y preguntaba si había pacientes con dolor, y empecé a hablar con ellos, a aprender en directo y a insinuar algún analgésico".

anestesia inducida por electricidad y del centro de diseño de ventiladores, así como de dedicar horas enteras a consultar su rica biblioteca. Además de estar en el hospital *Necker-Enfant Malades*, rotó por el Hospital Internacional, por las salas de cuidados intensivos donde hacía pocos meses había fallecido el millonario griego Aristóteles Onassis. A raíz de esas experiencias, cuando regresó a Medellín publicó el libro *Los Ventiladores,* "que abrió un camino entre nosotros sobre la asistencia ventilatoria a los pacientes".

El interés por el socorrismo y la atención de desastres

Aprendió el socorrismo básico y la atención en desastres, lo cual introdujo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. "Traje ese vocabulario y lo compartí a través de las clases y del *Manual básico de socorrismo y atención en desastres*, libro que hacía parte de la Biblioteca Básica de Anestesia y Reanimación publicada por la Editorial Por Hacer Ltda.". Participó en la organización de la "cadena de llamadas" y la "caja roja", donde estaban contenidas las instrucciones para la atención de situaciones de desastre; y en la programación de los primeros simulacros en la ciudad. En ese entonces se atendieron algunos desastres, como la caída de un avión, y se introdujo el concepto de "triaje"; además, coordinó el grupo médico durante los Juegos Centroamericanos y del Caribe. Desde entonces se empezó a organizar en Medellín todo lo relacionado con la atención de desastres, hoy una realidad con el SIMPAD (Sistema Municipal para la Atención de Desastres de Medellín).

"Estas experiencias fueron tan positivas que la Oficina Panamericana de la Salud me invitó a presentarlas en el Primer Congreso Mundial de Desastres realizado en La Habana en 1985". Sirvieron también para ayudar en la atención de las víctimas del desastre de Armero, donde fue uno de los primeros en llegar, gracias al helicóptero que tenía la Gobernación de Antioquia. Con los integrantes de la Cruz Roja y los residentes de

anestesia Nelson Fernández F. y Alberto Paulo, organizaron la atención de algunos sobrevivientes en el pueblo cercano de Lérida. "Esto me valió una mención especial del Ejército de Colombia".

El cine

Si bien la idea era continuar los estudios, en el fondo había otro sueño: estar en la meca del cine, conocer la historia del cinematógrafo, visitar el Museo del Cine, asistir a la cinemateca. "Todo eso porque yo era 'experto' en historia del cine, dictaba conferencias, y con el compañero Francisco Jairo Villegas fundamos el cine club de la facultad, con revista incluida, y conocía mucho de la Nueva Ola francesa, de manera que ese viaje era casi obligatorio".

Dedicaba las tardes a visitar la cinemateca francesa y a ver cine de todas las épocas, hasta que se encontró con Chaplin en la película *Luces de la ciudad:*

Y me dije: 'Me dedicaré a estudiar a este personaje'. Hoy mi biblioteca sobre él es de 70 libros, con su obra fílmica, muchas fotografías, una colección de proyectores de cine y algunos artículos, y sobre todo está la enseñanza a otros a través del Festival Charles Chaplin, que durante 20 años realicé en la Facultad de Medicina con la ayuda de Fernando Jaramillo, el encargado de mantener en buena forma todos los sistemas audiovisuales para la enseñanza.

SUS PUBLICACIONES

En 1978, con los Dres. Jairo Restrepo Torres y Alonso Noreña Gallego, publicó el *Manual Básico de Anestesia,* primer texto sobre el tema editado en Colombia, que tuvo mucho éxito y del que hubo varias ediciones. Para cumplir con los requisitos legales, creó la Editorial Por Hacer Ltda., "cuyo título mostraba cierta ironía". Con esta editorial ya formada, el paso siguiente fue publicar la Biblioteca Básica de Anestesia:

La megalomanía y la ignorancia me llevaron a sacar 2 000 ejemplares que tuve que guardar por mucho tiempo, pues no tenía cadenas de distribución y los libreros sacaban de entrada el 30 %, y los que vendían libros en las distintas ciudades, además de sacar ese porcentaje, no pagaban a tiempo o lo hacían con cheques sin fondos; además, para la época ya empezaban a salir las fotocopias, y eso demoró más la venta. Por si fuera poco, el "Gato", un hombre que tenía una pequeña venta de libros en la Facultad de Medicina, no cumplió lo pactado.

Ese primer texto seguía los lineamientos de las tipografías de entonces, con molduras de plomo. Fue motivo de orgullo e hizo parte de la biblioteca que llamaban "de los paisas", iniciada con *Los fundamentos de medicina interna,* la cual llegó a los médicos y estudiantes del país, y pasado el tiempo, condujo a la creación de la editorial del CIB (Corporación de Investigaciones Biológicas), donde se publicaron más de 50 títulos.

LA ACADEMIA

En 1979 fue nombrado Vicedecano de Asuntos Estudiantiles y reorganizó la oficina, ayudando además a los estudiantes necesitados. Se establecieron los "viernes culturales", con un pequeño periódico incluido, y se continuó el "Concurso de cuento de la Facultad de Medicina", establecido un año antes. Para los viernes culturales se invitaba a tríos y conjuntos musicales, conferencistas, magos, había películas… "El auditorio se llenaba y era agradable oír las risas y sentir esa alegría propia de la juventud".

Fue en esa época cuando le dio por coleccionar fotografías que tuvieran relación con la medicina antioqueña; revisó archivos, fue a gabinetes de fotografía, a casas de médicos fallecidos, hizo publicidad y poco a poco fue creciendo ese archivo documental, hasta llegar a constituirse, con el tiempo, en el Museo Fotográfico de la Medicina Antioqueña, el cual ha servido para los investigadores y para complementar la historia escrita en revistas y libros.

Tal vez, de una manera poco consciente, quería que a los anestesiólogos nos vieran en otras actividades que estaban más allá de la "pantalla del éter". El cambio lo noté cuando uno de los decanos, al presentarme a otras personas y decir algunas de las cosas que hacía, agregaba: "¡Y es anestesiólogo!".

Por esos días del vicedecanato tuvo la oportunidad de realizar el curso "La información en el

LA AVENTURA DEL DOLOR

proceso de aprendizaje" en la Universidad de Río de Janeiro, que le sirvió luego en su trabajo como coordinador del programa de Tecnología Educativa. Este programa, creado en la decanatura del Dr. Antonio Yepes Parra en 1979, sirvió para preparar a los profesores en la docencia, con los lineamientos modernos de la enseñanza y partiendo de objetivos concretos a corto, mediano y largo plazo. Buscaba tener presente la estructura de aprendizajes de acuerdo a los dominios intelectuales, utilizar adecuadamente las herramientas pedagógicas y evaluar objetivamente a los estudiantes. En el fondo se buscaba que profesores, estudiantes y directivas tuvieran el mismo vocabulario docente, algo que nunca había ocurrido. Los profesores no tenían formación en docencia, y por ello este era un programa innovador. "Fui nombrado coordinador del programa de Tecnología Educativa una vez terminé labores como Vicedecano de Asuntos Estudiantiles. Fue una interesante experiencia que me obligó a estudiar lo que pasaba en el mundo de la docencia médica, y empecé a escribir numerosos artículos sobre esta temática".

Con el tiempo, los cursos de pregrado empezaron a mostrar los cambios esperados y poco a poco las residencias asumieron los nuevos conceptos. Con los Dres. María Eugenia Gómez Piza, Jaime García Ricaurte y Enrique Arcila, se elaboró el programa de Anestesiología, y uno de los frentes de este trabajo fue elaborar el "perfil del anestesiólogo colombiano". Estos aprendizajes se integraron a los de Manizales sobre educación médica en anestesia, organizados por la Sociedad Colombiana y la Caldense de Anestesiología, en los Seminarios de Educación en Anestesia. "Todo esto le dio piso científico y gremial al profesional y contribuyó para que la especialidad se fuera respetando". Se organizaron los Cursos de Introducción a la Anestesia (CIA), los clubes de revistas, la reunión de complicaciones, los seminarios de los residentes, las reuniones del Club de Vía Aérea, la reunión de los lunes con el Dr. Nacianceno Valencia, y se inició el proceso de desarrollar la investigación y la publicación, con el impulso de la revista *Deorum Ars*. "Fue en esta revista donde publiqué "Crónica de la anestesiología en Antioquia", que además de la cronología de su evolución histórica, incluía entrevistas con los profesores Juan Marín, Nacianceno Valencia, Jairo Restrepo Torres y Marceliano Arrázola".

Además de ser profesor de anestesia, trabajó con el Hospital San Vicente de Paúl haciendo turnos de anestesia en urgencias, en el Hospital Infantil y en la Clínica de Cirugía Plástica y Estética, la primera institución en establecer cirugía ambulatoria. "Fueron 29 años ayudando a arreglar narices, redondear senos, moldear la figura y corregir labios leporinos". Un día de 1979 se preguntó qué sabía del alivio del dolor, ya que se desenvolvía como un profesional de la anestesia que buscaba y lograba aliviar el dolor de las cirugías, pero ¿cómo calmar el dolor de la vida diaria? La respuesta fue: "No sé nada, no he recibido una sola clase sobre ese tema". Además, los grandes textos de medicina no traían capítulos dedicados al alivio del dolor y tampoco había revistas especializadas.

Quizá por tener un espíritu indagador me propuse estudiar algunos conceptos sobre el dolor y su alivio. En la hora dedicada al almuerzo me iba para las salas de medicina interna, le preguntaba a la enfermera jefe si tenía pacientes con dolor, preguntaba quién le llamaba la atención, y ella señalaba uno o dos. Empecé a hablar con ellos, a aprender en directo y a insinuar algún analgésico. Un poco después



▲ Dr. Tiberio Álvarez con el Dr. Jairo Restrepo en 2016

hablé con el Dr. Luis Norman Peláez, que dirigía la Clínica de Tumores del Hospital San Vicente de Paúl, y me autorizó para que, de 12 a 2 de la tarde, utilizara uno de los consultorios.

Así se empezó este programa. Después, algunos residentes de Anestesia y estudiantes de Medicina se fueron uniendo a esta cruzada y fueron aumentando las horas de atención los miércoles en la tarde. Tuvieron la ayuda de los jefes del servicio de anestesiología, los Dres. María Eugenia Gómez Piza y Jaime García Ricaurte, quienes prestaron su apoyo porque comprendieron la bondad de este programa y "porque se daba otra mirada al ejercicio de la especialidad". Como el Dr. Álvarez era el coordinador de Tecnología Educativa, escribió los objetivos, los dominios, la estructura de aprendizaje y la manera de evaluar en un curso de alivio del dolor. Contemplaba que los aprendizajes se proporcionaran durante la carrera para que al final el médico fuera capaz de evaluar al paciente con dolor e iniciar un programa analgésico.

Para lograr que esto se aceptara, se reunió con cada uno de los jefes de los departamentos involucrados: anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, semiología y anestesia; organizó cursos sobre el dolor todos los miércoles a la 1 de la tarde, primero en el salón de enfermería y después en uno de los salones del Hospital Infantil, cuando inició la cruzada por aliviar el dolor en los niños, "quienes empezaron a sentir dolor 'oficialmente' en 1987, pues hasta entonces se creía que no lo sentían por su poco desarrollo biológico, y al no tener memoria de una experiencia dolorosa, casi ni anestesia se les administraba, o a lo sumo óxido nitroso con relajante muscular". Los cirujanos infantiles no aplicaban anestesia local para procedimientos como disección de vena, sino solo la "relajación", que consistía en colocar bandas anchas de esparadrapo para que el niño no se moviera. Los mismos anestesiólogos intubaban la tráquea del niño despierto, porque estos "no sentían dolor". Todo esto fue cambiando paulatinamente, y después los médicos y pacientes ya sabían que había un sitio a donde podían recurrir. Se habló también con las directivas del hospital y de la Facultad de Medicina para que tuvieran en cuenta este programa, y aunque al principio no creían en él, con el tiempo lo fueron aceptando. Algunas especialidades de medicina, como anestesia, fisiatría, siquiatría, pediatría, medicina interna y radioterapia, enviaron a sus residentes para que recibieran entrenamiento en el alivio del dolor. "Personalmente fui aprendiendo cada día más sobre este complejo problema".

En 1981, en Cali, tuvo la oportunidad de conocer al Dr. John J. Bonica, el iniciador de estos programas de alivio del dolor en el mundo. Le contó de sus experiencias casi en solitario; este le dio una voz de aliento para continuar y supo de sus luchas y hechuras, de su texto sobre el dolor y de lo que estaba trabajando en ese sentido. Además, el Dr. Álvarez asistió a algunos congresos mundiales de dolor y conoció a los grandes, como Patrick Wall y Ronald Melzack, autores de la 'Teoría de la compuerta' en 1965, la cual revolucionó la comprensión del fenómeno doloroso.

Por otro lado, en su búsqueda de conseguir diferentes objetivos, como lograr que más personal de la salud supiera cómo aliviar el dolor, tener otros títulos en la Biblioteca Básica de Anestesia o que se moviera la Editorial Por Hacer Ltda., escribió y publicó varios textos: *Dolor en cáncer; Dolor, problemática y tratamiento,* o *Cuando los niños se van* (8), los cuales llevaba a cursos y congresos y se vendían "como arroz", después de que diera la respectiva conferencia con toques emotivos. "Fue una experiencia interesante que me sirvió para atender invitaciones a escribir artículos y capítulos de libros de otros editores, hasta llegar a España y ser coautor del libro en tres tomos *Avances en Cuidados Paliativos*, proyecto dirigido por el Dr. Marcos Gómez Sancho" (Editorial Gafos, España, 2003). Sus libros llegaron a México. Con otros colegas abrió el primer consultorio de dolor y terapia respiratoria, y así los pacientes privados encontraron un lugar para aliviar sus dolencias. "Sin embargo, esto dio origen a varios chistes, como aquel de 'más ordinario que anestesiólogo con consultorio', o 'en los libros de Tiberio espantan', o 'los que van a su consultorio no vuelven'. Ante tales chistes se guardaba prudente silencio, hasta que esas personas enfermaron y consultaron y… prudente silencio".

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

"Debo confesar que, como médico, la llegada al dolor tenía un fin estrictamente científico". Aquello de conocer la anatomía, las vías ascendentes y descendentes, los receptores, los neurotransmisores, los sitios de bloqueo nervioso, etc., le otorgaban gratificación en el saber. Pero se dio la coincidencia de que la mayoría de los pacientes que llegaban a la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos sufrían de cáncer, muchos de ellos en avanzado estado, sin posibilidades de tratamiento oncológico, con intenso dolor y sufrimiento. Fueron esos pacientes los que lo llevaron a estudiar lo referente a los cuidados paliativos, a la tanatología y a la asistencia del paciente moribundo. Además del aprendizaje directo con pacientes y familiares,

[…] aprendí de otras personas pioneras en esta temática, como la Dra. Elizabeth Kubler-Ross, a través de sus libros sobre la muerte y los moribundos, lo que me reafirmó en mi trabajo y me dio muchas enseñanzas, en especial sobre las etapas por las que pasan quienes otean la muerte próxima: negación, ira, promesa, depresión y aceptación.

Otro libro que le enseñó mucho fue *Una luz que se apaga*, que trata sobre la ayuda a los niños moribundos, y además, "leí *La rueda de la vida*, uno de los libros que recomiendo cuando mis colegas o estudiantes del área de la salud me solicitan algo para leer". Otros libros que recomienda son *La muerte de Ivan Illich* de León Tolstoi y *El hombre en busca de sentido* de Vicktor Frankl. Otra persona que influyó mucho en él desde su formación como paliatóloga fue la Dra. Dame Cecily Saunders, fundadora del primer hospicio moderno, el *Saint Christopher Hospice* de Londres, que abrió la mirada humanizada al paciente terminal; ella habló del "dolor total". "Tuve la inmensa suerte de estar una semana con ella en su hospicio y aprender de primera mano de su experiencia". Allá estuvo además con la Dra. Ellen Baynes y el Dr. Robert Twycross, autor de uno de los textos pioneros en medicina paliativa, y con otros colegas suyos que diseñaron uno de los congresos sobre la fase terminal, apoyados por Balfour Month, pionero en Canadá en el modo de diseñar los cursos de dolor y fase terminal, "y así empezar a mover a las directivas para la creación de estos programas en las facultades de salud". El resultado final de todas sus luchas fue que varias universidades del país, entre ellas la Bolivariana de Medellín, crearon especializaciones en medicina del dolor, y en la ciudad existen ahora unos 10 o 12 centros para aliviar el dolor.

EPÍLOGO

Finaliza el Dr. Álvarez:

Mi tiempo como anestesiólogo pasó. Vino la jubilación en el año 2000, y como digo a los colegas cuando me preguntan, "dejé la anestesia y me entregué al dolor". Significa que no volví a entrar a una sala de cirugía, pero seguí como profesor de cátedra, enseñando cómo aliviar el dolor canceroso, como integrante de la Unidad de Soporte del Instituto de Cancerología de Medellín. Sigo además con los hobbies *que me dan la terapia mental suficiente para soportar insomnios, reflexiones, despedidas y lágrimas. Esos* hobbies *son la lectura, la caminata, la guitarra, la magia, el estudio de la obra chapliniana, los viajes, y sobre todo escribir sobre la historia de la medicina antioqueña, campo en el que tengo una extensa obra publicada.*

MARÍA EUGENIA GÓMEZ PIZA[1]

Nací en Medellín, Colombia, en el seno de un hogar católico tradicional, conformado por mis padres y 11 hermanos. Realicé mis estudios primarios y de bachillerato en el Colegio de la Presentación del centro de Medellín.

Siempre motivada con el deseo de ayudar a la gente, decidí desde pequeña que estudiaría medicina, e ingresé a realizar mis estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, donde me gradué en diciembre de 1974. Hice mi año rural como médica supernumeraria, lo que me dio la oportunidad de conocer y valorar todo tipo de hospitales de Antioquia, algunos más desarrollados que otros, bien o menos dotados.

Durante mis estudios de medicina me incliné por las especialidades de obstetricia y ginecología y anestesiología, pero los años de internado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y el rural fueron determinantes para descartar razonadamente la obstetricia y enfocarme en la anestesiología, la cual vislumbraba como más compatible con mi carácter y personalidad; ingresé a la residencia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de la Universidad de Antioquia, poco tiempo después de culminar el año rural.

Durante la residencia, destaco el papel que desempeñaron en mi formación, ante todo, los pacientes graves y politraumatizados que arribaban al único centro de trauma en la ciudad de Medellín, cuyos resultados no siempre fueron los deseados por muchas razones, pero que, al igual que a otros, me impelían a luchar contra la muerte en muchas ocasiones; estas son experiencias que probablemente todos nosotros, los anestesiólogos, hemos vivido en mayor o menor intensidad en algún momento de la vida. De allí nació mi inquietud por los cuidados intensivos, que no estaban disponibles en aquellas épocas de los 70, y que me llevaron a realizar un año de estudios en esta disciplina en la Clínica de la Paz en Madrid, España. Luego regresé como anestesióloga y me vinculé a la Universidad de Antioquia como profesora, llegando a ser profesora titular. Allí comenzó mi lucha por establecer en el Hospital San Vicente de Paúl la Unidad de Cuidados Intensivos, y como la historia universal lo dice, fue precisamente en la sala de recuperación del área de quirófanos donde, por muchos años, atendimos a estos pacientes el tiempo necesario para estabilizarlos y enviarlos luego a una sala general de hospitalización.

[1] *He solicitado a los editores ser la propia narradora de mi vida.*

"Destaco el papel que desempeñaron en mi formación los pacientes graves y politraumatizados que arribaban al único centro de trauma en la ciudad de Medellín, y que me impelían a luchar contra la muerte".



▲ Dra. María Eugenia Gómez Piza

En 1983 asistí a un reentrenamiento en esta disciplina en la *Mayo Clinic* de Rochester y en el *Massachussetts General Hospital* de Boston, Estados Unidos, cuando estaba más cerca la posibilidad de abrir una unidad en el Hospital San Vicente de Paúl; pero los recursos económicos escaseaban y la espera se prolongó unos años más. Recuerdo a uno de mis profesores diciéndome, frente a mis sueños y esperanzas, que los cuidados intensivos no me iban a tocar por tantas dificultades, en especial económicas, que se habían presentado durante años. ¡Su vaticinio se cumplió!

En 1990, con mi recordado esposo, el Dr. Alberto Morales Rivera (q. e. p. d.), y mi hija Catalina de 5 meses, emigré a Puerto Rico, contratada como anestesióloga docente por la Escuela de Medicina San Juan Bautista, y así fue como la bandera de los cuidados intensivos en el Hospital San Vicente de Paúl la continuó enarbolando la administración en cabeza del Dr. Orlando Londoño (q. e. p. d.); la semilla quedó sembrada, como que debían ser los anestesiólogos quienes lideraran el servicio a los pacientes en este campo. Con el pasar de los años así fue, y siempre me he sentido orgullosa de que con mi lucha puse un granito de arena y contribuí a preservar este espacio para las futuras generaciones de anestesiólogos, para su accionar en esta área de los cuidados intensivos. No fue un hecho aislado; en otras ciudades de Colombia se daba la misma lucha, liderada en ese entonces por el recordado Dr. Eduardo García (q. e. p. d.) en Bogotá, quien fue mi mayor ejemplo en este campo.

A la par de mi lucha en el cuidado intensivo, fui nombrada jefe del servicio de anestesiología y reanimación en 1984, tiempo en el cual, con el apoyo de mis colegas anestesiólogos profesores, elaboramos los objetivos del programa de residencia en anestesiología y reanimación, requerido por las entidades gubernamentales a todos los programas existentes en el país, pues se carecía de un plan académico a nivel nacional. Estos objetivos fueron la base para lograr oficialmente la aprobación, por parte del ICFES, del programa de residencia de la Universidad de Antioquia, los cuales, por lo demás, se revisan y actualizan periódicamente para adecuarlos a los tiempos actuales.

Nuestros esfuerzos académicos y administrativos se enfocaron también en mantener los óptimos niveles de preparación de residentes, internos y estudiantes, con rotaciones por hospitales regionales donde los podían proveer y retribuían un servicio a la población rural, como una muestra del compromiso social de la universidad. Sin embargo, esta rotación de profundo impacto social generó cierto descontento en los residentes y finalmente terminó con el advenimiento de la Ley 6ª de 1991, que limitaba la práctica de la anestesia a médicos especialistas.

Enfatizamos en la creación de la rotación de dolor con el Dr. Tiberio Álvarez, a quien se unieron otros especialistas, para así desarrollar la Clínica del Dolor en el hospital. Se establecieron los objetivos para una subespecialización de un año en anestesia cardiovascular, la primera de ese tipo en la ciudad, en la Clínica Cardiovascular, con el apoyo de la Dra. Gloria Amparo Mejía (q. e. p. d.) y de la Dra. Luz Elena Pulido (q. e. p. d.), ambas prestantes anestesiólogas de la clínica. El primer subespecialista fue el Dr. Morales Rivera, quien fue vinculado a la Clínica León XIII de los Seguros Sociales.

En el aspecto académico, todos mis profesores, con el Dr. Alonso Noreña en la jefatura del servicio, Jaime García, Jairo Restrepo, Enrique Arcila y otros más, influyeron en mi vida de una forma muy positiva y como académica. Fui conferencista en múltiples congresos nacionales e internacionales, y para 1990 tenía alrededor de 20 publicaciones científicas, la mayoría en la *Revista Colombiana de Anestesiología*, en el libro de cirugía y en el de anestesia del Departamento de Cirugía de la Universidad de Antioquia, además de haber sido coeditora, junto a los Dres. Álvaro Sanín y Gustavo Restrepo, médicos internistas muy reconocidos, del primer libro de cuidados intensivos en Colombia, del cual existen en el presente varias ediciones.

Desde mi primer año de residencia comenzó mi faceta gremial con la asistencia a las asambleas y congresos de la S.C.A.R.E. y SADEA, y muy temprano en este recorrido fui vocal, vicepresidente y después presidente de ambas asociaciones científico-gremiales. Recuerdo que en



▲ Dr. María Eugenia Gómez Piza con el Dr. Alberto Morales R. (q. e. p. d.)

"Desde mi primer año de residencia comenzó mi faceta gremial con la asistencia a las asambleas y los congresos de la S.C.A.R.E. y SADEA, y muy temprano en este recorrido fui vocal, vicepresidente y después presidente de ambas asociaciones científico-gremiales".

ese tiempo nuestra Sociedad ya se caracterizaba como líder de las diferentes asociaciones, y sus posiciones frente a las instituciones hospitalarias comenzaba a ser respetada, aunque sus enemigos no eran ni siquiera estas, sino los mismos anestesiólogos, esquiroles que nunca faltan en las contiendas por reivindicaciones gremiales.

En ambas instancias, nacional y seccional, intervinimos en varios problemas gremiales de los socios con las instituciones, y nuestra unidad, como grupo y miembros de Junta, nos llevó a un buen final y al fortalecimiento de las Sociedades de anestesia a las cuales representábamos. No quiero detallar ninguna lucha específica o Sociedad apoyada en particular, por deferencia hacia ellas, pero sí expresar mi eterno agradecimiento a aquellos colegas con quienes tuve el honor de compartir en tantas juntas, los cuales, con muchos sacrificios, siempre nos apoyaron con sus consejos y posiciones. Debo mencionar muy especialmente a mi mentor, el Dr. Marceliano Arrázola Merlano (q. e. p. d.), de grata recordación. El trabajo no era individual, ¡sino grupal y de equipo!

Asumí como presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en agosto de 1989, convirtiéndome en la primera mujer líder de una sociedad científica en Colombia, y acometimos con fuerza la tarea de respaldar en el Congreso de la República la aprobación de la Ley 6ª, que reivindicaba nuestra especialidad y establecía el precedente de ser la única legislada debidamente en Colombia. Con nuestro esfuerzo grupal conseguimos su aprobación como Ley 6ª de enero de 1991, y el mismo Congreso nos solicitó una reglamentación que prontamente iniciamos y aprobamos, aunque no se oficializó sino hasta cinco años después. Esta ley ha sido cuestionada por el mismo Gobierno, hasta el momento infructuosamente.

Entregué el cargo de presidente de la S.C.A.R.E. en agosto de 1991, cuando me trasladé a vivir a Puerto Rico con mi esposo y mi pequeña hija Catalina, razón y objeto de la dejación de mis labores gremiales para convertirme a las labores maternales, en el compromiso más grande y bello de mi vida. Hoy mi hija, una ex Miss Universe Puerto Rico, se encuentra finalizando sus estudios de Derecho en la Universidad de Puerto Rico, y promete destacarse en todos los campos a que acceda.

No obstante, continué participando periódicamente en las asambleas de la S.C.A.R.E., siendo testigo externo de la transformación que se llevaba a cabo en nuestra Sociedad científico-gremial, impulsada por la acogida y el crecimiento de su patrimonio a través de FEPASDE, el fondo ideado por el Dr. Juan Manuel Ramírez y el Dr. Ignacio Ruiz, cuya tarea también, en su momento, contribuimos a apoyar y aprobar.

Nunca puede alguien decir que estuvo trabajando solo dentro de la Sociedad; todo el crecimiento de esta se ha dado gracias al concierto de innumerables anestesiólogos, incansables gremialistas, amantes y quijotes de la anestesia, quienes pusimos los granos de arena necesarios para verla brillar como lo hace al sol de hoy. No menciono nombres para no desmerecer a otros por mi ignorancia y olvido. A todos ellos doy mi agradecimiento por haber engrandecido la anestesia en Colombia.

Veo en el presente cómo la S.C.A.R.E. está más fuerte que nunca, cumpliendo sus objetivos en apoyo y defensa de la especialidad. Tiempos escabrosos quizá vengan, pero espero que todos los anestesiólogos seamos veedores del funcionamiento de nuestra especialidad para bienestar no solamente de nosotros, sino de los pacientes y de toda la sociedad colombiana en un contexto amplio y general.

Por otro lado, mi experiencia en el área de la anestesia en Estados Unidos, aunque buena, no deja de preocuparme, por la fuerza que han asumido los enfermeros anestesistas, quienes –aunque bien preparados, al fin y al cabo no médicos– en ciertas áreas y ciudades ya pueden practicar de forma independiente no solo la anestesia sino también técnicas del dolor intervencionista, sin la necesidad de ser supervisados por anestesiólogos. Me temo que pueda ser este el futuro que le espera a la especialidad, porque esta práctica en Estados Unidos impulsa a los gobiernos a intentar imponer dichas políticas en nuestros países latinoamericanos. Por ende, la lucha continúa, y es necesario permanecer unidos y atentos a estos embates que golpearían fuertemente a la especialidad.

HÉCTOR DE JESÚS MANRIQUE VALENCIA

Nació en Sonsón y lo llevaron a Medellín metido en un canasto, como se acostumbraba en la época, cuando tenía escasos 5 años, con pantalón corto y remiendos atrás. Su familia llegó a Medellín en la época de la revolución industrial de la ciudad, cuando se necesitaba mucha mano de obra; algunos miembros de la familia eran aptos para la actividad textil. "Somos de una de esas familias que trajeron de los pueblos para apoyar el desarrollo y que llegamos a explorar a la capital antioqueña un mejor futuro, porque la situación en los pueblos y en los campos era supremamente difícil".

PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA ANESTESIA

En 1956 llegaron con una mano adelante y otra atrás, para empezar de cero; vivían en la periferia, que hoy es muy central, pero en ese entonces era muy lejana: la parte norte del Jardín Botánico, lo que se llamaba en esa época Aranjuez parte baja (9).

Cursó la educación primaria en varias escuelas públicas, porque se cambiaban de barrio con frecuencia; y tras culminar el bachillerato en el Liceo de la Universidad de Antioquia, ingresó a la Universidad de Antioquia, donde completó toda su formación, terminando sus estudios de medicina en 1978 y el posgrado en anestesia en 1981. Tuvo varias experiencias de anestesia durante el pregrado: tomó la asignatura y después de un paro de la universidad tuvo que volver a empezar con ella; el otro contacto fue su nombramiento como becario-monitor en el departamento de anestesiología para organizar la biblioteca, de donde pasó a la oficina de posgrados, donde trabajó hasta graduarse. Hizo una rotación completa de un mes en el internado y muchas veces tuvo que hacer de anestesista mientras su compañero interno hacia procedimientos menores en cirugía, ginecoobstetricia u ortopedia. Se fue a cumplir el año rural a Nariño, Antioquia, y después a Sonsón. En Nariño no había máquina de anestesia y no había otro médico que la aplicara; aprendió desde muy temprano a hacer bloqueos, pues había mucho herido de machete y tenían que reparar manos completas y hacer anastomosis, lo cual se hacía con bloqueos; en otros tipos de cirugía se ayudaba con ketamina, "que era la anestesia del interno y del rural y con la cual hicimos muchos procedimientos".

Después del año de medicatura rural, lo llamó la secretaria de la oficina de posgrado donde había trabajado como becario, y le informó que



▲ Dr. Héctor Manrique Valencia

El interés por la administración surgió de las dificultades con las directivas de diferentes centros, por lo que consideró que desde arriba se podría hacer muchas cosas por la salud en general y no solo por el dolor y la anestesia.

EL SEGURO SOCIAL

se iban a cerrar las inscripciones para la residencia en la Universidad de Antioquia. Organizó las cosas en Sonsón y le dijeron que podía presentarse a la residencia que quisiera, porque conocían su trabajo. Se hacían entrevistas y exámenes, pero él podía estar tranquilo: "'Inscríbame en Anestesia', porque al fin y al cabo venía haciendo mucha anestesia en el rural y había tenido mucho contacto con los profesores y allí me sentía bien".

El Dr. Jaime García, jefe del servicio de anestesia, lo llevó al Seguro Social sin que terminara aún la residencia, porque había un déficit de anestesistas en el país y en Antioquia era igual: se solicitaban anestesistas en todas las instituciones. "Con él me fui caminando desde el Hospital San Vicente una vez a las 12:30 del día para empezar a la 1 de la tarde, para entregarme, por decirlo de una manera folclórica, al Seguro Social, y me recibió el Dr. Daniel Hincapié". Lo recibieron sin graduarse. Cumplía una labor mixta: por la mañana era residente, por la tarde administraba anestesia en el Seguro Social y por la noche era docente en turnos de la Universidad de Antioquia, lo que hacía a raíz de la misma escasez de profesores. Ascendió muy rápido a la posición de profesor sin terminar la residencia, y además hacía turnos en el Hospital de Rionegro y en muchas otras partes: "Eso lo podíamos hacer en esa época".

Para terminar la residencia se debía presentar un trabajo, pero no sintió que la exigencia fuera muy grande en aquel entonces; era un requisito para poderse graduar, pero para él no tenía la trascendencia que hoy pueden tener los trabajos finales de la especialización. Lo presentó, pero por alguna razón nunca lo sustentó, no había un escenario como el de hoy, cuando se presentan los trabajos de grado con un jurado. "Todavía tengo el trabajo, 'Anestesia para enfermedades diarreicas', en diapositivas; era más una monografía que otra cosa".

LA CLÍNICA LAS AMÉRICAS

Trabajó en el Seguro por 14 años, y simultáneamente en el Hospital San Vicente de Paúl; desempeñó también la coordinación de pregrado y posgrado del CES. Fue docente adscrito de la Universidad Pontificia Bolivariana, la Universidad de Antioquia y el CES, las tres universidades que tenían posgrado de anestesiología.

Se presentó entonces la oportunidad de montar una clínica privada con sus colegas, lo que fue supremamente difícil, porque nadie creía en los promotores; se invitó a gente importante de la Clínica Soma, que en ese momento era un bastión de la medicina en Antioquia, y "nos dijeron que ellos con pobres no trabajaban". Al fin se abrió la Clínica Las Américas en octubre de 1993, después de cinco años que llevaba con el proyecto:

Un proyecto que promovíamos, donde nos invitaban a hacer las reuniones y salíamos a los balcones de los salones donde estábamos a ver dónde había explotado la bomba de Pablo Escobar ese día. Empezamos sin quién creyera en el proyecto, ni los bancos, ni nadie. Entonces nos inventamos una estrategia que nos funcionó: como el área para una clínica, en aquella época, era relativamente grande, se nos ocurrió hacer un centro comercial y vender los locales sobre planos; y con la utilidad que nos dio esa venta, empezamos a vender sobre planos una torre médica, una torre de consultorios; y a su vez, con la utilidad que nos dio la torre médica, empezamos a poner los ladrillos de lo que es la clínica. Cuando la banca y la empresa privada empezaron a ver ladrillos y a ver que ya teníamos una torre médica donde se podía atender pacientes, además de un centro comercial ya más o menos establecido, ahora sí que empezó a llover el dinero para terminar la construcción de la clínica.

Se organizó un consorcio de más o menos 12 empresas por las cuales había que responder, la mayoría vinculadas al sector salud, entre ellas el Laboratorio Médico, el Instituto de Cancerología, y en fin, en un momento dado, una empresa de transporte personalizado.

EL MANEJO DEL DOLOR

Esta es una historia que se remonta a finales de su carrera y principios de la residencia. En la entrevista que le hicieron para ingresar a esta, una de las preguntas fue: "¿Cuál es su motivación para presentarse a Anestesia?", a lo cual respondió: "Mi mayor motivación es contribuir al manejo del dolor, ya sea como anestesiólogo en las salas de cirugía o como médico por fuera". Fue un conversatorio importante de varios minutos con la gente que lo estaba entrevistando, el cual llamó mucho su atención y amplió su motivación por el tema.

Tan pronto como supo que el Dr. Tiberio Álvarez estaba dando los primeros pasos, no solo a nivel local sino nacional, le manifestó su interés de trabajar con él, y realizaron una vinculación que en principio, infortunadamente, no fue universitaria, sino que se hacía por gusto. Sacaban tiempo a la hora del almuerzo y visitaban los servicios del Hospital San Vicente de Paúl, y así empezaron a atender a los primeros pacientes de dolor. Sin embargo, "por razones personales y laborales, nos fuimos separando".

Donde llegaba a trabajar organizaba la consulta de pacientes con dolor. Inició el programa en el Seguro Social, contando con el apoyo de las directivas del Seguro y de Anestesia. Le daban espacio de las horas de vinculación en anestesia, y montó un consultorio de atención del dolor en el Seguro Social, "el primer consultorio que se organizó en Antioquia por fuera de las aulas de la universidad y del Hospital San Vicente de Paúl".

Cuando lo llamaron de la Fundación para el programa de la clínica, en calidad de anestesiólogo, no se sabía qué tan grade sería el proyecto, pero estaba claro que quienes integraran el grupo de trabajo debían tener alguna afinidad por una subespecialización:

A mí me llamaron para que trabajara en el manejo del dolor, y así fui el primer coordinador del programa, hace 23 años, atendiendo todo tipo de dolores y en todos los niveles; en este momento atendemos dolor crónico oncológico, cuidados paliativos, dolor crónico no oncológico y dolor agudo, y yo me dedico más específicamente a controlar el dolor agudo.

Hoy no hace intervencionismo, pero fue uno de los primeros intervencionistas, sin equipos, pues en Estados Unidos hizo una breve residencia en el Monte Sinaí y en el *Jackson Memorial*, donde conoció al Dr. Vicente Pallares, pionero mundial del manejo del dolor por medio de bloqueos. Siguió visitando al Dr. Pallares por cinco o seis años, iba un mes con él, y con base en ello organizó probablemente el primer programa de intervencionismo en el país. Este se hacía únicamente a partir de reparos anatómicos, con conocimiento de la anatomía; no había nada más. Después empezaron a trabajar con el Dr. Rodrigo Sepúlveda (q. e. p. d.), sin mucha academia pero con mucho acierto, en las referencias anatómicas. El Dr. Álvarez se dedicó más a la parte académica y teórica de manejo de dolor, y a nivel del país fue pionero y se le reconoce como tal. Recuerda la experiencia del Congreso de Manizales de 1991, cuando se invitó al Dr. Pallares, y con unos modelos en vivo se realizaron algunas de las primeras experiencias docentes en la modalidad de talleres. Organizó las primeras cátedras de manejo del dolor para estudiantes de pregrado en el CES: rotaban 15 días, se hacían clases teórico-prácticas, y obviamente en anestesia se hacía atención del dolor en la rotación de los residentes.

LA ADMINISTRACIÓN

El interés por la administración surge de las dificultades con las directivas de diferentes centros; "no puedo hablar de peleas porque la verdad nunca me enfrenté con nadie", pero sí pensó que desde arriba se podían hacer muchas cosas por la salud, no solo por el dolor y la anestesia, sino por la salud en general. Había ocupado varios cargos administrativos sin tener preparación: estuvo en la Universidad de Antioquia como auxiliar administrativo de la Facultad de Medicina y fue coordinador de pregrado y posgrado de Anestesia en el CES; entonces se iniciaba el desarrollo de la clínica y quería ser parte de la junta directiva de esta institución.

Empecé a averiguar en las universidades y me presenté a la Bolivariana, a Gerencia en Economía y Finanzas en Salud. La decana de ese entonces me dijo en la entrevista: "Usted sabe que en esta carrera hay que leer mucho", y le dije: "Si es más que lo que hay que leer en medicina, haré el esfuerzo"; ella se sonrió y me dijo: "Eres estudiante de posgrado en la Universidad Pontificia Bolivariana". Había que leer mucho, pero hasta ahora no he conocido ninguna carrera en que haya que leer tanto como en Medicina, y lo pude comprobar: leí mucho, pero no más que lo que he tenido que leer en medicina, en anestesia y en dolor. Y lo que tenemos que seguir leyendo.

ESCRITOR, RELOJERO, CARPINTERO

Otra de sus pasiones es la relojería; tiene un taller en su casa y arregla los relojes de los amigos y los colegas.

Terminó con honores, pues fue un estudiante que nunca llegó tarde, nunca faltó a una clase y se graduó con notas muy buenas. Se dijo: "Esto no puede parar aquí", y como había asistido a un diplomado en Los Andes sobre manejo de juntas directivas, volvió a esta universidad y les dijo: "¿Que pueden hacer ustedes por mí?". Le ofrecieron cursar Altos Estudios de Dirección, cátedra que tenían a nivel nacional con profesores nacionales y extranjeros; estaba regionalizada en varias zonas del país y podía escoger dónde la quería tomar. Debió cursarla en varias ciudades, viajar a Bogotá, Cali, algunas veces a Medellín. "Lo disfruté muchísimo, de los 32 que participamos nos graduamos siete, los que habíamos cumplido todos los compromisos académicos con la universidad". No contento con esto, se fue a la Universidad de Medellín a mirar los programas y encontró uno de Alta Gerencia: "Me inscribí y me dijeron: '¿Usted por qué quiere hacer Alta Gerencia a estas alturas de la vida?'; tenía más de 60 años cuando fui a la universidad". Antes de cumplir los 65 se graduó, y todavía lo están llamando, porque debe hacer un año para completar el máster y tiene cinco años para completarlo. "Probablemente lo haga".

En la actualidad hace parte de la junta directiva de la Promotora Médica Las Américas, con aproximadamente 12 empresas; es el presidente del Comité del Gobierno Corporativo y Gestión; está en la junta directiva del Instituto de Cancerología, y es el presidente del Consejo de la Torre Médica de la Clínica Las Américas. Allí hay varios proyectos: se empezará una clínica de zona franca en el sur, en la entrada de Envigado, y enseguida, con un consorcio, se está construyendo el Centro Comercial Primavera, en unos lotes de propiedad de la clínica; se está construyendo también una torre mixta, administrativa y de prestación de servicios de salud, y se tiene proyectado construir una torre de ampliación de la clínica.

Es conferencista de diversos temas, como psicología e hipnosis, y practica la hipnoterapia. Está vinculado con un laboratorio de una multinacional, y viaja de "pueblo en pueblo" hablando sobre dolor y medicamentos de dolor a anestesiólogos, intensivistas y algunas áreas especializadas de cirugía.

Su producción académica escrita no es muy grande, pues infortunadamente no hubo una disciplina importante que lo estimulara, siendo todo lo contrario a lo que hacemos hoy en los posgrados. Tiene algunos artículos publicados en revistas y en prefacios de algunos libros, más que todo; su producción académica ha sido más oral que escrita. "Los profesionales que vienen detrás lo están haciendo mucho mejor que nosotros, adecuada y técnicamente". Hace parte del programa de escritores promovido por la cooperativa Coomedal, un grupo multidisciplinario, no solo de médicos. Ha escrito varios ensayos, algunos sobre medicina y otros en revistas no médicas:

Me publicaron una anécdota médico-académica del terremoto de Haití y logré escribir esas vivencias. He tratado de escribir algunas experencias de tipo personal que han pasado por manos de verdaderos escritores, quienes me dicen que vale la pena que se publiquen. Ahí las tengo, esperando que la producción sea un poquito más grande. He publicado artículos en algunas revistas, pero nada con lo que yo pueda decir que soy escritor o que de verdad algún día lo vaya a ser; pero sí me gusta hacerlo y lo hago con cierta frecuencia.

Otra de sus pasiones, además de la literatura, es la relojería. Tiene un taller de relojería en su casa y eventualmente arregla los relojes de los amigos y los colegas:

No me hago mucha propaganda porque me quita mucho tiempo, no soy muy hábil, me gusta destapar el reloj, cambiarle las piezas y ponerlo a funcionar. Y con los relojes viejos también tengo un compromiso importante: la restauración de esos relojes me fascina, no es tan fácil, y sobre todo con estos relojes, que sí son verdadera relojería, son mucho más complicados que los modernos. Estos nuevos no tienen mucha maquinaria, son casi que una sola pieza y a veces se limita uno a limpiarlos, cambiarles la pila y de pronto las manillas o el pulso, no emocionan.

Vida difícil pero gratificante y en familia

Su familia venía de un pueblo y no tenía nada, absolutamente nada, y junto con las personas mayores de la casa, sus tíos, había que ayudar, porque su padre faltó desde muy temprana edad. Empezó a trabajar muy joven; su primer trabajo fue a los 8 años en un puesto de venta de mangos verdes con sal en el Morro del Salvador. "Pasé por muchos trabajos"; fue vendedor de golosinas, chitos, papitas, besitos, frunas, con un cajoncito en los teatros de Medellín. "Varias veces me atracaron y me quitaron las monedas". Emprendió trabajos como albañilería, herrería y carpintería, el cual "es otro de mis sueños, tengo taller de carpintería, hago mis trabajos para la casa, y en una casa alterna que tengo en El Retiro he hecho las camas; acabé de terminar la mesa del comedor y estoy haciendo la biblioteca". Todo esto lo hace en los ratos libres, que son obligatorios en su casa, porque le tienen horario de descanso, no dejan que todo el tiempo esté leyendo, estudiando, preparando las charlas: "Me retienen obligado en casa; mi esposa ya sabe usar las herramientas y me acompaña en los trabajos de carpintería".

Tiene tres hijos: el mayor es diseñador gráfico, vivió cuatro años en Europa y está casado con una ítalo-colombiana, hija del escritor Walter Riso; y le siguen dos niños, una niña que acabó de cumplir 15 años y un niño de 12 años, "que escribe y lee más que yo, y que acaban de condecorar como promotor de lectura en algunos colegios de Medellín".

Tuve un primer matrimonio que fracasó. La responsabilidad es mía y de alguna manera hago responsable a la anestesia, porque en la residencia debía trabajar como médico en el municipio de Medellín por medio tiempo, que cumplía los fines de semana y por la noche. Salía de la casa con un maletincito, con una o dos mudas de ropa un lunes, y no volvía hasta los viernes por la noche, y muchas veces trabajaba sábados y domingos. Fue una situación difícil de la vida, estuve 20 años solo, también por culpa de la medicina y por culpa del dolor.

Conoció a su actual esposa, que es médica, dictando una conferencia en Ibagué. Lo llamaron porque iban a montar la Clínica Nueva y querían organizar un programa de dolor y cuidados paliativos; él les hizo las primeras conferencias y algunos talleres, y allí tuvo la fortuna de conocer a "la mujer que es mi esposa y madre de los dos hijos que tengo en este momento".

Ella es médica docente de morfofisiología en el programa de Ingeniería Biomédica en la Escuela de Ingenieros de Antioquia y en el CES. Heredera del holocausto de Auschwitz y del desastre de Armero, tiene en su ADN la doble lesión: de Armero, porque allí su mamá era auxiliar de enfermería y varios familiares perecieron en la tragedia; y su abuelo fue sobreviviente de Auschwitz, de donde logró escapar, y después tuvo tropiezos para salir a través de España, llegó a Argentina y por último a Colombia.

Su visión de la anestesia y la Sociedad

Según él, cada vez seremos menos agresivos con la monitoría, menos invasivos, y conoceremos mejores medicamentos. Por su oficio paralelo, conoce trabajos de investigación con parches de gases anestésicos. Proyecta que se trabajará con máquinas de anestesia mucho más pequeñas, monitoría más sofisticada, con cambios en el equipo en sí, con anestésicos que no necesitarán la vía inhalada, sino que se trabajarán a través de la piel de forma percutánea; pero es posible que antes de llegar a los parches se empleen algunos métodos intermedios, como las agujas, de forma parecida a lo que hoy se hace con la acupuntura. Llegarán los parches halogenados, o

de otros gases que ni siquiera tienen que ser los halogenados, pues hay que recordar que, que por definición, todos, absolutamente todos los gases, son anestésicos. Considera que esta es una visión futurista, pero que de alguna manera se llegará a dichos cambios.

Recién graduado, volvió a la universidad a tomar clase de artes plásticas, pero cuando se matriculó, le preguntaron a qué se quería dedicar; él dijo que a la música, que quería tocar el piano, pero el profesor, después de interrogarlo, le dijo que mejor se dedicara a otra cosa. Para no perder la matricula, tomó algunas materias, entre ellas antropología. "El trabajo de grado fue un avance a futuro de lo que era la medicina; se diseñó una máquina donde una persona se introducía, la encerraban y, por una serie de equipos electrónicos, se le practicaba toda una batería de exámenes médicos y paramédicos que se exigían de presente y de futuro". Este trabajo se conserva en la Universidad de Antioquia.

En cuanto a la Sociedad, considera que, como empresa, ha crecido y puede crecer más; todavía le falta trabajo en la parte del aseguramiento (ya que hoy es una empresa de ese campo en el país), tanto desde el punto de vista del servicio como desde el económico, y debe escalar mucho más allá:

Debe organizarse como grupo empresarial, y sé que lo está haciendo, pero se necesita que lo haga con más ahínco, para responder a las necesidades básicas de la persona, como médico, como profesional de la salud, como especialista y anestesiólogo. Se ha avanzado bastante, pero es necesario trabajar todavía más duro y se necesita mucho en la parte de investigación e innovación.

Como gremio, el anestesiólogo se siente bien protegido, siente que hay alguien detrás de él que le puede resolver situaciones especiales, pero no aprecio que no sea consciente de sus obligaciones con la Sociedad. El anestesiólogo de hoy, el joven especialista, piensa que la Sociedad está trabajando para resolverle situaciones difíciles, en el ahora y en el después; pero se necesita que sea él quien tenga compromiso con la Sociedad, y trabajar para que la anestesia sea una rama de la medicina cada vez más importante. Hay más compromiso de la Sociedad con el anestesiólogo, que del anestesiólogo con la Sociedad. Se necesita que la Sociedad involucre más al afiliado, porque es la única manera en que puede perpetuarse en el futuro, y la manera como el anestesiólogo puede brindar más que una simple anestesia y ser más que un simple afiliado. Se necesita una Sociedad comunitaria como tal, a la cual le debe mucho el anestesiólogo, le debe mucho la sociedad en general como pueblo, como país, como cultura; se necesita penetrar más en esta Sociedad y que sus miembros tengan más compromiso con la S.C.A.R.E., como empresa de servicios académicos, científicos, gremiales y empresariales.

OMBREDANNE DE ORO

Siendo el Dr. Manrique secretario de la Sociedad Antioqueña, no sabe por qué conducto le encomendaron la creación del modelo del premio a entregar; entonces, se entrevistó con el Dr. Nacianceno Valencia, quien le contó la historia. "Hice un diseño, me conseguí una muestra de la máscara de Ombredanne y lo lleve a una joyería".



PERFILES

ATLÁNTICO

Gabriel Eduardo Mena G., pág. 60



Electrocardiiografo 1940

GABRIEL EDUARDO MENA G.

Nació en julio de 1944 en la ciudad de Barranquilla, en un hogar humilde, donde fue hijo único. "Mi madre, maestra de profesión, fue mi tutora en mis primeros 7 años, me enseñó a leer y las operaciones básicas. En Barranquilla compartí mi niñez con varios de mis primos, ya que vivíamos en una sola casa; fue una niñez feliz y nunca me faltó nada". Por dificultades económicas, sus padres lo trasladaron a Medellín, a la casa de la abuela paterna, donde vivía un tío suyo con buenas condiciones económicas que financió sus estudios. Asistió al Colegio San Ignacio de Loyola, de los jesuitas, donde se graduó de bachiller en 1962. Luego, en 1963, ingresó a la Universidad de Antioquia a estudiar Medicina, de donde se graduó en 1969.

Se fue a San Andrés Isla a cumplir el año rural. Su director era un cirujano, quien al saber que podía administrar algunas anestesias, lo ubicó en esa área. Empezó a trabajar reemplazando con éxito a la monja, y así se hicieron muchas cirugías que antes no eran posibles, por fortuna sin morbilidad ni mortalidad. De ese modo, el interés por la anestesiología y la oportunidad que les brindaban a los internos en el Hospital San Vicente de Paúl, hizo posible que administrara anestesia en la Isla. Allí se casó con su primera esposa, en una ceremonia donde tocó un grupo de rock en la capilla, siendo una boda muy recordada. Al terminar el rural, se fue a Barranquilla antes de ir a Medellín, donde tenía planeado continuar sus estudios (10).

En Barranquilla, su padre le presentó al Dr. Miguel Navarra, líder de la anestesia y quien lo tomó como su alumno por dos años, y luego se pasó a trabajar al Hospital Infantil San Francisco de Paula. Obtuvo el título de Anestesiólogo en la Universidad Metropolitana de Barranquilla, a la cual le está muy agradecido por su formación como especialista. En un acto de intolerancia, el Dr. Navarra mató a un colega cardiólogo en una asamblea de la Clínica del Caribe donde era socio. "Al día siguiente me encontré reemplazándolo y me encargué de sus hijos hasta que salió de la prisión. Regresó, pero no pudo ejercer más por el rechazo de la comunidad".

Se asoció a la Clínica del Caribe, donde fue presidente de la junta directiva y gerente por seis años. Se dedicó a estudiar intensamente y fundó la UCI de la clínica, la primera de la ciudad junto a la de la Clínica Bautista, donde se implementó el monitoreo hemodinámico invasivo.

Un hecho interesante de esa esa época, año 1978: viajó a Japón el Dr. Alonso Hernández, socio de la



Se fue a San Andrés Isla a cumplir el año rural, y cuando allí supieron que podía administrar anestesia, lo ubicaron en esa área; reemplazó con éxito a la monja y así se hicieron muchas cirugías que antes no eran posibles.

▲ Dr. Gabriel Mena G.

SU EJERCICIO PROFESIONAL

clínica y dueño del laboratorio clínico, quien a su regreso me muestra un aparato que despertó su curiosidad. Era un oxímetro de pulso de los primeros que llegaban a Colombia, recién inventado por Takuo Aoyagi en Japón. Era un equipo marca Nikon Kohden. Lo puse en práctica y con mis conocimientos de fisiología llegué a una conclusión equivocada, pues no visualicé la utilidad que llegaría a tener y se perdió la oportunidad de ser pioneros. Pensé en ese momento que esa oximetría no era fiel reflejo de la PaO_2, por lo que no me parecía seguro y tal vez desorientador. Siempre pensaba en los gases arteriales. Años después comprendí su utilidad; en 1982 comenzamos a usar oxímetros Ohmeda y en 1987 se estandarizó su uso en salas de cirugía y en la UCI.

Fue presidente de la Sociedad de Anestesiología del Atlántico, miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales durante 14 años y docente de la Universidad del Norte. En 1971, siendo presidente de la Sociedad del Atlántico, se organizó el Congreso Colombiano de Anestesiología, en el cual intervinieron los socios de la época, Dres. Manuel Puello, Hugo Franco, Rodolfo Ortiz, Francisco Miranda, Miguel Colonna y Miguel Navarra, entre otros.

Actualmente es presidente del Sindicato de Anestesiólogos del Atlántico y anestesiólogo en la Clínica del Caribe, "mi segundo hogar, donde me he enfocado en adquirir tecnología de punta y organización del servicio". Participa en un trabajo multicéntrico de varios países de América, entre ellos México y Estados Unidos, sobre el uso y la utilidad del dispositivo *Total Track*, una "videomáscara laríngea" que permite ventilar al paciente durante una intubación difícil sin que se presente hipoxemia. "Trabajamos con monitoreo hemodinámico no invasivo por bioimpedancia, lo que nos permite evaluar fácilmente el estado cardiovascular y los cambios que se suceden con el uso de las drogas durante la anestesia"; y trabajan con el tromboelastograma, primer equipo de estos en la región, identificando trastornos de la cascada de la coagulación. "He combatido la anestesia simultánea en la ciudad, pero todavía nos falta".

IMPULSANDO EL CUIDADO INTENSIVO EN BARRANQUILLA

Desde comienzos de los años 70 se empezó a despertar el interés por mejorar la atención de pacientes con enfermedades graves, que por falta de un lugar con personal calificado y tecnología adecuada, fallecían, se prolongaba su enfermedad o se establecían secuelas definitivas. A través de libros, revistas, viajes al exterior y asistencia a congresos, el Dr. Mena y sus colegas empezaron a interesarse en un proyecto para desarrollar la creación de una UCI en Barranquilla. Fue para 1974 cuando, con el Dr. Jaime Castro Blanco, cirujano de tórax entrenado en Estados Unidos, empezaron a hablar con las directivas de la Clínica del Caribe para la creación de la unidad. Como siempre, se nombraron varias comisiones, pero nunca se concretaba nada. Mientras tanto, viajaba a Bogotá y se reunía con su gran amigo, ese gran médico, anestesiólogo y líder del cuidado intensivo, Dr. Eduardo García Vargas (q. e. p. d.), quien siempre, con sus sabios consejos, sabiduría y conocimientos, lo estimuló a pensar que "sí se podía" (11).

Estando muy joven, y siendo anestesiólogo y socio de la Clínica del Caribe, fue nombrado director de esta, lo cual fue la gran oportunidad para realizar su sueño. "Hice caso omiso a las comisiones que no avanzaban e inicié una evaluación de lo disponible". Entre las cosas que se encontraron, había un viejo cardioscopio, muy grande, que tenía marcapasos y un respirador Bird Mark 7 comprado por ese extraordinario médico y anestesiólogo Dr. Miguel Navarra Gianinni (q. e. p. d.), quien, por problemas personales, estaba retirado.

Un día de 1978 llegó a urgencias de la Clínica del Caribe un prestigioso ingeniero, persona muy conocida en la ciudad y hermano de un reconocido médico, lo que ocasionó gran revuelo. Había sido víctima de un accidente de tránsito y presentaba politrauma severo con compromiso neurológico:

Al paciente lo intubé en la sala de urgencia, pero ¿qué hacer? Aprovechando que era el director de la clínica, tomé una decisión. Ese día se fundaría la primera UCI de la ciudad de Barranquilla en la Clínica del Caribe. Llamé al jefe de mantenimiento, Sr. Idinael Narváez, y le dije: "Desocúpeme ese espacio contiguo al laboratorio clínico, coloque allí una cama y póngale un aviso a la puerta que diga Unidad de Cuidado Intensivo. Con la ayuda de la enfermera jefe Emilia de Molares, organizamos el viejo monitor, el respirador Bird Mark 7 y un turno de enfermería de 24 horas. Me autonombré jefe de la unidad.

El paciente tenía graves lesiones y fue atendido, pero su evolución fue tórpida y falleció una semana después.

El primer respirador de volumen que llegó a Barranquilla, y posiblemente a Colombia, fue un Bennett MA-1 traído por la familia de Minsky para atender a uno de sus miembros, quien sufrió una fractura de tibia en un accidente de tránsito entre Santa Marta y Barranquilla. Este fue operado rápidamente sin complicaciones, pero 18 horas después comenzó a tener dificultad respiratoria y compromiso de conciencia sin trauma craneano, y con la radiografía de tórax se hizo el diagnóstico de embolia grasa. Se intubó, pero el respirador Mark 7 no era suficiente para ventilarlo, ya que el paciente era muy corpulento.

La familia trajó el MA-1; la experiencia era ninguna y no encontramos referencia de alguien que lo conociera en Colombia; pero con el Dr. Jaime Castro, quien era el médico tratante, logramos ponerlo en marcha, y el paciente, luego de tres semanas con el respirador, salió adelante. Llegamos a usar vodka en nebulizaciones en el tratamiento de este paciente.

Se siguió atendiendo pacientes, pero al ser insuficiente una sola cama, el Dr. Mena ordenó el traslado del laboratorio a otro lugar, y se amplió la unidad a cinco camas, con unos equipos de segunda mano de Estados Unidos que consiguió, ayudado por el Dr. Gustavo de la Hoz, el primer intensivista de escuela, formado en México, que llegó a la ciudad, y quien fue nombrado jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica del Caribe:

"Desocúpeme ese espacio contiguo al laboratorio clínico, coloque allí una cama y póngale un aviso a la puerta que diga Unidad de Cuidado Intensivo".

CASOS CLÍNICOS DE CUIDADO INTENSIVO DE LA ÉPOCA

Esto ocurrió a comienzos de los 80, cuando, entusiasmado por el Dr. Eduardo García, fundé con el Dr. Guillermo Ariza (q. e. p. d.) el Centro de Terapia Respiratoria, que funcionó en el Centro Médico del Caribe. En esa época también estaba en la ciudad la Sra. Ana de Juliao, una terapista llegada de Estados Unidos, quien, con su hijo Elías Juliao, fundó la Unidad de Terapia Respiratoria de la Clínica Bautista, con el apoyo científico del Dr. Jaime Castro Blanco.

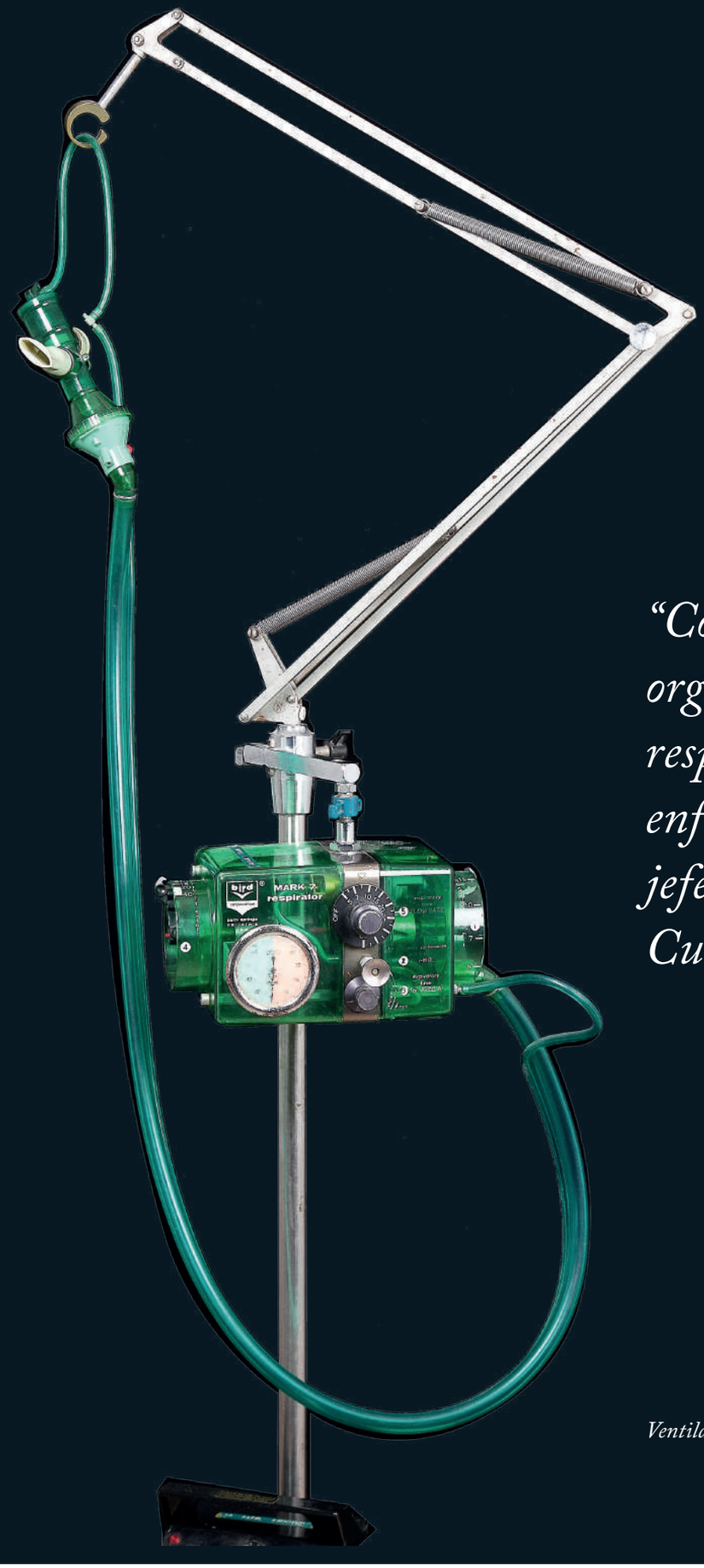
La Clínica del Caribe adquirió la primera máquina de gases arteriales. El Dr. Gustavo de la Hoz puso el primer catéter de Swan Ganz en la ciudad, inició la alimentación parenteral y el monitoreo de PIC con el tornillo subdural.

En 1981 adquirieron, para el Centro de Terapia Respiratoria, un espirómetro Drager para hacer espirometrías flujo-volumen. "Tocó aprender con la literatura disponible, pues los pocos que sabían algo de esto en esa época en Colombia, los neumólogos, tuvieron mucho celo de que un anestesiólogo aprendiera esta técnica. Sin embargo, logramos adquirir experiencia". Viajó a Caldas, Antioquia, y realizó personalmente 500 espirometrías a trabajadores de la Locería Colombiana para investigar silicosis. "Se trajeron de Bogotá y de Estados Unidos terapistas respiratorias, ente ellas mi esposa Lupe Torres, y con este extraordinario grupo de profesionales se ayudó a cambiar positivamente el pronóstico de los pacientes de la UCI, donde se redujeron dramáticamente las complicaciones respiratorias, en particular las atelectasias".

En 1982 llegó a la ciudad la Dra. Patricia Osorio Pupo, internista neumóloga formada en la Universidad Javeriana y discípula del Dr. Darío Maldonado, quien con su aporte científico ayudó a resolver muchos casos complicados y le dio un desarrollo más académico al cuidado intensivo. Un año después llegó la Dra. Luz Estela Acevedo Jaramillo, cardióloga de la Universidad Javeriana, quien desarrolló esta área en la UCI. La Dra. Osorio se hizo cargo del Centro de Terapia Respiratoria y de las pruebas de función pulmonar, mejorando la calidad de este servicio.

El Dr. Mena recuerda a un niño de 13 años que en una intervención de apendicetomía sufrió, en la inducción de la anestesia, una broncoaspiración masiva que comprometió el 100 % de los lóbulos pulmonares.

Fui llamado por el cirujano y por el internista amigo de la familia, y encontré un paciente cianótico con oxígeno al 100 %. Aconsejé iniciar la intervención por ser una apendicitis aguda, y evidentemente al abrir se encontró gran peritonitis. El paciente fue llevado a UCI, donde, en estado muy crítico, se inició soporte ventilatorio con los altos niveles de PEEP que aconsejaba el Dr. Chivetta. El Dr. Eduardo García venía semanalmente de Bogotá y nos daba orientación. El paciente sufrió muchas complicaciones, como barotrauma bilateral, embolia aérea cerebral que le dejó una leve secuela que se recuperó con el tiempo, abscesos pulmonares y falla multisistémica con compromiso de cinco órganos. Después de tres meses el paciente fue extubado y se recuperó totalmente.



"Con la ayuda de la enfermera jefe organizamos el viejo monitor, el respirador Bird Mark 7 y un turno de enfermería de 24 horas; me autonombré jefe y así comencé la Unidad de Cuidado Intensivo".

Ventilador Bird Mark 8

Otro caso:

*Llegó a la Clínica del Caribe un ciudadano de Aruba que estaba de paso por la ciudad, quien había sufrido un accidente de tránsito y presentaba trauma cerrado de tórax. Se le dio soporte ventilatorio, se le colocó tubo de tórax, por el cual empezó a drenar gran cantidad de linfa, y se hizo el diagnóstico de ruptura del conducto torácico por trauma cerrado (caso muy raro). Se estableció alimentación parenteral con aminoácidos de cadena ramificada. La familia decidió trasladarlo a Estados Unidos, y fue así como la Dra. Patricia Osorio, el Dr. Jaime Castro y mi persona lo llevamos en una "*Leader Jet *ambulancia"; en medio de una tormenta recibimos permiso especial de la torre de control para aterrizar, y llevamos el paciente al hospital* Mount Sinai *de Miami. Allí lo atendió el Dr. Greemberg, cirujano de tórax, quien decidió intervenirlo quirúrgicamente ligándole en un solo paquete el conducto torácico y la vena. El paciente se recuperó totalmente.*

Y continúa:

Llegan a la Clínica del Caribe dos pacientes, una niña de 15 años y su padre, por un accidente de tránsito, ambos con trauma craneoencefálico y ella con lesión de tallo. Se les da soporte ventilatorio y cuidados neurológicos, y una semana después la familia decide trasladarlos a Estados Unidos; es así como, en compañía del neurocirujano, trasladamos en la mañana primero a la niña, en el avión ambulancia, al Mount Sinai *de Miami, donde la dejamos.*

Regresaron a Barranquilla, donde el personal de la clínica tenía listo al otro paciente en la ambulancia, y regresaron de nuevo a Miami.

¿Dos veces a Miami en un día? Al llegar con el segundo paciente al aeropuerto de esa ciudad, quizá por ser muy sospechoso (dos viajes en un día), no nos dejaron bajar del avión; llegó la DEA y con unos equipos desarmaron casi todo el avión, con nosotros adentro, y después de una hora nos dejaron ir. Pagamos el hecho de ser colombianos.

Los pacientes se recuperaron; la niña quedó con una hemiparesia, pero mentalmente salió muy bien, y su padre quedó con algunos problemas de comportamiento.

Con la llegada del Dr. Wilmer Barros a la Clínica del Caribe y del Dr. Rubén Camargo a la Clínica General del Norte, se inició una nueva etapa del cuidado intensivo en Barranquilla. "Por mi parte, volví a mi práctica exclusiva de anestesia, pensando siempre que en algo contribuí, con mucho amor y dedicación, al desarrollo del cuidado intensivo en Barranquilla".

SU FAMILIA Y SU VIDA

Siempre le ha gustado el deporte. Estuvo en un equipo de ciclistas de Colombia, con quienes asistió a unas olimpiadas mundiales para profesionales de la salud en Francia, y además ganó el clásico El Colombiano en Medellín.

De mi primer matrimonio tengo tres hijos: Gabriel, anestesiólogo cardiovascular de la Universidad de Baylor y la Universidad de Texas, y profesor de anestesia cardiotorácica en el Anderson, en Houston; Ricardo, mercadotecnista, quien trabaja para la empresa CBS en Houston, y Vanessa, quien está casada con el coach *de grandes ligas en Arizona. De mi segundo matrimonio tengo dos hijos: Andrés, chef, elegido Chef Revelación 2016, y quien actualmente tiene tres restaurantes, y Valeria, estudiante de décimo semestre de Derecho en la Universidad Javeriana, cuya meta es especializarse en derecho médico para continuar con mi legado.*



PERFILES

BOLÍVAR

Roberto Palomino Romero, pág. 68



Esterilizador 1940

ROBERTO PALOMINO ROMERO

Cartagenero nacido en julio de 1950, el segundo de cinco hermanos, en el seno de una familia católica de origen provinciano, de Mahates, Bolívar. Estudió la primaria en el Colegio Santo Tomás de Aquino y la secundaria en el Liceo de Bolívar de Cartagena. Hizo sus estudios de medicina en la Universidad de Cartagena y allí mismo se especializó en anestesiología. En cumplimiento del programa académico, visitó el Hospital San José y el Instituto Franklin Delano Roosevelt en la ciudad de Bogotá.

La decisión de estudiar anestesia la tomó durante el año rural en Mahates, Bolívar, pueblo natal de sus padres, gracias a un análisis exhaustivo de todas las especialidades, su tipo de personalidad y sus preferencias por la medicina interna, la farmacología, la fisiología y el escenario del quirófano, sin querer ser cirujano; y además, como incentivo adicional, por la imagen del Dr. Luis Jorge Benedetti, amigo de su padre, a quien admiraba y respetaba profundamente como profesional.

Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena por medio del examen de admisión, que tenía temas de medicina general y aspectos básicos de la especialidad, ocupando el segundo lugar entre 12 cupos posibles. En esos tiempos, 1977, el jefe del departamento era el Dr. Lelismo Ferrari Echenique, el coordinador del posgrado era el Dr. Sebastián Merlano Meza, y como docentes adjuntos estaban los Dres. Horacio Caballero Vives, Hubert Mieles Miranda, Luis Jorge Benedetti Esguerra, Guillermo Iglesias, Pomponio Gómez, Roberto Dickson Guerra, Alfonso Martínez Gómez, Guillermo Iglesias, Carlos Espitaleta y Eliécer Narváez Truñón.

Nos correspondió en ese entonces realizar turnos de urgencias nocturnos día de por medio y sin tiempos compensatorios, algo que hoy se considera "despiadado" y está prohibido, pero que tuvo sus buenos frutos en mi formación disciplinada, experticia abundante y enfoque absoluto en mi entrenamiento, generándome mucha seguridad y profesionalismo en mis labores futuras. Cuando llegué recién graduado a la Isla de San Andrés, como contraprestación al patrocinio otorgado por el Servicio de Salud de la Intendencia, lo hice con mucha solvencia, propiedad y mística, asumiendo siempre en ese territorio un liderazgo natural en la comunidad médica de la Isla.



▲ Dr. Roberto Palomino Romero

"Se realizaban turnos de urgencias nocturnos un día de por medio y sin tiempos compensatorios, algo que hoy se considera 'despiadado' y está prohibido, pero que en su momento tuvo buenos frutos en mi formación disciplinada y mi experticia abundante".

SU TRABAJO COMO ANESTESIÓLOGO Y ACADÉMICO

Trabajó en contraprestación en la Isla hasta 1983, cuando se vinculó al departamento de anestesia del Hospital Universitario de Cartagena, y después, mediante concurso en 1986, como docente de la misma institución. Desde esa época ha ejercido cargos académicos, primero como coordinador general del departamento de anestesia, y de 1989 a la fecha como jefe de este mismo departamento, colaborando desde ese cargo con cinco decanos diferentes de manera continua.

Anestesia pasó a ser una sección del departamento quirúrgico hace ocho años, cuando se reestructuró la Facultad de Medicina en los departamentos médico, quirúrgico, urgencias, pediatría, ginecología y ciencias básicas. "Como algo significativo para mí, pero insólito, y por decisión de los diferentes decanos de la facultad, desde entonces he ejercido esta dirección hasta el día de hoy".

Se vinculó como anestesiólogo, por concurso, al Seguro Social, desde 1989 hasta que se pensionó en 2008. De forma simultánea ha prestado servicios en diveras instituciones privadas, siendo la más constante y tradicional la Clínica Madre Bernarda de la Comunidad Franciscana Internacional.

La carrera académica la inició en 1986 como instructor del departamento de anestesia en la Universidad de Cartagena, y escaló periódicamente hasta llegar a profesor asociado. Ha sido jefe del programa de Anestesiología y Reanimación por un término de 21 años consecutivos, logrando graduar a más de 100 anestesiólogos que ejercen en diversas ciudades de Colombia con propiedad y mucho profesionalismo.

Ha realizado trabajos científicos y ha asesorado a los estudiantes de posgrado de la especialidad en sus tesis de grado, obteniendo mayor relevancia en los últimos 10 años con las siguientes publicaciones:

- "Comportamiento de pacientes con síndrome metabólico durante el acto anestésico con técnica general". Periodo: abril de 2008 a marzo de 2008.
- "Estudio de los efectos de la solución de anestésico local para técnica regional subaracnoidea en procedimientos quirúrgicos abdominales ambulatorios". Publicado en la *Revista Colombiana de Anestesiología*, 2007;35(2).
- "Anestesia general balanceada sevofluorano-remifentanilo, modulada por fenómenos acústicos (AGB-MoFA1), resultados clínicos y efectos a corto plazo". Este trabajo ocupó el segundo premio en el concurso Jorge Colmenares, en el marco del XXXI Congreso Colombiano de Anestesiología, 2015.

La carrera académica la inició en 1986 como instructor del departamento de anestesia en la Universidad de Cartagena, escalando hasta llegar a profesor asociado y jefe del programa de Anestesiología y Reanimación por 21 años consecutivos.

SU PASO POR LA SOCIEDAD

Ha estado vinculado a la Sociedad desde los inicios de su carrera, y fue secretario de la Sociedad de Anestesiólogos de Bolívar de 1986 a 1987, así como su presidente de 1987 a 1989; también fue presidente de Cooanesbol (Cooperativa de Anestesiólogos de Bolívar) de 2008 a 2010, y de Anestesun (Sindicato de Anestesiólogos de Bolívar) de 2011 a 2012; asimismo, es presidente de la SAS Anesbol (Anestesiólogos de Bolívar) desde 2010.

Ha sido participante activo en todos los congresos nacionales desde 1977, siendo conferencista en el Congreso Nacional de Manizales, con la ponencia "EPOC y anestesia"; además, participó en los encuentros científicos y Seminarios de Educación de la S.C.A.R.E., hasta el de 2014 en Armenia, Quindío.

Hojas de laringoscopio



SU VISIÓN DE LA ANESTESIA COMO ESPECIALIZACIÓN

El Dr. Palomino Romero considera que la anestesia ha sido, desde sus inicios, trascendental en la evolución de la medicina en nuestro planeta, apoyando desde su función vital los avances en especialidades quirúrgicas, al igual que en subespecialidades determinantes en la salud de los humanos, como las unidades de cuidados intensivos y clínicas del dolor, e incluso haciendo aportes en el manejo bioenergético de ciertas enfermedades. En suma, es una especialidad fundamental y de trascendental importancia en el manejo integral de la salud de los humanos a nivel mundial, y su evolución científica ha sido vertiginosa y de invaluable valor en la comunidad médica en general.

Ve el futuro de la especialidad como un hecho que será extraordinario desde el punto de vista científico, pues cada vez se está ofreciendo mayor comodidad, seguridad y sofisticación a los procesos del pre, trans y posoperatorio, caminando así hacia el concepto de la *medicina perioperatoria*, que involucra todas las etapas del devenir quirúrgico. La anestesiología, hoy más que nunca, se encuentra posicionada a la vanguardia de las especialidades médicas, ocupando un rol fundamental en áreas como el dolor, el cuidado respiratorio y el cuidado crítico; y más que nunca cuenta con el apoyo de avances tecnológicos, como la ecografía de impacto, en todas sus actividades, además de haber brindado apoyo a desarrollos como la cirugía laparoscópica en todas las especialidades. Y desde el punto de vista gremial, se ha proyectado y se sostiene como la especialidad más cohesionada, con grandes influencias en el ámbito gremial nacional.

EN FAMILIA

Ha sido alguien polifacético en su vida: fue futbolista de la Selección Bolívar a los 18 años, es amante de la música, interprete básico de la guitarra y aficionado a los caballos de paso; es dueño del criadero La Pasarela en Santa Rosa, Bolívar, y ha obtenido diferentes galardones en ferias nacionales. Tiene además una inclinación marcada a lo espiritual y a la psicología transpersonal, su principal afición en la actualidad. Está felizmente casado con Nidia Helena Amador Nassar hace 40 años y tiene tres hijos: Sumaya Leonor, psicóloga clínica, Moisés Samir, Administrador de Empresas, y Lizet Vanessa, Especialista en *Marketing* Internacional.



PERFILES

BOYACÁ

Reinaldo Gutiérrez Torres, pág. 74



Metabulator, equipo para medición del metabolismo basal

REINALDO GUTIÉRREZ TORRES

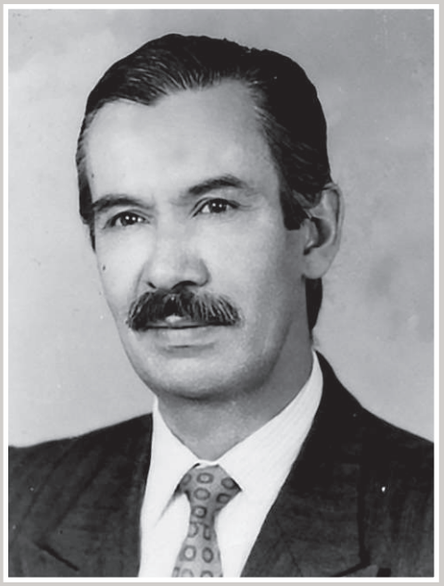
Egresado de la Universidad Nacional en 1971, hizo la medicatura rural en los Llanos y en la selva, para luego ingresar a la residencia, la cual terminó en 1975; desde este año trabajó en los hospitales de la Universidad Nacional, San Juan de Dios, Materno Infantil y La Misericordia, y también en la Clínica Monserrat, colaborando con los psiquiatras en los electrochoques (12).

Se radicó en Boyacá desde 1975, y allí ha trabajado durante 25 años, luego de empezar como anestesiólogo de planta. En 1977 surgió la inquietud de fundar la Sociedad Boyacense, y con el Dr. Roberto Chavarro se desplazaron a Cartagena. Allí manifestaron su intención de reconstituir la Sociedad, pues la que se había fundado anteriormente, hacia 1967, había desaparecido; esta, organizada por los anestesiólogos de Sogamoso, Belencito y Duitama, donde tenía plena operancia el Seguro Social, tuvo la intención de mantener las relaciones de negociación, pero no hubo ninguna actividad académica, y si acaso esta existió, fue para discutir o negociar con el Seguro, aunque en un ámbito muy restringido, muy personal. Esa sociedad se llamó SOBOYAN, y murió sin pena ni gloria.

Se decidió iniciar algo nuevo con siete u ocho anestesiólogos de Tunja y Sogamoso; era gente recién egresada, con mucha mística, con interés en agremiarse, en desarrollar actividad académica. En Cartagena los acogieron muy bien; se informaron sobre lo que debían hacer, y la Sociedad se creó oficialmente en 1979, cuando fueron aceptados en la convención de Bogotá. Su primer presidente fue Guillermo Hernández, de Sogamoso. Dice el Dr. Gutiérrez: "Ocupé la presidencia de SOBAYRE, nombre de la sociedad actual, del 88 al 96, cuando me nombraron director del Hospital de Tunja, y entonces me tocó dejar a un lado esa actividad, porque había conflicto de intereses".

Traían el impulso de recién egresados, de inquietos, con ganas de organizarse; y sobre todo a partir de 1980 se preocuparon por hacer jornadas académicas y se organizó una convención nacional.

Nos respondieron muy bien los colegas de Cundinamarca, o mejor, los colegas de la dirección nacional, y los de Antioquia fueron nuestros padrinos de bautismo; se puede decir que el Dr. Eduardo García Vargas (q. e. p. d), el Dr. Julio Enrique Peña y el Dr.



▲ Dr. Reinaldo Gutiérrez

Se decidió iniciar algo nuevo con siete u ocho anestesiólogos de Tunja y Sogamoso; era gente recién egresada, con mucha mística, con interés en agremiarse, en desarrollar actividad académica.

Rafael Sarmiento (q. e. p. d.), quien apoyó la parte organizativa y financiera, fueron muy importantes para ello.

De Antioquia los visitaron para dictar conferencias los Dres. Marceliano Arrázola, Jairo Restrepo, Tiberio Álvarez, y llevaron al Dr. Patarroyo, "con quien se produjo el lleno completo más clamoroso que ha habido en Boyacá en cualquier evento médico":

Ese día recuerdo que había gente hasta colgada de las ventanas viendo al Dr. Patarroyo, y el salón grande del hotel estaba atiborrado. Eso fue un éxito, nos valió el reconocimiento de todo el personal de salud de Boyacá y nos puso como en una especie de vanguardia frente a otras sociedades de otras especialidades que nunca tuvieron, digamos así, el arrastre y la dinámica que nosotros llegamos a desarrollar durante ese año 80, que yo considero la primera época dorada de la Sociedad Boyacense de Anestesia.

Participó dinámicamente en la Sociedad, esta era parte de su actividad, de sus aficiones, de sus proyectos, y lo hizo en diversas posiciones, como secretario o tesorero, y como presidente después de que salió de la dirección del hospital. "Por mi experiencia y como un derecho natural, la gente consideraba que yo era un buen vocero de la filial y me delegaban para ir a congresos y convenciones".

Estuvo en Boyacá hasta 2004, cuando se retiró definitivamente y se fue para Bogotá. Fue

SU INCURSIÓN EN LA EDUCACIÓN

una época dura la del inicio de este siglo, porque ya las IPS públicas y privadas habían dejado de contratar gente de planta, no había vínculos laborales, se trabajaba con contratos breves, "de esos infames que hemos conocido", y por tanto se vieron abocados a constituir cooperativas, unidades de trabajo asociado:

Recorrimos ese camino de la cooperativa, que realmente no fructificó, porque era muy difícil lograr acuerdos. Estaban todos los médicos de ASMEDAS Boyacá y los intereses eran bien visibles; algunos estaban por unas cosas, otros por otras, unos eran más apáticos y uno que otro tenía ambiciones políticas. Estuvimos en la cooperativa de ASMEDAS, pero esta también se disolvió por lo que se ha dicho.

Entonces se agruparon en una empresa asociativa de trabajo que prestó sus servicios hasta hace pocos años. Y empezaron a llegar personas incluso para quedarse solo unos días; por ejemplo, el día lunes iban a Chiquinquirá, el martes a Tunja, el miércoles a Sogamoso y el jueves a Duitama, pero nunca tuvieron arraigo, ya que vivían en otras partes, como Bogotá; "eran personas que seguramente pertenecían a otras sociedades y no les interesaba asociarse, pues tenían un trabajo ocasional en Boyacá, no tenían raíces, no tenían familia, no tenían ni antecedente ni futuro; se tornó muy difícil la asociación".

Desarrollaron actividades académicas en el Hospital San Rafael, porque este era el centro de trabajo y querían tener allí un papel protagónico. Tenían la idea de dejar de ser una unidad adscrita al departamento de cirugía, "queríamos ser nosotros, nuestro departamento", e iniciaron algunas tareas; por ejemplo, todos los anestesiólogos, con cierta regularidad, presentaban temas de interés general en el hospital, pero enfocados en la especialidad, y luego hicieron esas mismas reuniones con personas de Duitama y Sogamoso. También pidieron que les asignaran internos para anestesia, motivados por la necesidad que tenía el médico recién formado de tener unas bases de anestesia, unas destrezas mínimas:

Todo fue generado por la muerte del profesor Colmenares, del que el anecdotario dice que cuando llegó malherido al hospital de Puerto Salgar, le pedía al médico, su alumno de la Javeriana: "Intúbeme, que estoy muy mal", y el hombre no pudo. Nos dijimos: "¡Cómo es posible que un médico rural no tenga la posibilidad de realizar estos procedimientos salvadores!".

Hicieron un programa que abarcaba fundamentalmente el tema de la reanimación, el conocimiento de los anestésicos locales, algunas técnicas más o menos elementales de su uso, y sobre todo temas dirigidos a saber hasta dónde se podía ir en la atención urgente del paciente. "Creo que cumplimos el cometido, porque me he encontrado con algunos internos que siguieron en la anestesia y otros que decían: 'lo que ustedes nos enseñaron nos ha servido en la práctica rural'".

Trabajó en el desarrollo de aspectos éticos y se vinculó al Tribunal de Ética, donde fue magistrado a pesar de no haber tenido casos de demandas en la regional. Con sus colegas, le pusieron todo el entusiasmo a la creación del FEPASDE, particularmente por los rumores de los casos sucedidos en otras regionales. Inclusive, antes del surgimiento del FEPASDE, ya habían contactado a dos abogados de Tunja para conversar sobre el tema, y al Dr. Gonzalo Peña. Después de haberse decidido la creación del fondo, la seccional en la que se hicieron las primeras afiliaciones fue Boyacá, donde se organizaron amplias jornadas de divulgación y afiliación.

La seccional se ha cualificado mucho. Tienen a una persona muy importante, su presidente, el Dr. Álvaro García, quien lleva allí varios años y se preocupa mucho por la afiliación de los anestesiólogos y la organización de las oficinas, lo que ha sido algo definitivo; además, consiguió la sede en Tunja, lo que les dio cierta independencia y relevancia, pues ninguna otra especialidad o gremio médico, a excepción de ASMEDAS, tiene sede propia: "Ganamos puntos, nos miraban, creo, hasta con un poquito de envidia, pero en cierta forma nos admiraban por la cohesión gremial, por las gestiones que se hacían ante los empleadores para mejorar la condiciones de trabajo y el pago de servicios". Se ha luchado

"Por mi experiencia y como un derecho natural, la gente consideraba que yo era un buen vocero de la filial y me delegaban para ir a congresos y convenciones".

por la mejora de las salas de cirugía y las demás mejoras locativas en general, así como por la dotación, sobre todo de monitoría y elementos de trabajo más modernos:

Lo tradicional era que la provincia tuviera las máquinas más viejitas y las cosas que tal vez en la capital se desechaban; empujamos en estos aspectos, y con la Ley 6ª, que reglamenta la anestesiología, nos dijimos: "Pongámonos a la altura de las exigencias"; así propendimos por la monitoría, y no solo para los quirófanos, sino para las unidades de cuidado intensivo que surgían. Por su parte, la línea gremial académica de interlocución con los directores de los hospitales, gerentes, que llaman ahora, y con la gente de la Secretaría de Salud, ha continuado, y así sea a regañadientes, han cedido debido a que las normas los obligan y a que hemos sido intensos, tenaces, hemos martillado para alcanzar los objetivos de mejora del ejercicio.

Continúa el Dr. Gutiérrez:

Nos tocó impulsar el crecimiento de los niveles de los hospitales. En Tunja no hubo un neurocirujano de planta hasta el año 90, y luego de las mejoras locativas empezaron a llegar especialistas del 4º nivel, había más personal, equipos, monitoría, y eso ya era atractivo para otras especialidades como neurocirugía u ortopedia. En Tunja fuimos pioneros de los reemplazos de cadera, los reemplazos de rodillas, tratamos de recuperar el tiempo perdido y buscamos dar un salto hacia adelante. Entendimos que era mejor tener todo eso, que había que exigir, había que pedir. Se conversó con las directivas de los hospitales y del Servicio de Salud, y nos pusieron bolas, porque éramos un grupo compacto, éramos gente disciplinada que siempre respondía por el trabajo, nunca delegamos nada en personal no idóneo.

Cuando llegué a Tunja para dar anestesia, un Dr. Silva y un Dr. Pinilla visitaban la ciudad, iban dos o tres días a la semana y se hacía la cirugía programada; las urgencias se iban quedando a cargo de dos técnicos: una señora que se formó en el Hospital San José y quien ya estaba viejita, y un boliviano que no sé cómo llegó, pero ellos eran los "anestesistas" de turno; y por supuesto, los que dirigían eran algunos cirujanos que, estando en el acto operatorio, decían: "Bueno, póngale dos de relajante, profundícelo"; era una situación poco decorosa para la anestesia.

UNA SOCIEDAD ESPECIAL

El Dr. Gutiérrez hace énfasis en que todo lo desarrollado por la Sociedad hay que tenerlo en cuenta, que no puede decaer por ningún motivo:

A veces se nota la falta de liderazgos, hay apatía por parte de los colegas, quizás por el exceso de trabajo o las trasnochadas, la gente que hace turnos se ve limitada, prefiere descansar, hacer vida de familia, y si tienen algún negocio o finca u otra actividad, le dedican tiempo y eso distrae e impide la plena participación. La otra cara es un buen liderazgo, uno que motive, que haga ver las ventajas de lo que se tiene, que dé a entender qué es estar asociado, que se tenga capacidad de interlocución y que haya alguna versación sobre leyes, la Ley 100 y otras afines que cualifican el ejercicio.

Lo que ha hecho la Sociedad Colombiana de Anestesiología ha sido trabajo de muchos, de dos o tres generaciones, las cuales la han llevado a un sitio preeminente dentro de las especialidades médicas en Colombia; y para completar su desarrollo y crecimiento, se fortaleció, se revitalizó, hizo presencia nacional con el FEPASDE, al servicio de todas las profesiones de la medicina y de la salud. Ha prestado un servicio social de una importancia no siempre valorada.



PERFILES

CALDAS

Roberto Ramírez Salazar, pág. 80
Rafael Macias Mejía, pág. 86
Hernán Duque Estrada, pág. 95



Ventilador Bird mark 10

ROBERTO RAMÍREZ SALAZAR

IMPULSOR DEL CUIDADO INTENSIVO EN MANIZALES Y CALDAS

El Dr. Ramírez relata algunos aspectos sobre sus primeros años de estudio:

Nací en la ciudad de Manizales, donde hice la primaria en el Colegio de Nuestra Señora, con personas que en este momento son muy conocidas en el medio de la ciudad, y el bachillerato en el Colegio de Cristo, con compañeros muy importantes de la vida pública de hoy: Fortunato Gaviria, gobernador de Caldas (q. e. p. d.), Julián Gutiérrez, gobernador de Caldas, y Diego Hoyos Montes, gerente de la Fundación Luker.

A LA UNIVERSIDAD, BUSCANDO INGRESAR A MEDICINA

Inició estudios en Medicina en la Universidad de Caldas, en el programa de una facultad llamada Ciencias y Humanidades, que no se consideraba un premédico, sino un programa básico para todas las profesiones, de corte social y humanístico; era una competencia para todos los aspirantes, y los que tenían las mejores notas pasaban a anatomía e iniciaban la carrera de Medicina. Esto fue un ensayo en todas las universidades, promovido por el Ministerio de Educación. El decano de entonces era el Dr. Carlos Jaramillo Arcila. Este programa empezó en el gobierno de López Michelsen; en esa época el Dr. Enrique Mejía Ruiz era el rector de la universidad y el Dr. Ernesto Gutiérrez era el decano. "Recordando hechos de actualidad, el secretario de la universidad era Humberto de la Calle Lombana, afiliado al nadaísmo y a la izquierda".

Los profesores eran gentes muy reconocidas que, infortunadamente, hoy no nos acompañan: estaba el Dr. Félix Henao Toro, científico de renombre que dictaba biología, las matemáticas las dictaban profesores de ingeniería de la Universidad Nacional, el Dr. Édgar Aristizábal daba las asignaturas biológicas, y en anatomía estaba el Dr. Javier Castaño Naranjo.

El patólogo Aquileo Asmar dictaba histología, y el monitor de esa cátedra era Alonso Gómez, quien, cuando estaba terminando Medicina, fue director

"Muchas experiencias significativas me marcaron en la época; la principal, la disciplina que se llevaba en el programa, lo que se nos inculcó al pie del paciente, con los aspectos del cuidado intensivo que apenas se iniciaban".

del Laboratorio de Histología. Más adelante, la enseñanza de la fisiología era asumida por el grupo de veterinarios, los Dres. Camilo Gonzáles y Jorge Iván Salazar; luego farmacia con el farmacólogo Gustavo Isaza, y parasitología con el microbiólogo Marcelo Suárez. Los elementos de práctica eran muy rudimentarios, y no se me olvida la anécdota: en grupos, anestesiábamos perros en el laboratorio de farmacología, y nosotros "matabamos" al perro con éter. ¡Esa pudo ser mi primera y única experiencia en anestesia en los primeros años de la carrera!

Terminada la carrera en 1977, se fue a cumplir el año rural obligatorio al municipio caldense de Pácora. Para él, esa experiencia fue muy interesante, porque allí estaba el Dr. Darío Isaza, un hombre con una recia personalidad y un conocimiento extenso, no solo en medicina, sino en cultura general; era hombre muy culto, muy valioso, que aún hoy vive, muy longevo, pero con un estado cognitivo impecable.

Al terminar el año rural trabajé en Chinchiná, me vinculé a Confamiliares como médico de consulta externa, porque mi padre era el gerente, y allí encontré a Gilberto Fernández, que era el director médico; gran coincidencia, pues luego me encontraría con él como compañero del Dr. Alonso Gómez en cuidado intensivo, a lo que ambos se dedicaron después.

BUSCANDO LA ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIA

Sobre su especialización, cuenta el Dr. Ramírez:

Me presenté a la Universidad de Antioquia, y allí empecé la especialización. Encontré un programa completo y un servicio muy positivo; pero cuando empezó la parte de la supervisión, quedé muy decepcionado, porque no había un docente para ello, sino otros compañeros más avanzados o en ocasiones hasta un interno aventajado. Decidí retirarme para presentarme en el programa de la Universidad de Caldas. El programa antioqueño era excelente académicamente, pero en ese momento tenía esa falencia. Esas son las anécdotas de la época de cuando se iniciaban los programas; estos acusaban deficiencias que, mirando hacia atrás, se corrigieron posteriormente.

Inició entonces sus estudios en la Universidad de Caldas, en el segundo programa nacional que había abierto la residencia de tres años. Sus compañeros fueron Ever Lamprea, cuñado del Fiscal General de la Nación de la época, y Pedro Rochels, quien se fue a trabajar a Cúcuta, donde ha sido muy exitoso; otro de sus compañeros fue Enrique Herrera, que ya falleció, y más adelante Jesús María Pérez y Jorge Gómez, quienes le llevaban a él y a sus compañeros unos seis meses.

Muchas experiencias me marcaron en la época, muy significativas: la principal, la disciplina que se llevaba en el programa, la orientación que el Dr. Ocampo, jefe de entonces, nos dio, lo que nos inculcó los aspectos del cuidado intensivo, que apenas se iniciaban.

LA MEDICINA CRÍTICA

La orientación hacia la medicina crítica dentro de su formación en anestesia se inició con el incipiente cuidado intensivo del programa de la Universidad de Caldas, y se afianzó en una de las rotaciones que hizo en Bogotá en el Instituto Neurológico, donde se desenvolvió muy bien bajo la guía del Dr. Fernando Vélez de Castro, médico cartagenero muy culto, que fue su tutor en la parte de neurología crítica y neuroanestesia. También fue muy importante su relación con el Dr. Jorge Osorio y con el Dr. Alonso Gómez, amigo de la infancia, vecinos de barrio, él mucho mayor y amigo de la familia: "Cuando éramos adolescentes él nos llevaba a cine a todos y alquilaba revistas; él estudiaba en Nuestra Señora y yo estudiaba en el Colegio de Cristo".

Otras personas que influyeron en su formación fueron el Dr. Carlos Náder, cuya muerte fue una pérdida grandísima para la facultad: "Éramos grandes amigos y a mí me tocó intentar reanimarlo cuando falleció, después de haber conversado ese mismo día con él, lo que me afectó mucho"; también el Dr. Zamarino Jaramillo, con su particular forma de ser, pero con una gran disciplina y un valor médico muy grande; y en pediatría, el Dr. Jaime Duque Bonilla, quien fue su guía académico en esa disciplina. En anestesia, en el Hospital Infantil, estaban la Dra. Cecilia Correa y el Dr. Jaime Raúl Duque. "Pero muy especial fue el Dr. José Miguel Cárdenas, lo que se llama un *lord*".

En 1982 terminó anestesia y se vinculó al Hospital Universitario. "Pero después hablé con mi amigo el Dr. Alonso Gómez para hacer cuidado intensivo en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, en el programa de la Universidad Nacional, un programa muy exigente, como se sabe que ha sido siempre el Dr. Gómez". Al llegar a Bogotá, en la entrevista personal, el Dr. Gómez le dijo en su oficina: "De puertas para afuera de la unidad somos grandes amigos; de la puerta para dentro, usted lleva del bulto; usted verá, le pongo esa condición"; el Dr. Ramírez Salazar le respondió: "Yo no vengo aquí por su amistad, vengo a prepararme en cosas diferentes"; esto porque "ya se hacía cirugía de corazón con el profesor De la Hoz, era un hospital de referencia con 700 camas y llegaban pacientes de todas partes; además, mi opción era la del cuidado intensivo".

Llegó a una unidad medico-quirúrgica con residencias para todas las especialidades; inclusive, los residentes de dermatología rotaban por cuidado intensivo, con un programa bastante exigente, muy fuerte:

Se aprobaban o reprobaban las rotaciones. Estuve un año completo, fue una experiencia bastante enriquecedora desde todo punto de vista, era una formación amplificada, se contaba con inmunología, con patología diagnóstica, en radiología había especialistas con un gran conocimiento, y en neumología había profesores de gran valor y también de mucho conocimiento, lo que fue para mí muy enriquecedor.

A su regreso a Manizales, llegó a la nueva unidad que se abría, ya que antes, como en casi todo el mundo, esta funcionaba prácticamente en el área de recuperación:

Se acababa de ampliar el espacio para urgencias en el primer piso y para la unidad en el segundo piso, con elementos muy rudimentarios, a pesar de que ya se tenía oxígeno y vacío central, aunque los equipos aún no habían mejorado lo suficiente. Inclusive, con frecuencia, donde estaba el salón de clase se atendía a pacientes de máxima complejidad o infectados. Se debió habilitar en el tercer piso de medicina interna un cuidado intermedio, que en ese entonces fue manejado por el Dr. Jorge Hernán Montoya, con dos habitaciones, y allá se llevaron ventiladores y monitores para, de forma transitoria, atender pacientes de "cuidado intensivo".

Era una especie de "cuidados intermedios", hasta que se construyó la UCI definitiva, después de grandes diferencias con el grupo promotor, pues

Su orientación a la medicina crítica se inició con el incipiente cuidado intensivo del programa de la Universidad de Caldas, y se afianzó con la rotación que hizo en el Instituto Neurológico de Bogotá bajo la guía del Dr. Fernando Vélez de Castro.



Sevorane

unos querían tener pisos y salas muy elegantes, y otros, como el Dr. Ramírez Salazar, solicitaban monitores y tecnología.

Así empecé con mi dedicación al cuidado intensivo, porque el Dr. Alonso me motivó. Empecé a trabajar en Bogotá, en la Caja Nacional, dábamos las anestesias de cirugía de corazón y manejábamos el posoperatorio. Con un cirujano boliviano trabajamos con el primer paciente con circulación extracorpórea. Conocí al Dr. Milkis de Canadá, que manejaba la técnica de abdomen abierto para problemas abdominales, y quien fue uno de los médicos consultores para el trauma del ministro Samper Pizano, manejado por el Dr. Gómez; en aquel entonces, el Dr. Milkis dijo: "Yo no tengo nada que hacer aquí, aquí lo están haciendo mejor que lo que yo podría hacer".

Me entregué con alma, vida y sombrero al programa de cuidado intensivo, porque era un reto para mí; Alonso me decía que me fuera a trabajar con ellos, muchas veces me insistió, y me pesa no haberme ido, pero finalmente aquí en esta tierra se han hecho muchas cosas. Lamenté no haberme quedado vinculado al grupo del doctor, un grupo muy importante, tienen el programa de residencia de la Universidad Nacional y él es coordinador de la unidad de la Clínica Palermo, donde con frecuencia voy a trabajar con ellos.

El Dr. Roberto fue prácticamente la primera persona que hizo cuidado intensivo en Manizales y que se dedicaba totalmente a ello, de escuela y con formación en la subespecialidad. Seguí el farol del Dr. Ocampo y del Dr. Alonso, ellos eran los que hablaban de cuidado intensivo en la época, nadie más lo hacía; uno encontraba anestesiólogos de formación que, cuando se les hablaba de cuidado intensivo, se ponían energúmenos y decían: "El que es anestesiólogo es eso y nada más"; consideraban que el especialista en anestesia no se debía desviar a otras cosas, que en su campo tenía suficiente ámbito de trabajo y desarrollo.

El Dr. Ramírez colocó los primeros Swan Ganz; el primero se le aplicó a una paciente del Dr. Jaime Hernán Montoya, que murió de una neumonía viral; venía de Manzanares y falleció porque no había sino ventiladores de presión, los Bird Mark 10 u otros de la serie, y no había cómo avanzar en el manejo de los problemas pulmonares. Entonces llegaron los ventiladores IMB por una donación del Gobierno, pero tenían una válvula adicional que se llenaba de agua, y al ocurrir esto, el ventilador dejaba de ciclar, y cuando menos se pensaba, el paciente estaba en paro cardiaco: "Eso era una locura, eran muy difíciles y a veces frustrantes esas primeras épocas". El PEEP se realizaba adaptando a la fase espiratoria de los ventiladores Mark (7, 8, 10) una manguera que se introducía en un frasco grande ("donde venían los dulces o la salsa de tomate") lleno de agua; el PEEP era directamente proporcional a la cantidad de manguera que se introducía dentro del agua; se evaluaba mirando el manómetro de presión del ventilador y así se fijaba el que se deseara. Si el paciente se movía, la manguera se salía o se introducía dentro del frasco, se obtenía un "PEEP variable, intermitente", no por las decisiones médicas adecuadas al paciente, sino por las circunstancias no controlables por parte del personal de enfermería y los médicos.

Con estas técnicas empíricas se manejaban pacientes muy críticos, como una niña con Síndrome de Guillain-Barré, a quien se le manejaron tres episodios. Era una unidad polivalente, abierta, se manejaba al paciente con trauma, al quirúrgico, etc. "Luego se abrió una unidad más selectiva, una unidad coronaria, y a los pacientes de otras patologías inicialmente no los podíamos atender ahí; hubo muchas dificultades y finalmente se debió abrir a todas las patologías".

Fue una época difícil para mí, de mucha confrontación con las directivas, pues la unidad pasó a manos de Servicios Especiales de Salud (SES) y se limitaba la entrada de pacientes por aspectos económicos. Yo estaba en el medio y no me interesaba la confrontación. La directora del SES, que además dirigía

SU TRABAJO ACTUAL Y SUS AFICIONES

los servicios de imagenología, vivía pendiente de las necesidades de la unidad y de los pacientes, nos ayudaba y nos colaboraba mucho, junto con el equipo de radiólogos de ese entonces. Trabajaban allí Mauricio López (q. e. p. d.), Juan David López, el Dr. Ramiro Sierra, con su forma de ser y todo, pero muy acertado en sus diagnósticos, y la enfermera Patricia Franco, que ahora es una alta ejecutiva de Laboratorios Abbott a nivel latinoamericano. Era una época de desarrollo y confrontación administrativa, pero sobre todo de gran importancia en el desarrollo del cuidado intensivo, y a mí me tocó vivirla con intensidad.

Eran épocas de grandes dificultades. Programar a un paciente para el tomógrafo era toda una odisea, el sitio aún estaba en desarrollo, y el Dr. Ramírez recuerda un accidente que pudo haber terminado muy mal: arriba del sitio donde estaba el tomógrafo había una repisa, donde se ponían los equipos de trabajo, el monitor, las bombas de infusión, todo: "Salíamos con el paciente, cuando todo aquello se cayó sobre la camilla y aplastó totalmente la cabecera de donde lo habíamos retirado minutos antes; se habría aplastado el cráneo de ese paciente. Esas eran las a veces traumáticas circunstancias del ejercicio de la época".

Trabaja en el Instituto del Corazón, en el programa de cirugía cardiovascular, en cirugía de corazón y posoperatorio; pero allí no rotan residentes de ningún programa, pues nunca se ha querido que exista esa rotación.

No soy coordinador, y esa es una entidad privada que no ha privilegiado la docencia. Siempre me ha gustado la parte académica, pero las políticas son cambiantes, las actitudes hacia la docencia cambiaron. He sido una persona a quien no le ha gustado vivir en conflicto, me acomodo, lo importante es ejercer una buena medicina, con una estructura científica de alto nivel, y allí cumplo mi misión.

Tiene tres aficiones: el cuidado intensivo, el aeromodelismo y la lectura de la historia, especialmente de la Segunda Guerra Mundial, y en particular de Alemania, de Hitler:

Se guiaban por la hechicería, la superstición, la brujería, eran adictos a esas formas, muy creyentes, sobre todo Hitler; usaban la hechicería y seguían las cábalas acerca de cómo les iba a ir con sus decisiones. He leído sobre Josef Mengele, médico de la Gestapo, y su vida, la medicina en la época del Reich; murió en Brasil, nunca lo pudieron capturar los judíos para ejecutarlo y hacerle el juicio; murió de infarto en una playa, una muerte súbita.

El aeromodelismo resuelve sus momentos de estrés y tiene una colección de aviones de diferentes tamaños que pone a volar en sus momentos de descanso.

Su familia es su esposa y sus dos hijos, un diseñador industrial de la Javeriana, "con su inglés y su francés", recién llegado de Francia, y una administradora con especialización en Talento Humano de la Universidad del Rosario; además de ellos, está el cuidado intensivo, al que le dedica estudio, investigación y actividad asistencial; todo ello llena de satisfacción su vida actual.

Como impulsor del cuidado intensivo en la región del Viejo Caldas, marcó el camino de la atención profesional en una especialidad naciente, sentando las bases para su desarrollo exitoso.

RAFAEL MACÍA MEJÍA

CONCIENCIA JURÍDICA DE LA S.C.A.R.E.

Su familia es de Salamineña, tanto la paterna como la materna, pero él es del Valle, pues su abuelo paterno se fue a vivir allá por problemas de salud, ya que en esos casos los mandaban a vivir en tierra caliente. La costumbre era que a los primogénitos de las familias los llevaran a nacer donde estaban las abuelas, y por eso nació en Cartago, aunque se crio inicialmente en Cali, donde vivió siete años en el barrio San Fernando; luego regresó a Cartago, fue a Pereira a estudiar el bachillerato, y después a Manizales cuando lo estaba terminando (13).

SU FORMACIÓN MÉDICA

Se presentó a la Universidad de Caldas en 1967 y terminó "en plena época del *rock and roll*" en 1973. Hizo el internado en Pasto, en el Hospital San Pedro, un hospital de la curia que nunca había tenido un internado aprobado por ASCOFAME; "yo fui de los primeros internos". El trato fue increíble, la supervisión la hacía la Universidad del Cauca, los visitaban cada dos o tres meses y se terminaba con una reunión en la Laguna de la Cocha,

[…] con pescado ahumado y traguito y todo eso por cuenta de los profesores, porque el pobre interno no tenía con qué pagarse ese tipo de cosas. Nos cuidaron muy bien, y fuera de eso se dieron cuenta de que los egresados de la Universidad de Caldas hacíamos "muchas cosas", lo que me sirvió para reforzar la autoestima, porque uno se siente un pobre estudiante que acaba de salir y no sabe nada.

Cuando los dejaban solos en el hospital, algo muy frecuente en la época, hacían procedimientos por los cuales al otro día los regañaban:

En el primer turno de ginecoobstetricia me llegaron pacientes con sangrados y les hice legrado con bloqueo para cervical; al otro día lo presenté en la ronda y me dijeron: "¿Cómo así?, si usted es un interno, usted no puede hacer legrados, los legrados los hacen los especialistas, y mucho menos con bloqueos". También se digitalizaban pacientes, se ponían anticoagulantes, heparinas, y ellos decían: "Eso no está permitido a los internos, son procedimientos solo para el internista". Cuando vi que en vez de arriarme me tenían que frenar, se me agrandó la autoestima, que en ese momento yo necesitaba, y mucho.

Aunque le gustaba la anestesia y le llamaba la atención, como interno no trabajó en ella. Hizo de todo lo que le pusieran a hacer, como cirugías, que era lo que menos le gustaba: "Saqué vesículas, hice herniorrafias, porque me tocaba, pero fui el interno que menos cirugías hizo, porque no me interesaba".

" 'La asamblea no puede sesionar sin fiscal', y el Dr. Ocampo dijo: 'Si ustedes quieren alguien que los fiscalice y les ponga pereque, yo les tengo aquí uno', y me propuso".



▲ Dr. Rafael Macía Mejía

LA ANESTESIA EN SALAMINA, CALDAS

Inició el año rural en Salamina en 1974:

Como ya veníamos entrenados con Arturo Jaramillo, compañero de Pasto, me programaron para hacer hernias; hice una o dos, y les dije: "Miren, a mí no me gusta operar, yo voy a dar anestesia y ustedes operan", y el resto del rural me dediqué a dar anestesia mientras los demás operaban.

Terminado el año rural, se presentó a la residencia. En esa época había financiación por parte del Servicio de Salud, y era la única alternativa. Se presentaron tres candidatos para dos cupos, y él logró el ingreso para un programa de residencia de dos años; "pero por la forma de trabajo, de día y de noche, hicimos un programa como si fuera de cuatro años. Eso era muy intenso".

"Terminada la residencia, volví a Salamina a cumplir con la contraprestación por la financiación de la especialización, y me frustré mucho, porque uno sale con impulso y con ganas de ver un mundo de cosas". En el rural había estado allí, y ahora, que querían hacer cirugías, le cambiaron el nombre de Hospital Local a Hospital Regional; lo habían dejado con las mismas dotaciones, pero había dos equipos de anestesia y un quirófano, pues la gobernación, en vista de que llegaban especialistas, envió un equipo nuevo, "y no sabíamos qué hacer con el viejo". El quirófano estaba en el segundo piso y no había rampas ni ascensor para subir a los pacientes; a estos se les acostaba en camilla de tela, "nos los echábamos al hombro y los subíamos por las escalas"; se dejaban en recuperación de la anestesia en el segundo piso, y para bajarlos, ya conscientes, otraa vez había que hacer la misma ceremonia, con camilla de tela y escalas.

Otros especialistas, ginecólogos, internistas, recibieron la misma financiación, y también se frustraban: no había cirujanos, solo médicos generales. Intentaron hacer muchas cosas, cirugías, autotransfusiones, "porque en esa época, como no había Ley 100, usted podía tener los equipos, recoger la sangre el día anterior, ponerla en la nevera, hidratar el paciente el día de la cirugía y aplicar la sangre, hemodilución simple"; no se hacía tanto papeleo y así se practicaban más cirugías, y bien complejas.

Solo trabajaba para el hospital con pacientes de caridad, y no lo dejaban salir de allí, lo buscaban por todo el pueblo: "No, usted tiene que estar aquí, porque se le pagan ocho horas". No tenía oficina y se refugió en la de estadística, llena de archivos y polvo: "Allí cogí la rinitis para toda la vida". Y se dedicó a leer: "Estaba tan desocupado que cogí el texto del Dr. Norman Jhons, el de gases sanguíneos, un texto programado, y lo traduje en su totalidad, de cabo a rabo, en un cuaderno, a lápiz". Entonces estaba de moda la enseñanza programada, y fue en ese contexto que salió el libro de electrocardiografía: "En el texto le enseñan y después le preguntan y se va contestando, le van poniendo casos y le preguntan, es una buena forma de aprender. Ese libro luego salió editado por Panamericana, pero ya no como texto programado". Después, cuando trabajó en el Hospital Santa Sofía, un hospital antituberculoso en proceso de convertirse en hospital general con énfasis en problemas pulmonares, él mostró su traducción, y esta se pasó a máquina en papel mimeografiado. No había fotocopias. Esa traducción circuló por el hospital durante mucho tiempo, hasta que llegaron las ediciones modernas.

Los que tenían que pagar la contraprestación por la residencia la terminaron a causa de una intriga política. La esposa de uno de ellos era muy cercana, por su familia, al senador y jefe político Víctor Renán Barco. El Dr. Macías rechazó al principio la posibilidad de intercesión que así se presentaba, porque "no me gustan estas intrigas, me parecen horribles". Pero al final lo convencieron, aunque solo asistió a la reunión como espectador. Fue una entrevista muy particular: se sentaron, aquel comía dulces y rosquillas y rajaba del ministro Santofimio, que ya estaba en problemas:

Pero nos sugirió que le enviáramos un telegrama donde se solicitara la recesión del contrato, que no pusiéramos los motivos para que no quedara eso en la hoja de vida del programa, y nos aseguró que él arreglaría el problema. Lo arregló, rescindieron el contrato, no pusimos motivos, pero los míos eran muy claros: me estaba oxidando.

TRABAJO INDEPENDIENTE

Empezó a trabajar sin compromisos. Tuvo varias oportunidades de trabajo, pero le tomó el gusto a no estar comprometido y manejar su horario. Recibió ofertas de la universidad y del Seguro, pero no las aceptó. Probablemente se quedó con menores ingresos que los demás, pero con su tiempo: "El tiempo es oro, eso no se puede comprar". Hace unos 15 años tuvo un par de contratos con el Seguro Social y ahora, hace unos cinco años, está vincualdo a Salamina, aunque sin turnos nocturnos, porque estos lo golpean mucho.

LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y EL FEPASDE: LA JUNTA DIRECTIVA

Ingresó a la Sociedad muy temprano, porque en la Universidad de Caldas fomentaban esta participación entre los residentes. Se inició en 1978, cuando el Dr. Ocampo lo llevó a una convención en Medellín: "Nos motivó y nos alojaron en una asociación médica que tenía un hotelito". Conoció al Dr. Nacianceno Valencia, y en la asamblea lo nombraron para una comisión que estudiaría algunos temas. Lo metieron en el gremio desde que era residente, lo pusieron a trabajar en una convención,

[…] y quedé enganchado con la Sociedad, me encantó, sobre todo porque me ha gustado el debate. Es lo que yo más lamento, que el debate en la Sociedad se ha perdido. En aquella época me quedaba horas oyendo debatir a todos esos personajes, oyendo hablar a Marceliano Arrázola, a usted, Dr. Ocampo, al Dr. Nacianceno, a Daniel Hincapié y otros personajes; decían cosas que se confrontaban y nadie los atajaba.

Su ingreso a la Sociedad Colombiana fue muy especial, ya que en principio el formulario se llenó y al parecer no llegó oficialmente, o no se sabía si había llegado, porque en esa época los archivos no estaban organizados; pero ya llevaba mucho tiempo asistiendo a todo, así que en la asamblea dijeron: "No importa si llegó o no el formulario, usted es de la Sociedad", y le llenaron todos los formatos y formalizaron el ingreso. "Por eso no puedo saber desde cuándo me vinculé oficialmente". A la Caldense también llegó tempranamente, y fue su presidente; estuvo varias veces en la Junta, y el tema que más trabajaba era la revisión estatutaria:

Porque es lo que más se presta al temperamento mío, a ser quisquilloso con los detalles. Por eso, en una asamblea en Pasto en 1990, donde se presentó el FEPASDE, me hice visible cuando discutí la legalidad de la asamblea, pues no había quórum. Cuando esta empezó, se cuestionó no tener quién fiscalizara a la Sociedad; el vocal que revisaba las cuentas (porque en esos tiempos las cuentas no cuadraban) no asistió, y se dijo: "No se puede sesionar sin fiscal", y usted, Dr. Ocampo, dijo allá: "Si ustedes quieren alguien que los fiscalice y les ponga pereque, yo les tengo aquí uno", y me propuso. Era un cargo que, en general, no le gustaba a nadie, porque había que revisar cuentas. Acepté y desde esa época ejercí esa función.

De ese modo, entró y frenó varias propuestas, y puso en remojo la información financiera, porque no estaba completa; empezó a funcionar "de una".

Le correspondió todo el proceso de surgimiento del FEPASDE y los cuestionamientos iniciales. Llegar a una convención y que se le acercaran los anestesiólogos, varios de ellos empresarios que sabían mucho de negocios,

[…] y que lo cogieran a uno contra la pared: "Ustedes quiebran esta Sociedad y los acabamos, están loqueando mucho, ¡cómo se les ocurre meterse en un negocio tan loco como ese, y con un futuro incierto!". Y es que el FEPASDE fue una locura que resultó, y se puede hablar de él porque fue positivo su resultado, porque tenía más chance de frustrarse que de concretarse, pero salió.

Se cuestionaba el hecho de tener que pagar una cuota más: "Eso es una locura, ni siquiera se paga la cuota ordinaria, ¿cómo se les ocurre que nos van a poner otra cuota más, cómo la vamos a pagar?". En esa convención de Pasto el proyecto quedó pendiente de estudio, ya que entonces no se aprobó.

DEFENDIENDO LA LEY 6ª

No le correspondió el proceso de presentación de este proyecto de ley al Congreso ni los esfuerzos para su aprobación. Pero sí le correspondió participar en la defensa de la primera demanda. Hizo un documento muy técnico y lo envió a la Corte Constitucional, que era donde se llevaba el proceso: "Yo tenía el recibo de haberlo presentado; no ingresó como un documento de defensa, pero al parecer lo leyeron, porque lo mencionaron". En el escrito se solicitaba una audiencia pública con los atacantes y defensores de la Ley, y además, que dejaran participar a los anestesiólogos.

Tuve la buena fortuna de quedar de antepenúltimo para hablar; el último era el abogado contratado como defensor. Me había preparado con unas notas, llevé mi libretica; cuando empiezo a ver a los demandantes decir una cantidad de barbaridades, y empecé a anotar y me tocó escribir otro discurso completamente distinto para poder responderles. No dije nada de lo que llevaba planeado, sino solo respuestas a ellos. Siento que me fue sumamente bien.

Hubo otras dos ponencias de quienes defendían el proyecto: la del Dr. Jorge Mario Correa y la del Dr. Manuel Galindo. Fueron ponencias magníficas, y al terminar el abogado defensor reconoció la importancia de las intervenciones.

En mi presentación dije: "Cuando uno argumenta, argumenta para convencer a los demás; yo no pretendo convencer al auditorio, sino a la Corte, entonces me disculpan si hago referencias a cosas que la Corte conoce, y que puede que el auditorio no conozca" (porque la Corte conocía todo ese expediente). Y para poder ahorrar tiempo, fui al grano, porque uno no tiene sino 20 minutos, y la tesis era esta: "No se trata de una ley que regula la práctica de la anestesia, sino a quien ejerce o no la anestesia; aquí no se está diciendo si se puede dar anestesia con esto o si se puede inyectar tal o cual droga, no, eso no se menciona para nada; la ley regula a quienes ejercen la especialidad de la anestesiología, que son los que se entrenaron, esos son los que deben ser tenidos en cuenta, no dice más; entonces, todo lo demás que argumentan quienes la atacan, está completamente salido de término".

Eso era lo que se reglamentaba, y al final la Corte, cuando falló, dijo que sí era posible reglamentar el ejercicio.

"Me había preparado para defender la Ley 6ª con unas notas y llevé mi libretica; cuando empiezo a ver a los demandantes decir una cantidad de barbaridades, y me tocó escribir otro discurso completamente distinto para poder responderles".

NUEVE AÑOS EN LA JUNTA DIRECTIVA

Alcanzó a estar un total de nueve años continuos en la Junta Directiva. Nunca hizo campaña para que lo reeligieran, "porque no tengo temperamento para eso, simplemente molestaba y fregaba tanto y atajaba propuestas que se hacían". Recuerda una asamblea en la que se aprobó una proposición y de pronto alguien levantó la mano e hizo una nueva propuesta; él pidió la palabra: "Si van a votar esa nueva propuesta, es necesario anular la anterior, porque esta se contrapone a la otra". Anuló propuestas y procedimientos que hubiesen entorpecido las asambleas. "Me consideraba muy necio respecto a las normas y al cumplimiento de los estatutos, los cuales tenía en mi cabeza". Esta actitud le causó muchos problemas, pues su forma de ser era cortante, aunque sin agredir a nadie, sin atacar a nadie, "simplemente se trataba de respetar normas, reglamentos, estatutos".

REFORMANDO ESTATUTOS

Una de los temas más difíciles de controvertir durante el tiempo que estuvo en la Junta fueron las anestesias simultáneas. Había un puñado de personas, inclusive miembros de la Junta y alguno que fue presidente después, que insistían en que había que hacer las simultáneas para atender a la población, porque la anestesia se necesitaba y la única manera de solucionar el déficit de quienes la administraban era con anestesias simultáneas. No podían entender que eso era una aberración del ejercicio, pues en lugar de mejorar el servicio, se estaba abandonando al paciente y dándole la peor atención posible.

Eran debates muy duros y extensos, y recuerda cómo en Barranquilla se tuvo que volver a citar la asamblea después de medianoche; estaba citada para un día, y cuando llegó la medianoche se acabó la citación, así que la misma asamblea se autocitó y siguió deliberando. Se debatió ese tema hasta las 4 de la mañana. Al final se rechazó la posibilidad de la simultaneidad de las anestesias, lo que aún hoy se sigue combatiendo.

Pero a pesar de los temas tan difíciles y las largas controversias, mientras lideró la Junta siempre se trató de formar consensos y muy pocas veces se llegó a la necesidad de las votaciones.

Por eso lo que pasó en Armenia, cuando unas mayorías trataron de opacar la participación de los miembros de la asamblea, fue una aberración. Había una democracia representativa y deliberativa y se trató de cambiarla por unos intereses de poder. Fue lo que sucedió en Medellín, cuando Caldas, Cundinamarca y la mayoría de los expresidentes se retiraron de la asamblea porque se intentó imponer el sistema de "suficiente ilustración", con lo cual se terminaba la deliberación. Por fortuna esto cambió en la siguiente asamblea, y si bien no es totalmente equitativo, con la elección de Junta por cociente electoral se equilibraron las cargas. En Armenia se dieron cuenta de que tenían el poder, y decidieron que "tenemos que usarlo", y lo usaron desvergonzadamente: "tengo el poder y puedo callar esta discusión", "no nos interesa, "suficiente ilustración"; pide la palabra un miembro de la asamblea: "¿es de Cundinamarca, es de Caldas?, no nos interesa su punto de vista, suficiente ilustración". Así se pretendió acallar la voz de una parte de las regionales.

Nunca quise ser presidente de la Sociedad, no busqué esa posición, no hice campaña. Creo que me eligieron porque otro candidato era muy joven y muy impulsivo, y consideraron que mi posición crítica, pero constructiva, le iba mejor a la entidad.

Para ese entonces había salido de la Junta un año atrás y no tenía intención de regresar. Pero lo buscaron como una alternativa, y fue presidente de 2001 a 2002.

Una de las cosas que más lo enorgullece es haber participado en las reformas de los estatutos de la Sociedad. Las asambleas eran eternas, las votaciones también, había que votar y se hacía manualmente, faltaba un voto y había que repetir la votación; cualquiera que fuera el tema, se tenía que resolver por votación popular. Era muy democrático, pero muy lento, y todo era más complejo a medida que aumentaban los delegados a causa del incremento en la vinculación de anestesiólogos a las seccionales.

Promoví una de las primeras reformas de estatutos en esta Sociedad, los cuales llevaban años quietos. Fue en la primera asamblea a la que asistí, en Pasto, en los 80; ellos no pudieron hacer el congreso y se corrieron las fechas. Cuando se informó que la asamblea era en Pasto, me postulé para asistir. Había hecho el internado allá, tenía buenos amigos y amigas; en esa época se participaba con el bolsillo de cada uno, y yo fui el único delegado de Caldas. Propuse la reforma de estatutos y, entre otros, el Dr. Arrázola controvirtió mi idea: "¿Para qué reforma de estatutos?; los estatutos nuestros funcionan muy bien, están perfectos, llevamos años con ellos; ¿cuál es la causa de esta solicitud?; deme una razón para ello". Le contesté: "Verifique el quórum, no hay quórum para sesionar ni para decidir". Y él: "No es posible que un jovencito, nuevo en la Sociedad, nos venga a imponer razones para no hacer la asamblea".

LA FILOSOFÍA, EL *ROCK AND ROLL*, LA CIENCIA FICCIÓN

Los primeros estatutos de la Sociedad fueron los de 1949; se modificaron en 1956 al asumir la Sociedad Colombiana la personería cedida por la que se convirtió en Cundinamarquesa; se modificaron por segunda vez en la VIII Asamblea en Bogotá del 1 y 2 de noviembre de 1963; y por tercera vez en la IX Asamblea General reunida en Manizales en 1964. A raíz del problema de Pasto, se hizo una reunión extraordinaria en Bogotá, en la Clínica Marly:

Era 1981, estaba en Estados Unidos y no pensé que alcanzaría a asistir a la reunión, pero me bajé del avión y me fui para la asamblea. Allí empecé a ser nombrado en comisiones de estatutos y casi que me volví rutinario en esas responsabilidades. Esto debido a mi formación personal y porque venía de la Sociedad Caldense, donde siempre ha habido muy buen debate. Los delegados de la Caldense siempre están interviniendo en las asambleas, cuestionando, proponiendo, allá hay una cultura del debate, y esta se ha trasladado a las convenciones nacionales.

Su afición al rock es la más reconocida, la conoce casi todo el mundo, ya que en dos ocasiones ha dictado la conferencia "Historia del rock en sus comienzos". No tiene claro por qué le salió el gusto por el rock: "De los gustos uno no tiene conciencia de por qué le interesan". En su época de estudiante, en los años 60, lo que la gente seguía eran los Teenagers, los Black Stars, Gustavo Quintero, y eso no le sonaba, no oía música; empezó a oír a los Beatles y le pareció glorioso, espectacular, increíble; empezó con Elvis Presley y se dedicó a revisar la historia del *rock and roll*.

Cuando estaba haciendo la residencia de anestesia, recién egresado, se me aparece una gitana y me dice que yo iba a estudiar filosofía; yo me le toteo de la risa. En esa época yo no tenía conciencia, aunque retrospectivamente pienso que sí podía ser así, pero no me había dado cuenta de esa orientación filosófica. Siempre me ha gustado leer ciencia ficción, y la ciencia ficción es ficción especulativa, es poner premisas de las cuales salen conclusiones, entonces el que hace la ficción crea una premisa salida de tono o absolutamente aparte de la realidad, y de ahí cuelga las conclusiones. Después me di cuenta de que Borges había dicho que la metafísica era parte de la literatura fantástica, y sí, eso es literatura fantástica. Me fui metiendo en todo eso poquito a poco.

Cree que esa es la puerta de entrada mayor: leer ciencia ficción es como leer experimentos mentales, que son muy comunes en filosofía:

Usted entra a una conferencia de filosofía y cree que esa gente está hablando de ciencia ficción, empiezan a hablar de los mundos posibles; entonces, en un mundo posible puede que la gravedad sea inversa, y empiezan a especular: "¿Qué pasaría con la ética en un mundo como esos?", y entonces son filósofos que están especulando. Me sentí entrando en ese campo sin darme cuenta. El interés por la ciencia: ¿qué es lo que hace que la ciencia tenga peso? Empecé a leer por mi cuenta hasta que me topé alguna vez con quienes nombraban tanto a Kuhn, los paradigmas para arriba y los paradigmas para abajo. Decidí leer el libro de Kuhn, lo compré, y me produjo un impacto tan grande que lo resumí. Ahora que he estudiado más la filosofía de la ciencia me convencí de que no soy "kuhniano", no estoy de acuerdo con sus ideas,

pero el libro y la argumentación son increíbles, es la obra más citada en la filosofía y la ciencia; pero entonces la leí y me empecé a dar cuenta de que yo estaba metido en el cuento.

Se organizó un grupo de filósofos y se les pidió que hicieran conferencias a los médicos. Él no estaba en el grupo, pero a última hora lo invitaron: "'Porque a usted le gusta eso; no será para médicos, lo vamos hacer para la gente en general', porque la Facultad de Filosofía de la Universidad de Caldas estaba en crisis, la iban a cerrar, no se inscribía nadie". Ese curso revitalizó la facultad, se encontraron médicos, abogados, ingenieros, mucha gente: "Salíamos a conversar. Allá uno crea amistades nuevas. Se acabó el curso y dijimos: '¡Cómo así!, no vamos a perder el impulso', y se creó un nuevo grupo de estudio, que todavía sobrevive". Como se toma vino todo el tiempo y se habla de filosofía, le pusieron 'Vinosofía', y así lo citan por correo electrónico. "El problema es que no producimos, no escribimos. Por mucho tiempo nos reunimos en el quirófano de cirugía ambulatoria, esa fue la oficina durante años".

Allí encontró a Alejandro Patiño, excelente persona y ejecutor increíble, un filósofo que ingresó al grupo; fue el primer coordinador de la Maestría en Filosofía y quien lo impulsó a que ingresara a los estudios: "Soy un aficionado, pero me insistió y terminó siendo mi director de tesis".

En su vida ha traducido o resumido por lo menos cinco o seis libros, a mano. "Que un libro me impacte es muy difícil, pero cuando me llega, lo resumo o lo traduzco".

Su tesis de grado fue sobre "La epistemología evolucionista". Aprendió de Umberto Eco cómo se hace una tesis. Dice que los jóvenes usualmente tienden a elegir un tema entero, y que nadie puede con un tema así: "Elija un tema en alguien, y si ese alguien es muy prolífico, tome de tal año a tal año y no trabaje sino en eso". Le pasó con su director de tesis: llevaba un año sin ser capaz de escribir, enredado, le entregó lo que tenía escrito, y él,

[…] con la amabilidad que lo caracteriza, me dijo: '¿Sabes? El 30 por ciento de lo que hay ahí lo puedes borrar', y me lo marcó. Como en computador se borra tan fácil, dejé una copia y borré el 30 por ciento; leí y releí, y listo, claro, se me abrieron los caminos y terminé la tesis.

SU VISIÓN DE LA SOCIEDAD

Piensa que la Sociedad ha evolucionado muy bien, que a pesar de todos los problemas que ha tenido, es excelente, porque se fundamentó muy bien como empresa. Tiene la preocupación de muchos acerca de la prioridad que se le ha dado a la parte empresarial y el detrimento de los aspectos gremiales, aunque no tanto de la parte científico-académica: "Se perdió la parte racional, argumentativa, que era uno de los atractivos más grandes". Lo que mejor recuerda de las asambleas era ir a encontrarse con mentes muy brillantes, a discutir temas y hablar hasta que se acabara el tema, porque nadie lo paraba; "eso se perdió; las asambleas de hoy son empresariales y ya no hay tiempo para el diálogo, para el desahogo".

Insiste en que hay que cuidar a la Sociedad:

Antes, cuando no había dinero para manejar, no había tanto interés en participar; pero cuando apareció el recurso financiero, apareció la ambición de poder. Cuando hay botín, hay quien esté detrás de él, eso es universal, la ley humana, la naturaleza humana. También hay gente que está detrás del poder por el poder, no para el servicio, y esos aspectos preocupan.

" '¡Cómo se les ocurre meterse en un negocio tan loco como ese y con un futuro incierto!". Y es que el FEPASDE fue una locura que resultó, y se puede hablar de él porque fue positivo, porque tenía más chance de frustrarse que de concretarse, pero salió".

Tenemos que ser más quisquillosos, y por eso me quejo tanto y soy tan insistente en la representatividad. A la democracia representativa se le puso un parche, a la deliberativa no se le ha puesto; en cualquier momento puede reaparecer la intención de cortar la discusión, y una mayoría, que es una minoría representativa, puede comprometer en un momento dado la deliberación, como sucedió en el pasado.

Entre sus actuaciones en la presidencia de la S.C.A.R.E., recuerda lo relacionado con la fundación de CorpoSCARE, entidad que debió crearse sin una asamblea extraordinaria:

Se debió crear por los impuestos que decretó el gobierno de Álvaro Uribe y que en el año 2001 costaron muchos pesos; tocó crear una empresa que funcionara y tuviera todo aparte, para que solo tributara esa empresa con un patrimonio limitado. Se tuvo que hacer sin asamblea, antes de que se venciera la vigencia, para que en 2003 no hubiera problemas ni se tuviera que pagar una importante cuantía por impuestos.

Cuando llegó la asamblea siguiente y se contó que se había creado la empresa sin asamblea previa, se intentó armar un debate, pero se explicó la situación: la vigencia de los impuestos es anual, y las empresas se tienen que crear el año anterior para que apliquen las declaraciones de renta. "No nos podíamos dar el lujo de citar a una asamblea extraordinaria por problemas económicos; eso salía carísimo; fue una decisión unánime de la Junta Directiva".

Cuando le propusieron ser presidente, una de las condiciones que puso para ello fue la elección de un vicepresidente absolutamente confiable, porque no podía estar en Bogotá todo el tiempo. En esa época lo llevaban y lo traían, pero había sesiones en las que no se pagaba nada, escasamente alojamiento y pasajes, y él no estaba en capacidad de asumir esos gastos. Tenía plena confianza en Mario Granados por su rectitud, por ser muy exigente y meticuloso, para que, "cuando yo no pueda ir a Bogotá, que haga lo que haya que hacer bien".

Esta puede ser una mirada simplista de un líder: carismático, comprometido, cuestionador, pero que ha puesto toda su inteligencia al servicio de la Sociedad; en muchos de los desarrollos para su progreso está su impronta y su firma.

HERNÁN DUQUE ESTRADA

IMPULSOR DE LA ANESTESIA PEDIÁTRICA EN CALDAS

Es un manizaleño raizal que terminó sus estudios de bachillerato en 1947 en Pereira, a donde su padre se había trasladado por razones de trabajo.

Viajó a Bogotá para llevar adelante sus estudios de medicina, que culminó en 1954, recibiendo su título en el acto especial donde la Universidad Nacional, en el estadio de la Ciudad Universitaria, graduó masivamente a un multitudinario grupo de profesionales de diferentes carreras, en lo que se llamó el "jaripeo" (como referencia a las fiestas populares mexicanas): "Era el único sitio donde cabían los estudiantes y los familiares que asistían a acompañarlos". Allí se graduaron también el Dr. Rafael Sarmiento y el Dr. Juan Marín (14).

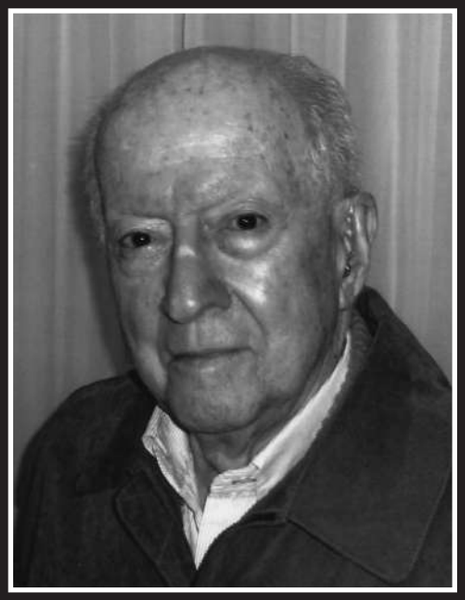
Era una época de ingreso masivo de estudiantes a la universidad, a la cual se presentaron 800 para el primer año, y terminaron graduándose 160 del grupo de la mañana y más o menos los mismos del grupo de la tarde.

Hizo el internado en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, en dermatología, y después el año rural en los Llanos Orientales, en una época en la cual no se tenía que buscar dónde cumplir este requisito, pues perseguían a los recién graduados para ofrecerles trabajo. Se fue a trabajar con la Armada Nacional a Apiay, donde se había abierto una base fluvial en respuesta a la terminación de la violencia con la desmovilización guerrillera. Habían organizado esos puestos como un avance de contacto con la población civil y como apoyo a los nuevos desafíos sociales que había que enfrentar. Por el Río Meta se cumplía la labor de transporte de la población y el acopio de materiales de supervivencia, alimenticios y de otro tipo.

Estuvo dos años y medio en unas condiciones realmente difíciles, pues no había con qué trabajar; un día se descubrió de alpargatas y sin ninguna expectativa de futuro, lo que le hizo pensar en el camino que debía seguir:

Definitivamente el Llano lo atrae y lo atrapa a uno, y eso me hizo despertar. Mi trabajo se limitaba a tratar paludismo y enfermedades tropicales y a atender partos en condiciones infrahumanas, a hacer una medicina sin recursos. No tuve la menor experiencia quirúrgica ni anestésica, y los casos que resultaban se debían remitir especialmente a Villavicencio.

En una oportunidad, un médico nuevo llegado a la base le propuso que lo ayudara en una cirugía:



▲ Dr. Hernán Duque Estrada

Lo del catéter para peridural fue accidental: vio uno de los cables delgados de las líneas telefónicas y resolvió probar si pasaban por la aguja de Touhy; entonces, se les quitó el alma de metal y se sometieron a esterilización por autoclave.

"Lo hice con plena ignorancia y lo poco que recuerdo me permite identificar una anestesia con éter, pero no supe cómo se administró" (15).

En estas condiciones hablé con el director de sanidad naval para presentar mi renuncia, pero me ofrecieron el traslado a Cartagena para el Hospital Naval, a la unidad sanitaria del puerto, donde se ejercía una medicina general sin muchas concreciones sobre un área específica. Le ayudaba al ginecólogo y al ortopedista, pero de nuevo sin muchas expectativas futuras. Nos invitaron a escalafonarnos con el fin de seguir la carrera militar y posteriormente tener la opción de hacer cursos especiales en el Hospital Militar de Bogotá. No me escalafoné, pero manifesté mi interés en esa posibilidad, la cual no pude aprovechar porque los dos cupos que existían ya habían sido asignados, uno de ellos al que después fue presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Dr. Gustavo Malagón. Les manifesté mi inconformidad, y les dije que si cuatro años de servicio a la Armada no eran suficientes para darme apoyo con esa especialización, me retiraba, y renuncié sin saber qué iba a hacer en el futuro.

En esa oportunidad, el Dr. Mariano Betín, quien hacía anestesia de forma empírica, me informó que haría un curso especial de anestesia en Cali. Le manifesté mi interés en ese curso, y días después me llamó para informarme que había posibilidades de una especialización, sin especificar cuál era. Por tanto, al haber renunciado y sin otra expectativa de trabajo, viajé a la ciudad de Cali a presentar mis papeles, encontrando que había posibilidades en otorrino, cirugía, ginecología y anestesia, entre otras. Encontré una universidad bien organizada y en proceso de crecimiento y desarrollo.

SIN CONTACTO CON LA ANESTESIA

El Dr. Duque no tuvo ningún contacto con la anestesia durante el periodo de su formación como médico ni durante el periodo de internado. Conoció al Dr. Juan Marín en el hospital San Juan de Dios, como una persona lejana, cuando servía como ayudante en las cirugías, viéndolo como una especie de semidiós que imponía sus criterios en ese campo de trabajo.

La anestesia no parecía una actividad atractiva para los estudiantes, pues como decía el Dr. Marín: "La anestesia se ha sacado de la cloaca de los sanitarios". Tal vez el único recuerdo que tengo de una vivencia en anestesia fue cuando estaba de ayudante en una cirugía de ortopedia, y apareció el Dr. Gustavo Delgado, que había regresado de su entrenamiento en Estados Unidos, y llamó a la hermana para encargarla del control del paciente que había anestesiado. Recuerdo que estábamos vestidos con traje de calle y una simple blusa nos protegía; la sala era prácticamente abierta al público. Esa era entonces mi visión de la cirugía y la anestesia.

SU VINCULACIÓN A LA ANESTESIA

Siempre se ha preguntado por qué se orientó hacia la anestesia, y en ese sentido, se refiere a su paso por Cartagena, donde conoció a los Dres. Mariano Betín y Luis Jorge Benedetti.

"¿Por qué tomé la opción de la anestesia? No tengo conciencia de ello". Se presentó al servicio, que estaba dirigido por el Dr. José Vicente Sandino, y trabajaban con él los Dres. Roberto Nel Peláez y Arnobio Vanegas; después aparecieron los Dres. Benjamín Burbano y Eliseo Cuadrado del Río, quien venía de su especialización en Europa. Inició la especialización a mediados de 1958 y la terminó en 1960, y se quedó en el hospital hasta mediados de 1961, cuando se fue a trabajar a Tuluá. Para poder trabajar allí, la universidad le dio un título, pero unos tres años después se certificó por ASCOFAME. En el Hospital Universitario del Valle fue jefe de residentes: "Me reconocían 150 pesos mensuales y me daban comida y alojamiento".

En la residencia estaban conmigo, en diferentes momentos, los Dres. Jaime Londoño, Jaime Rollano y Carlos Castaños Arellano, este último de Bolivia, quien sería luego secretario ejecutivo de la CLASA por cuatro periodos. Después llegó otra boliviana, Marisa Murguia, pero yo no tuve mucha relación con ella, pues ya salía a trabajar a Tuluá. Tuve oportunidad de trabajar poco tiempo con Jaime Herrera Pontón, quien ya terminaba su residencia, y a partir de finales de 1958 me quedé prácticamente solo con los profesores, trabajando día y noche, mientras otros residentes iniciaban la especialización. La experiencia en Tuluá fue de tres años, en los que trabajé solo. El Seguro abrió una clínica, pero no sé cómo funcionaba, pues estaba prácticamente vacía. Allí ejercía como anestesista el Dr. Eduardo Echeverry, hermano del Dr. Gerardo Echeverry, prestigioso cirujano de Manizales; pero yo no tuve una relación especial con él.

EL CATÉTER PARA ANESTESIA PERIDURAL

Una innovación muy importante del Dr. Duque en esa época fue el catéter para la anestesia peridural continua, en un momento en que no se tenía este dispositivo para administrar la técnica por periodos más o menos prolongados:

Se remontan estos hechos a mi época en la ciudad de Tuluá, donde un día se me presentó el Dr. Hernando Cardona, caldense, anestesiólogo de Buga, que quería conocerme. Era una persona muy especial, muy sencilla, que no aparentaba nada, ni personalmente ni en el campo de la anestesia, pero era un genio para la anestesia peridural. Hicimos una gran amistad, y él fue quien me indujo y me ayudó a perfeccionarme en la aplicación de esta técnica, que si bien la había aprendido en la universidad, la mejoré para todo tipo de procedimientos de cirugía abdominal, inclusive vesículas, y para todo tipo de procedimientos en los miembros inferiores.

Lo del catéter fue accidental: llegaron al hospital unos técnicos en líneas telefónicas, y él, al conversar con ellos, vio uno de los cables delgados que utilizaban, por lo que resolvió probar si estos pasaban por la aguja de Touhy. Se les quitó el alma de metal y se sometieron a la esterilización por autoclave: "Eran resistentes y se podían esterilizar por este medio". Para darles consistencia, pues eran muy flexibles, utilizó una cuerda de tiple que se le ponía al catéter para su introducción, y posteriormente, al estar ubicado en el espacio, se retiraba. Las otras alternativas de solución, los catéteres plásticos de polivinilo o polietileno, no existían, y la esterilización en autoclave no se podía hacer, pues los catéteres se dañaban, y además esta debía hacerse en líquidos desinfectantes, lo cual no era seguro para poner después en el espacio peridural. Otro otro problema de los catéteres plásticos era su condición muy quebradiza, "lo que no sucedía con el de la línea telefónica, que comenzamos a usar de forma rutinaria. Este procedimiento lo presenté de manera informal en varias reuniones y se fue popularizando; entretanto, aparecieron otras alternativas para administrar la anestesia peridural continua".

SU VINCULACIÓN A MANIZALES Y LA ANESTESIA PEDIÁTRICA

Cuenta el Dr. Duque:

Estando en Tuluá me llamaron el Dr. Josué Estrada, mi familiar, y el Dr. Mario Orozco, director del Hospital Universitario de Caldas, compañero de la universidad y "de la misma saca". Me informaron que en el hospital necesitaban un anestesiólogo, pues el Dr. Bernardo Ocampo se iba a México a estudiar, y que igualmente el Hospital Infantil se quedaría sin anestesiólogo. Estaba por entonces en plan de casarme. Me conocían en Manizales. Estaba trabajando solo y la propuesta era tentadora. El Dr. Daniel Henao Toro era el director del "hospitalito" y me ofreció concretar la vinculación de medio tiempo. Infortunadamente la posibilidad en el Universitario, con el Dr. Mario Orozco, no prosperó, y me vine con aquel medio tiempo.

Estando en Manizales, fue tentado varias veces desde la Universidad del Valle, por el Dr. Alex Cobo, para que se vinculara, no como profesor, sino como médico de planta en el hospital.

Siempre me impresionó la relación de la universidad con sus egresados, pues permanentemente éramos llamados para reuniones de integración y para preguntarnos cómo íbamos en nuestro trabajo. Ya estaba organizado en Manizales, planeaba mi matrimonio y de pronto me faltó coraje para iniciar un nuevo

cambio, así que resolví darle continuidad definitiva a mi permanencia en la ciudad.

"Me vine de esclavo", trabajaba día y noche, el Dr. Hernán Cuartas ayudaba en la mañana y se dedicaba a sus pacientes particulares el resto del tiempo. Pero su llegada fue un percance personal; se encontraba totalmente desorientado, porque en Cali no tuvo práctica pediátrica propiamente dicha; se atendía en el hospital universitario a los niños que llegaban a urgencias, y el resto eran remitidos a la Clínica Noel, la cual manejaba el Dr. Arnobio Vanegas.

Como anécdota, recuerdo un caso muy especial atendido en los primeros meses de mi residencia, en la época decembrina: una niña accidentada en Jumbo, a la cual la atravesó, a la altura del corazón, un volador perdido; traía el aparato incrustado en el tórax, y en el intento de retirárselo, se había quebrado. Nos preparamos para el caso sin saber de qué se trataba. Era una niña de 12 años a la cual recibimos todos inexpertos para darle la anestesia, mientras más adelante llegaba el Dr. Roberto Nel Peláez; fue una cirugía grande, una apertura de la cavidad torácica y sutura de perforación de la aurícula. Todo al final salió bien y la niña sobrevivió milagrosamente, pues el volador, que había taponado el orificio, impedía que se desangrara.

¡Su llegada a Manizales fue muy difícil, porque tenía a su lado a una persona mayor, con unas técnicas que consideraba perfectas, una persona muy especial, muy querida, que lo había apoyado y que lo recibió extraordinariamente, y que quería compartir con él todas sus experiencias y vivencias, inclusive parte de sus pacientes particulares, pero a partir de unas técnicas empíricas poco técnicas e inseguras. La situación de la anestesia pediátrica era crítica: el goteo abierto con el éter, con una compresa o con la mascarilla de Yankauer, el "frasco del Dr. Cuartas", como se llamaba, era muy difícil de manejar, y mucho más cuando se tenía tan poca experiencia en pediatría. Su principal dificultad para aceptar esta técnica radicaba en la insistencia que le hicieron en Cali sobre la forma de ventilar al paciente, esto es, con el balón para darle presión positiva; no se soltaba nunca de la mano; era una especie de comunicación permanente con la condición del paciente, y una maniobra salvadora para cualquier situación difícil que se presentara. Pero al llegar al Hospital Infantil y usar la técnica del Dr. Cuartas, aquello era imposible de hacer, pues la forma de ventilar al paciente intubado era presionando la parte abierta de la T de Ayre, que él organizaba con la "Ye" metálica del fonendoscopio; y en Cali les decían: "Jamás se suelta el balón, está temblando y se va a caer el edificio, no se suelta el balón".

Había tenido una experiencia adicional en Cali cuando llegó el Dr. George Claver, profesor de la Universidad de Tulane, que aprovechaba sus vacaciones para recorrer el mundo, apoyando a las universidades con las que tenía convenio, una de las cuales era la del Valle. Desde el primer momento le manifesté mi completa ignorancia y mi interés en aprenderle. Esto nos acercó y me permitió tener la oportunidad de recibir enseñanza de una persona experta clínicamente y muy hábil en las técnicas anestésicas.

El Dr. Claver permaneció tres meses en el Hospital de Cali. Con él se enfrentó la tormenta de escasez de anestesiólogos de las primeras épocas de residencia del Dr. Duque:

Fue una vivencia personal, individualizada y muy cercana. Aportó en mi formación como anestesiólogo y lo recuerdo con cariño y agradecimiento. Cuando nos fuimos a despedir, le manifesté que yo lo había visto a él como una vaca lechera a la que podía ordeñar y sacarle información. Su respuesta a nuestra amistad no se hizo esperar, y al poco tiempo me estaba informando que tenía la posibilidad de viajar a trabajar con él, en su grupo, con todos los beneficios. De nuevo no tomé esa opción, la desaproveché. Se me fue la candela pa' dentro.

La alternativa fue tomar el libro de Smith sobre anestesia pediátrica y convertirlo en su manual de cabecera; lo estudiaba, lo leía y lo releía día y noche, lo reabría cada vez que tenía oportunidad o cuando tenía un caso difícil.

Pero le quedaron los recuerdos, la información y las enseñanzas de un verdadero profesor de la anestesia. Una de las enseñanzas más importantes fue el manejo de un extraordinario anestésico, aunque muy peligroso, el ciclopropano, en el cual el Dr. Claver era verdadero experto; en ese entonces no se conocían los halogenados, y la anestesia se hacía con el éter y el óxido nitroso.

Esta relación le proporcionó una actitud especial frente al paciente, lo cual contrastaba con la técnica anestésica que había encontrado en el Hospital Infantil. Entiende que esta misma situación era la que había llevado al Dr. Bernardo Ocampo a buscar otras perspectivas de manejo del paciente pediátrico en la Ciudad de México. Entonces, la alternativa fue tomar el libro de Smith sobre anestesia pediátrica que le había regalado el Dr. Claver y convertirlo en su manual de cabecera; lo estudiaba, lo leía y lo releía, día y noche, lo reabría cada vez que tenía oportunidad o cuando tenía un caso difícil, y con ello orientaba el manejo de los pacientes. Tuvo un sufrimiento enorme con esa situación, al ser inexperto en el manejo de niños y tener la gran responsabilidad de manejar la anestesia en un hospital especializado en pacientes menores. Tomó la decisión de enfrentar la situación con un gran sufrimiento, pero con decisión, decidió no sacar el cuerpo, no dejarse derrotar, "porque yo no soy brillante, pero sí decidido y persistente". Enfrentó la situación con miedo. Tomaba tranquilizantes para ir a trabajar, pero poco a poco fue asumiendo la responsabilidad y respondiendo a ese desafío, y con el estudio y sus visitas a Cali a conversar con el Dr. Arnobio Vanegas, fue resolviendo la problemática.

La situación era tan crítica que para coger una vena –lo que rara vez se hacía en la anestesia– no existían agujas adecuadas, todas eran despuntadas, sin bisel y como con sierras, lo que hacía aún más difícil su canalización en los niños. En Cali la situación era bien diferente, pues las

agujas, aunque eran igualmente metálicas, eran nuevas, y cuando perdían su filo se descartaban. Aquí, en cambio, eran reesterilizadas infinidad de veces, sin ningún cuidado ni precaución por su calidad. Esta situación lo llevó a aprender a organizar las agujas y a tratar de recuperarles, por lo menos, su bisel y su filo, y "me volví experto en repararlas". Pero además empezó a hacer lo mismo con mucho instrumental de cirugía que estaba en iguales condiciones: reparaba pinzas, afilaba tijeras: "Me llevaba 20 y 30 aguas para la casa, y en los ratos libres las hacía utilizables".

Con base en sus lecturas y su insistencia, logró que llegara, nunca supo por qué medio, un equipo de anestesia tipo *To-and-Fro*, que estaba referenciado en el libro de Smith, y con el que cambió, en gran parte, la crítica situación que se vivía, empezando una era diferente de la anestesia en el "hospitalito" y posiblemente en la ciudad. Días después se consiguió un sistema *Jackson-Rees*, que de nuevo modificó la forma de trabajo; cambió todo el mantenimiento de la anestesia, pero muy especialmente la inducción, pues con la mascarilla especial colocada en la cara del paciente, se lograba una rápida profundización y un buen plano para la intubación y la cirugía. Por último, en 1964 fue al Congreso de Manizales el Dr. Kentaro Takaoka, y le obsequió al hospital un ventilador y un vaporizador, con lo que se inició la época especial de ventilación en los niños.

El Dr. Duque, sin tener ninguna vinculación con la academia, se convirtió en el profesor de anestesia pediátrica de la universidad, por el convenio docente/asistencial existente, y a través de este mecanismo entrenó a los primeros residentes que rotaron por el Hospital Infantil, y marcó pautas en el ejercicio de este aspecto de la especialidad en la región.

Poco tiempo después de su llegada al Hospital Infantil, el Dr. Cuartas sufrió un infarto, y él se quedó solo enfrentando todo tipo de cirugías, algunas tan complejas como las del Dr. Zamarino Jaramillo, de correcciones de ductus arterio venoso, en niños de tres y cuatro kilos:

Me tocó improvisar, me tocó innovar, me tocó aprender, me tocó enseñar, todo a base de voluntad y empeño. ¡Cómo no se nos morían los pacienticos! No teníamos herramientas para trabajar, teníamos que inventar, diseñar la cápsula del fonendoscopio para colocar en el pechito del niño, diseñar el fonendoscopio esofágico, todo con la ayuda del Ser Superior y una voluntad de sacar adelante a nuestros pacientes. Esta actitud nos permitió ejercer esta especialidad tan mal comprendida por nuestros compañeros del quirófano, darles a los pacientes oportunidades de salir adelante en todo tipo de patologías, y a los cirujanos la oportunidad de desarrollar sus técnicas, lo que hubiera sido imposible sin nuestra participación.

Una anécdota inolvidable, y que todavía recorre los caminos de los quirófanos, fue la del Dr. Duque con el Dr. Zamarino Jaramillo, magnífico cirujano cardiovascular, pero exigente, malgeniado, que permanentemente protestaba por la iluminación del área quirúrgica, solicitando al anestesiólogo y a todo el que pasaba por la sala de cirugía que mejorara la iluminación. En una cirugía compleja reclamaba de modo permanente una mejor ubicación de la luz en el campo quirúrgico, y muy especialmente se lo solicitaba al Dr. Duque, quien, en un momento casi de desesperación, le comunicó al Dr. Zamarino: "Doctor, defiéndase como pueda, pues lo que yo estudié fue anestesia y no luminotecnia".

Cuidadoso, persistente, serio y meticuloso en su trabajo, el Dr. Duque se convirtió en una institución de la anestesia en la región, reconocido tanto por los anestesiólogos que recibieron sus enseñanzas, como por los cirujanos que apreciaban su forma responsable de trabajo y la manera de relacionarse con los pacientes, quienes a su vez lo apreciaban y le reconocían su forma de colaborarles cuando se acercaban a un procedimiento quirúrgico.



PERFILES

CAUCA

José Ignacio Paz, pág. 104



Microscopio monopolar 1940

JOSÉ IGNACIO PAZ[1]

UNA PERSONALIDAD FUERTE PERO AMABLE

Era un hombre muy rígido, pero muy estudioso, y los recuerdos de su infancia son el de un gran estudio que había en la casa y el de su actividad de estudio todos los días de 9 a 12 de la noche, incluyendo sábados y domingos. Siempre se preocupó por enseñar, por preparar las clases para llevarlas a los residentes, a los estudiantes, y por hacer valer la anestesia como una especialidad que merecía todo el respeto, como cualquier otra, en una época dura en este sentido (16).

Les decía a sus hijas: "Tienen que poder mirar a la gente a los ojos y para eso tienen que ser honestos, honrados y claros, siempre francos, nunca le metan una puñalada por detrás a nadie". Era un hombre de blancos y negros, no tenía grises, quería o no quería, "sí, esta persona es una belleza o es un tal por cual", porque cuando le caía mal alguien, también se la montaba hasta el final, era rencoroso. Pero era muy trabajador, siempre cumplía con lo que tenía que hacer, sin pereza.", afirma su hija.

LOS "PASOS" DE LA SEMANA SANTA EN POPAYÁN

Su trabajo y su participación en la Semana Santa payanesa eran sus dos grandes pasiones. Era "semanasantero", el síndico (persona responsable de que todo salga bien) del "paso" de la "coronación", que es el paso de la familia que sale en la procesión del jueves santo y se organiza una semana antes. Era "cargero" (de las personas que llevan en andas los diferentes pasos en las procesiones de la Semana Santa) en dos pasos, y lo fue toda su vida hasta que tuvo 55 años, cuando le dio una crisis hipertensiva mientras cargaba, pero incluso esa vez terminó la procesión, "porque es una deshonra dejar un paso sin llevarlo hasta el final". Se volvió "regidor" (el que se encarga de que todo esté en orden en la procesión; es un cargo honorifico, el cargo más alto y con mayor responsabilidad en la organización de los diferentes pasos). Siempre fue muy activo en todo lo de la Semana Santa, y fue "regidor" hasta sus últimos días. Recibió la Alcayata de plata y la de oro, todas las Alcayatas que se entregaban en la Semana Santa[2].

Fue un hombre muy estricto en cuanto al horario. Si tenía un compromiso a las 6 de la tarde, él llegaba faltando 10 minutos para las 6, y entonces todo el mundo sabía que tenía que llegar antes de las 8, porque llegaba el Dr. Paz. Viajaba a Popayán el viernes porque el "paso" se armaba el sábado.

1. Esta nota sobre el Dr. Paz está basada en una entrevista con su hija, la Dra. María Ximena Paz, médica anestesióloga

2 Alcayata: Horquilla de hierro forjado, empotrada en un palo, generalmente de chonta, en cuyo extremo inferior lleva un anillo de hierro. Las alcayatas que deben llevar los cuatro cargueros esquineros tienen como misión sostener el paso durante los descansos a lo largo de la procesión.
Alcayata de Oro: Máxima condecoración que se les otorga a los cargueros de más antigüedad y que mínimo hayan cargado por espacio de 35 años continuos.
Armar el paso: Condicionar las andas con sus carteras, imágenes y sitial, entre otros elementos, a fin de dejar listo el paso para su posterior arreglo ornamental. Esta labor se comienza el sábado anterior a la Semana Santa (17).



▲ Dr. José Ignacio Paz

Siempre se preocupó por enseñar, por preparar las clases para llevarlas a los residentes, a los estudiantes, y por hacer valer la anestesia como una especialidad que merecía todo el respeto, como cualquier otra.

SU PERSONALIDAD

En las tardes libres salía a comer, era un hombre al que le encantaba comer bien, conocía los mejores restaurantes con los mejores platos y para él comer era un ritual. Le gustaba la buena música, tenía colecciones impresionantes de música clásica. No le gustaba viajar mucho y las vacaciones eran ir a Popayán; las hijas le armaban los paseos, odiaba el calor y se lo llevaban a San Andrés, donde se insolaba y quedaba rojo como un camarón.

A sus hijas les inculcó la disciplina. El respeto era para él muy valioso, cumplir con el deber era otra obsesión:

No importa la hora en la que usted se acueste o se levante, hay que cumplir la palabra, para lo que no hay que firmar nada, pero "usted es esclavo de su palabra", si usted dijo que a las 7 de la mañana el paciente está programado, a las 7 de la mañana el paciente debe estar listo; si usted durmió, si no durmió, si comió, ese no es el problema, usted lo prometió.

Era una persona completamente clara en sus cosas y nada lo movía de una decisión. "Decía: 'Nos vamos para Popayán a las 3 de la tarde', y podía caerse el mundo, pero a las 3 de la tarde en punto era la salida".

Era "carguero" (una de las personas que llevan en andas los diferentes pasos en las procesiones de la Semana Santa) en dos pasos, y lo siguió siendo hasta los 55 años.

ENTRENANDO A SU HIJA EN ANESTESIA

Cuenta la hija del Dr. Paz:

En quinto año de medicina tuve que presentar un trabajo de anestesia peridural, y lo hice con acetatos, que era lo que se usaba en ese entonces, de colores y todo. Le presenté a él mi trabajo, que faltaba un mes para presentar; él lo escuchó, no se le movió un músculo de la cara, y entonces me dijo: "Una hija mía no puede presentar eso", y me dio un libro de anestesia peridural para que estudiara. A los ocho días me oyó el trabajo nuevamente; fue un trabajo con diapositivas, y obviamente saqué 5 en anestesia.

Un ejemplo de su exigencia y rigurosidad: cuando pasé a anestesia, me llevó a Popayán una semana, porque quería que supiera manejar un quirófano. "Tienes que saber cómo te movilizas, cómo no contaminas, cómo se preparan las diluciones", y en efecto fue una semana intensa. Cuando llamaba y le contestaba, obviamente me reconocía la voz, y no saludaba, sino que decía: "Atropina", y yo le tenía que decir "Ampollas de un miligramo de dilución tal…". Me enseñó a usar las máscaras laríngeas, compró un set *y aprendí a usarlas en ocho días.*

Fue pionero en la neuroanestesia en Cali, con un neurocirujano muy famoso, el Dr. Arnoldo Levi, que recogía a la instrumentadora, a la circulante y a mi papá a las 4 de la mañana para llegar al hospital a montar el programa de la cirugía de neuro, pues de otro modo no había cómo hacerlo.

MÉDICO Y ANESTESIÓLOGO

Aprendió a trabajar desde que era estudiante. Cuando fue adolescente vendía boletas de fútbol, porque el abuelo era el presidente del estadio, era contador. Siempre le regalaba a la mamá la tercera parte de sus ingresos para que se comprara algo que le gustara, y siempre estuvo pendiente de ella toda la vida.

Médico de la Universidad del Cauca, como buen payanés, hizo el rural en Caloto, donde conoció a Sofonías Yacup, que fue Ministro de Salud, y los tres que hicieron el rural se prometieron que morirían allí en Caloto. Pasó a la Universidad del Valle a Anestesia entre los años 1960 y 1962. Hizo parte de la segunda o tercera generación de egresados. Al terminar se vinculó al programa de la Universidad del Valle para

quedarse como profesor durante 18 años; allí fue jefe de los departamentos de cirugía y anestesia.

Su compañero de rural, el Dr. Sofonías, lo llamó desde Popayán y le ofreció los mismos cargos de jefe del departamento de anestesia y jefe de sala de operaciones en el hospital, con vinculación a la Universidad del Cauca. "Creo que todo se dio, siempre había querido volver a Popayán, no quería morir en Cali, quería morir en su tierra". Allí aportó su rigurosidad, ajustó el programa, desde que el residente ingresaba tenía en la lista turnos y no los podía cambiar sino por dos razones: que se le muriera el papá o la mamá o que estuviera incapacitado. Se quedó en Popayán, se jubiló y empezó a trabajar con una cooperativa; no hacia turnos de noche, pero trabajaba todo el día, a pesar de sus dos limitaciones, la hipertensión y la diabetes.

Los que lo conocieron lo recuerdan como una persona exigente, pero muy cálido con los residentes, muy paternal. Una residente, casada con hijos, que vivía en Cali, pasó a la residencia en el Cauca y empezó; pero era un calvario, porque dejaba al marido con los tres hijos; el Dr. Paz no descansó hasta conseguirle traslado a Cali al programa del Valle. Si una residente quedaba embarazada, él veía cómo la ayudaba, cómo la organizaba, cómo le hacia la vida más fácil. Si rendía, la apoyaba. Pero si se salían del turno, si se le volaban y salían más temprano o no seguían sus pasos, ahí se perdía todo su apoyo por completo. Cuando enviaba residentes a rotaciones en Cali, los recomendaba: "Para allá va el Dr. fulano, trátemelo con cariño, que responde bien"; pero si este tenía problemas o le caía mal, era: "Allá va ese…, apriétele las tuercas, que no salga temprano". Era un hombre de grandes odios y de grandes amores.

Trabajaba más que todo en neuroanestesia, la cual le encantaba: fue por 15 años el anestesiólogo del Dr. Carlos Alberto Acevedo, considerado uno de los padres de la neurocirugía en Colombia. Tuvo la oportunidad de viajar al extranjero, a Estados Unidos. El último que entonces rotó fue el Dr. Isaac del Real, y después de eso se suspendió el convenio. Otro tema que le apasionaba era la anestesia obstétrica, "era un duro en obstetricia: la mitad de su biblioteca, que era muy grande, era de clínicas de anestesia para obstetricia, y las charlas, que a él le encantaba preparar, se referían a esa anestesia". No le gustaba la anestesia pediátrica.

No era muy gremial, era un hombre muy solo, dado su mismo carácter. Le gustaba enseñar en el tú a tú, en el diario vivir. En sus inicios iba a congresos, pero poco a poco los abandonó, pues decía: "Los congresos son mucha actividad social y usted no aprende nada que no sepa, y para tomar whisky y divertirse hay otros espacios". Prefería que todos se fueran al congreso y él se quedaba. Pero la Semana Santa se la tenían que dejar libre, "porque era algo sagrado viajar a Popayán; sobre eso no había nada qué hacer, y pienso que él de alguna manera sacrificaba muchas cosas para poder tener ese espacio en su Popayán".

No desarrolló nada, pero el maletín de mi papá era una cosa especial. Cuando fui a sacar las cosas luego de su muerte, era una maleta inmensa y allí había máscaras, cánulas, tubitos, tubitos más grandes, tubitos más pequeños; no sé para que los usaba, pero él tenía una cantidad de aditamentos. Era una época en la que el anestesiólogo debía tener las cosas a mano y las instituciones no proveían todos los elementos de trabajo, así que había que protegerse.

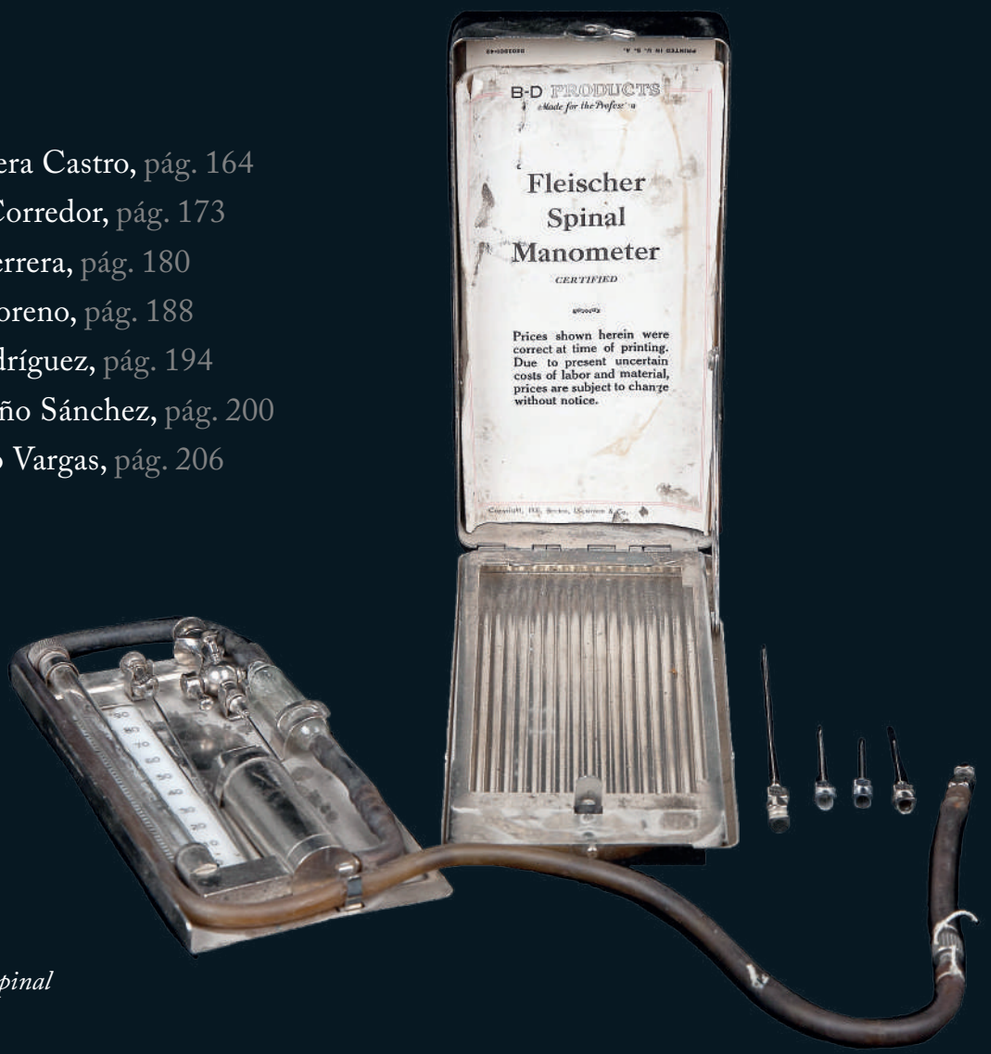
Para los caballos tenía una querencia especial. Tenía varios de paso fino y a sus nietos les reglaba alguno cuando nacían. Su perro lo acompañaba en todas sus correrías; cuando el Dr. Paz murió, el perro murió a los pocos días, y su caballo del diario se enfermó, no supieron qué tenía, y a los pocos días murió también.



PERFILES

CUNDINAMARCA

Manuel Galindo Arias, pág. 110
Guilleromo Torres Gaitán, pág. 119
Carlos Catellanos Ch., pág. 123
Carlos Julio Parra Higuera, pág. 127
Álvaro Pinilla Rojas, pág. 135
Fernando Raffan Sanabria, pág. 140
Nohora Madiedo Clavijo, pág. 149
Javier Eslava Schmalbach, pág. 159
Fernando Aguilera Castro, pág. 164
Germán Parra Corredor, pág. 173
Mario Mejía Herrera, pág. 180
Ignacio Ruiz Moreno, pág. 188
Édgar Celis Rodríguez, pág. 194
Luz Hidela Patiño Sánchez, pág. 200
Ricardo Navarro Vargas, pág. 206



Manómetro de medicón de presión espinal

MANUEL GALINDO ARIAS

LÍDER INDISCUTIBLE DE LA ANESTESIA COLOMBIANA QUE HA EXTENDIDO SU APORTE A LAS FEDERACIONES LATINOAMERICANA Y MUNDIAL DE ANESTESIA

CAMINANDO POR LA MEDICINA

Nació en Facatativá en 1949. Su padre era un gerente de banco a quien trasladaban de un lugar a otro. En 1960 se establecieron definitivamente en Bogotá. Después de terminar el bachillerato en el Colegio Americano, en 1968 inició medicina en la Universidad Nacional de Colombia. Su madre era tolimense, y eran seis hermanos.

Terminé medicina en el año 74 y fui médico general por cinco años en el Seguro Social, en la Caja Nacional y en la Secretaría de Salud de Bogotá. Realicé mi año rural en Gachetá, Cundinamarca, en donde, como médico general, junto con otros colegas, operábamos, dábamos anestesia, poníamos yesos, hacíamos de todo. La anestesia la realizábamos con técnica raquídea o con anestesia general, a base de éter, tiopental y tucurín (d-tubo curarina). Uno de nosotros realizaba la cirugía y otro daba la anestesia (18).

Desde que cursaba el segundo año de medicina, comenzó a trabajar en la Clínica Palermo como ayudante de cirugía, todos los sábados y durante los cierres de la universidad, por varios años. Desde entonces aprendió a apreciar la anestesia, veía las dificultades y los problemas de los cirujanos, y en ocasiones tuvo que ayudar a resolverlos. Fue ayudante de eminentes profesores de cirugía de la Universidad Nacional, e incluso, por las relaciones que entabló con algunos de ellos, habría tenido la oportunidad de presentarse a la residencia de cirugía, pero nunca lo hizo, pues siempre su interés estuvo en la anestesia. Apreciaba la labor de colegas como los Dres. Hernán Darío Acevedo (uno de los fundadores de la Sociedad, quien era además piloto de avioneta: "Alguna vez me llevó a los Llanos"), Siervo Guzmán, Manuel Montealegre, Enrique Lomanto, entre otros.

Su interés por las reivindicaciones de los médicos lo motivó a participar activamente en ASMEDAS, y estando allí invitó al Dr. Ignacio Ruiz a plantear la creación de un "fondo de auxilio solidario para demandas", idea que no tuvo eco en esa organización.



▲ Dr. Manuel Galindo Arias

A LA ANESTESIA TOTAL

Se formó en el programa de anestesiología del Hospital San Juan de Dios en los años 1979 a 1981. Se presentó primero en el San José con el Dr. Rafael Peña, pero no tenía recomendación de miembro alguno de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, y para alguien de la Universidad Nacional no era fácil ingresar sin esa recomendación, si bien algunos lo lograban. "Me fui al Hospital San Juan de Dios de la Universidad Nacional de Colombia; allí me abrió las puertas el Dr. Fernando Flórez Burgos, quien fue mi mentor, a quien le debo mucho y estaré siempre muy agradecido".

Tan pronto terminó el posgrado en anestesiología, el Dr. Álvaro Pinilla, quien fue su compañero de pregrado, lo llamó para vincularlo al Hospital Universitario de la Samaritana, donde era jefe de anestesia, y estuvo trabajando en esta entidad universitaria por más de diez años. Simultáneamente inició su actividad en la Clínica San Pedro Claver en 1981, donde permaneció hasta 2004. Allí, por los "convenios docente asistenciales", tuvo responsabilidades docentes con estudiantes de pregrado y posgrado de la Universidad Nacional, la Universidad Javeriana y la Universidad San Martín.

SU PASO POR LA CUNDINAMARQUESA

A los pocos meses de terminar la especialidad empezó a participar con entusiasmo en las actividades de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología (SCA). Asistía con regularidad a las reuniones de la Fundación Santa Fe de Bogotá, a las conferencias a las que lo invitaba el Dr. Eduardo García, con quien había trabajado en la Samaritana. Participó activamente en la SCA desde 1979, cuando se vinculó siendo residente, hasta 1986, cuando el Dr. García terminó su periodo de presidente. Por aquellas épocas se vivía en la Sociedad una gran polarización entre el Dr. García y el Dr. Rafael Sarmiento, ambos desta-

cados líderes de la especialidad; se decía que el Dr. García estaba resentido porque tenía el convencimiento de que el Dr. Sarmiento fue quien no permitió su entrada al grupo de anestesia de la Clínica Marly. El Dr. Sarmiento siempre negó esta versión y afirmaba que fue el gerente de la clínica, el Dr. Enrique Cavelier, quien negó su ingreso. La situación de conflicto entre estos dos personajes de la anestesiología bogotana llegó a un punto tan crítico, que poco después de terminado el Congreso Colombiano de Anestesiología de Bogotá de 1985, siendo presidente de la S.C.A.R.E. el Dr. Julio Enrique Peña, el Dr. García, quien lo había organizado, citó a una asamblea con el único objetivo de acusar públicamente al Dr. Sarmiento de querer entorpecer el evento.

Ante tal grado de polarización, varios anestesiólogos de la Sociedad consideraron saludable que a la Junta Directiva llegara gente nueva, que no estuviera relacionada de alguna manera con los grupos de los Dres. García o Sarmiento. Fue así como, en la elección de la Junta para el periodo 1986-1988, postularon y eligieron a los Dres. Manuel Galindo, Ricardo Carrillo, Ignacio Ruiz, Francisco Garavito y Josefina Avenosa, todos ellos jóvenes, sin ningún recorrido dentro de la Sociedad, y respecto a los cuales no existía mayor grado de credibilidad. Esta Junta fue reelegida para el periodo 1988-1990 con la participación del Dr. Rafael Sarmiento. Este grupo de jóvenes empezó a trabajar con mucho entusiasmo, a pesar del escepticismo de los colegas. Se trabajó en cinco grandes áreas: 1) trabajo con los residentes, 2) seguridad en anestesia, 3) educación continuada, 4) actividad gremial y 5) sede propia de la Sociedad.

Sobre el tema de la seguridad, cabe aludir a una comunicación del Dr. Galindo a los colegas y las instituciones, en la que se afirmaba que para dar anestesia era necesario contar con unas condiciones mínimas de monitoreo.

En el aspecto gremial, es destacable su lucha por la estabilidad laboral de los colegas. Por ejemplo, se logró, mediante conversación directa con el Dr. Julio Borely Mier, gerente de la Caja Nacional de Previsión, el reintegro del colega Numael Rico, quien había sido injustamente declarado insubsistente.

En el ámbito de la educación continuada apoyó las reuniones científicas tradicionales; pero a diferencia de lo acostumbrado, estas se descentralizaron en las diferentes clínicas de la ciudad, donde con frecuencia tenía que llevar sus propios equipos de proyección de diapositivas para las conferencias. Se hicieron cursos fuera de la ciudad (Zipaquirá, Fusagasugá, Girardot) y del departamento (Neiva, San Andrés), que le rindieron a la Sociedad, además de la ganancia científica, unos ingresos valiosos en esos momentos. Como parte de este proyecto, con el liderazgo del Dr. Galindo y el aporte importante del Dr. Ernesto Rojas, se publicó un boletín que se emitía cada tres meses, con el apoyo de Laboratorios Abbott, el cual se distribuía por Bogotá y todo el departamento.

Con estos dineros sumados a la rifa de un carro, que se ganó el cirujano Orlando Rodríguez, la Sociedad tuvo la posibilidad de comprar su primera sede en el edificio de una cooperativa de médicos y profesionales, SOMEC. Cuando la nueva Junta recibió la Sociedad, esta no tenía sede, sino que funcionaba "arrimada" al consultorio del Dr. Mario Ruiz Peláez, anterior secretario, y luego en la sede de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en el Hospital Militar Central, "hacinados" entre más de 30 sociedades científicas.

En este periodo, y desde la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, se comenzó a gestar el proyecto de ley que reglamentaría la especialidad y que más adelante se convirtió en la Ley 6ª. De igual modo, allí se inició el análisis sobre la la idea de crear un fondo de auxilio para demandas, que más tarde se llamó FEPASDE. Estas fueron ideas del Dr. Ignacio Ruiz, que la Junta discutió y apoyó incondicionalmente.

"Ante la renuncia de Bolivia nos tocó organizar, en solo dos años, el XX Congreso Colombiano y el XXII Congreso Latinoamericano, en unos momentos de gran inestabilidad en el país a causa del terrorismo desatado por el Cartel de Medellín".

LIDERAZGO EN LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA

Durante su paso de seis años como secretario ejecutivo y presidente de la S.C.A.R.E., el Dr. Galindo ejerció un liderazgo sobresaliente y tuvo una muy activa participación en los temas científicos y gremiales de la organización.

Acompañó todo el proceso legislativo de lo que más adelante sería la Ley 6ª de 1991, y luego la lucha por su implementación, mediante el Comité para el Control del Ejercicio de la Anestesiología. Impulsó, al lado de los Dres. Ignacio Ruiz, Rafael Sarmiento, Rafael Macías, Saúl Charris, Arnobio Vanegas y muchos otros colegas, la creación y el fortalecimiento del FEPASDE en todo el país. Visitó y apoyó a todas las filiales de la S.C.A.R.E. Participó, al igual que los Dres. Jorge Osorio y Ricardo Carrillo, en la definición de tarifas de anestesia del Seguro Social. Representó a la Sociedad frente a entes nacionales e internacionales. Participó en la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, al lado del Dr. Sarmiento, como vocal, fiscal y vicepresidente, y desde allí logró que esta organización fuera parte de una entidad creada para la defensa del gremio médico, el Consejo Superior de Instituciones Médicas (CONSIMED), del cual fue su secretario.

Su interés por las reivindicaciones de los médicos lo motivó a participar activamente en la Asociación Médica Sindical ASMEDAS, donde ocupó los cargos de vocal, secretario y fiscal. Estando en ASMEDAS, invitó al Dr. Ignacio Ruiz a plantear en su asamblea la creación de un "fondo de auxilio solidario para demandas", idea que no tuvo eco, con el argumento de que su creación estimularía las demandas contra los médicos. Fue uno de los creadores del Colegio Médico Colombiano, entidad en la cual ocupó el cargo de secretario en sus primeros años.

PRESENTE EN LA S.C.A.R.E., LA CLASA Y LA WFSA

CLASA

En su segundo periodo en la Junta Directiva de la S.C.A.R.E., en 1990, cuando ejercía la presidencia la Dra. María Eugenia Gómez, y debido a que ella se ausentó del país, la reemplazó el vicepresidente, Dr. José María Corella de Nariño. El Dr. Galindo, como secretario ejecutivo, debió asumir activamente las funciones directivas de la Sociedad en el nivel central en Bogotá.

Por su retiro transitorio y sus compromisos académicos, la Dra. María Eugenia Gómez le delegó su participación en la asamblea de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia CLASA en 1991, en Río de Janeiro, Brasil. De esta manera empezó a involucrarse en actividades relacionadas con la anestesia en la parte científica y gremial a nivel internacional. Teniendo esa representación, y ante la imposibi-

lidad de Bolivia de organizar el siguiente Congreso Latinoamericano,

Nos tocó organizar, en tan solo dos años, conjuntamente al XX Congreso Colombiano, el XXII Congreso Latinoamericano de Anestesiología que se celebraría del 11 al 15 de agosto de 1993, en unos momentos de una gran inestabilidad en el país a causa del terrorismo desatado por el Cartel de Medellín. Tanto fue así, que los colegas de Costa Rica llegaron a proponer que ellos podían organizar el congreso en nuestro lugar.

Fue una gran responsabilidad. Se logró realizar un congreso que fue reconocido como de gran calidad. Muchos de los contactos se hicieron sin conocer a los profesores invitados, "pero respondieron positivamente a nuestra invitación"; fue la primera vez que vino a América Latina el reconocido anestesiólogo Paul White, a quien nadie conocía personalmente, pero sí por sus múltiples publicaciones. Fue un trabajo coordinado: el Dr. Galindo tenía la responsabilidad de los aspectos científicos, el Dr. Ignacio Ruiz la parte logística, y el Dr. Fernando Aguilera se ocupó de la parte financiera. "Creo que fue un éxito bastante importante, con una asistencia de 1 350 personas, todo un récord para la época".

Desde las posiciones que ocupó en la CLASA lideró el concepto de "seguridad en el acto anestésico" que ya se había iniciado en Colombia; tuvo el encargo de redactar los nuevos estatutos de la CLASA y allí se crearon los Comités Ejecutivos Ampliados, que le permitieron a la organización tratar temas de las sociedades latinoamericanas, y desde cuya posición proyectó el concepto de seguridad de la sala de cirugía. En 2003 el Dr. Galindo fue elegido presidente, y como tal impulsó la labor científica y gremial con todas las sociedades de la región. Una experiencia positiva fue el contacto con la Ministra de Salud de Nicaragua, a quien se presionó para llegar a un acuerdo entre los anestesiólogos y el Ministerio sobre el tema de formación de técnicos de anestesia; se logró la disminución de los técnicos y el aumento en la formación de anestesiólogos en ese país, actividad que también se desarrolló en Paraguay y Bolivia. Con el apoyo de la S.C.A.R.E., se publicó un boletín virtual y se alcanzó a impulsar un libro virtual de anestesia que alcanzó importante desarrollo, pero que después murió con su retiro.

WFSA

En 1988 asistió con el Dr. Alfredo León, director ejecutivo de la S.C.A.R.E., al congreso WFSA en Washington, y allí se buscó la asignación para el país de la sede de un congreso mundial; en 1992, en el congreso de Holanda, y en compañía del Dr. Ignacio Ruiz, se presentó de nuevo la postulación; no se concretó el objetivo, pero se le dio visibilidad a Colombia y se desvirtuó en parte el karma del narcotráfico con el que se nos señalaba.

Fue elegido miembro del Comité de Seguridad de 1992 a 1996, desde donde trabajó con el Dr. Joachim Gravenstein, y en el congreso de Australia de 1996 fue elegido miembro del Comité de Estatutos y Reglamentos de la WFSA, en el cual llegó a ocupar la posición de *chairman*, lo cual le representaba una posición en el Comité Ejecutivo de la Federación. En 2004 participó en el *Venue Committ*e, donde se logró la sede de un congreso mundial para Latinoamérica, en Argentina. Todas estas posiciones en la WFSA, como la del WFSA *Advisory Group* y el Comité Consultivo de la Federación, le permitieron mostrar a nivel mundial los avances de la anestesiología colombiana, especialmente en materia de seguridad, y también recibir el aporte de los líderes mundiales en esta materia.

PRESENCIA EN MOMENTOS CRUCIALES DEL DESARROLLO DE LA ANESTESIA

La Ley 6ª

"En la asamblea de la S.C.A.R.E. en Cartagena en 1987, presentamos, con el Dr. Ricardo Carrillo, la propuesta que se había elaborado en la Sociedad Cundinamarquesa, con la idea original del Dr. Ignacio Ruiz". Esta propuesta fue inicialmente rechazada y calificada por el Dr. Marceliano Arrázola como "abracadabrante" y sin ningún futuro, siendo defendida con vehemencia por el Dr. Jorge Osorio, experimentado gremialista, quien manifestó la necesidad de "estudiar la propuesta que los jóvenes de la Cundinamarquesa han traído, idea que tiene problemas, que falta pulir, etc., pero que no se puede descartar". El Dr. Osorio propuso una comisión para estudiar el proyecto y hacerle las modificaciones que fueran necesarias, la cual integraron los Dres. Arrázola, Osorio y Galindo; este grupo la preparó, le hizo modificaciones y le dio "luz verde" para que, con el aval de la asamblea, iniciara el trámite correspondiente en el Congreso de la República. Este fue un esfuerzo inmenso de la Sociedad y de muchos de sus miembros, y se concretó en 1991: "Estábamos en la Biblioteca Luis Ángel Arango, a comienzos del año 91, celebrando un Simposio Internacional sobre Seguridad en Anestesia, cuando llegó la noticia de que nuestra ley era una realidad".

La tenacidad del Dr. Galindo se vio exigida por muchos años más, y participó activamente en las defensas que debió asumir el gremio para enfrentar las demandas contra este trascendental logro de la especialidad (ver Capítulo IV: Apuntes para una historia de la Ley 6ª de 1991ª).

El FEPASDE

Durante la presidencia del Dr. Galindo en la Cundinamarquesa en 1986, el Dr. Ignacio Ruiz hizo un esbozo en la Junta Directiva sobre la idea de crear un "fondo solidario para demandas", y allí se le dio el primer debate a la iniciativa; más adelante, durante la presidencia de la S.C.A.R.E. de la Dra. María Eugenia Gómez y la secretaría ejecutiva del mismo Dr. Galindo, en el periodo 1989-1991, el Dr. Ruiz presentó el proyecto de creación del FEPASDE (ver Capítulo V: Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas [FEPASDE]).

El Dr. Galindo participó en todo el proceso de diseño, programación, análisis de conveniencia y factibilidad desde los comienzos del proyecto en 1991, lo que se prolongó hasta la asamblea extraordinaria de abril de 1993, cuando la Cooperativa de Médicos Antioqueños (Coomedad) fue aceptada y se autorizó el inicio de operaciones del fondo, que tuvo como su primer presidente al Dr. Galindo.

No se puede desconocer que la creación de este fondo y la entrada a la estructura de la S.C.A.R.E. de cantidades importantes de dinero –que si bien no todo era de los anestesiólogos, sí se tenía la potestad de administrarlo–, le permitió a esta un enorme desarrollo económico y empresarial que sirvió para apuntalar sus actividades científicas y gremiales como nunca antes se había hecho, ni en nuestra Sociedad ni en ninguna otra sociedad en Colombia. No han faltado los críticos a la existencia del fondo, los argumentos de que la Sociedad se ha dedicado más al desarrollo del aspecto empresarial y a las actividades del FEPASDE que a su responsabilidad gremial. Y esto pudo tener algo de cierto en algún momento, pero es innegable que la fortaleza organizativa y financiera del fondo, y por ende de la Sociedad, han permitido desarrollar de una manera más robusta actividades que han beneficiado a los colegas de modo individual, y al gremio como grupo social, en aspectos científicos, económicos, financieros, académicos, científicos y gremiales.

Las Normas de Seguridad en Anestesia

Siendo presidente de la Sociedad el Dr. Julio Enrique Peña, de 1983 a 1985, convocó a un grupo

Siendo presidente de la Cundinamarquesa, envió una comunicación a todos los hospitales, clínicas y colegas de Bogotá y Cundinamarca, donde se notificaban los elementos mínimos de monitoreo requeridos para todo paciente que fuese llevado a cirugía.

de colegas a escribir sobre diversos temas de seguridad en anestesia, trabajos que se iniciaron en el año de 1984. Fueron convocados los Dres. Tiberio Álvarez, Mario Granados, Alfredo León, Sebastián Merlano, Carlos Julio Parra, Arnobio Vanegas y Manuel Galindo. Esta primera aproximación a una normatización del ejercicio de la anestesiología en Colombia, en busca de mayor seguridad para los pacientes que llegan a cirugía, fue publicada en la *Revista Colombiana de Anestesiología* en el primer número de 1985, publicación que tiene el mérito de haber aparecido antes de que los norteamericanos publicaran sus estándares mínimos de seguridad de la Asociación Americana de Anestesia (*American Society of Anesthesiologist* – ASA).

Más adelante, en 1987, el Dr. Galindo, siendo presidente de la Sociedad Cundinamarquesa, envió una comunicación a todos los hospitales y clínicas de Bogotá y Cundinamarca, y a los colegas de la región, en donde se notificaban los elementos mínimos de monitoreo con los que debería contar todo paciente que fuese llevado a cirugía. Como era de esperarse, hubo discusión sobre esta comunicación, pues algunos colegas temían que les podría ocasionar problemas legales por la falta de alguno de los elementos enunciados. Este temor era fundado, pero fue satisfactorio comprobar que, gracias a la tenacidad de la Sociedad Cundinamarquesa y después de la S.C.A.R.E., se logró que las instituciones, presionadas por los anestesiólogos y sus sociedades regionales, aceptaran la necesidad de dotar a los quirófanos con los elementos de monitorización adecuados (ver CapítuloVIII: Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia).

En 1991, siendo coordinador del Comité de Seguridad de la S.C.A.R.E., inició la publicación de unas "Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia", con el invaluable aporte de los Dres. Pedro Ibarra y Germán Parra. En este primer comité participaron los Dres. Ricardo Carrillo, María Cristina Zapata, Ignacio Ruiz, Juan Camilo Giraldo, Pedro Ibarra y Manuel Galindo, y más adelante se vinculó el Dr. Bernardo Robledo. En la Junta Directiva de la S.C.A.R.E., en su condición de coordinador del Comité de Seguridad, organizó varios seminarios con participación de líderes internacionales, y como coordinador del mismo comité en CLASA, participó junto a varios líderes latinoamericanos en eventos científicos sobre el tema.

La revista de la Sociedad

Por invitación de los orientadores de la revista de la época, los Dres. Julio Enrique Peña, Jaime Herrera Pontón y Jorge Osorio, el Dr. Galindo



Cánula nasofaríngea

SU PARTICIPACIÓN EN LA ACADEMIA

se vinculó al Comité Editorial y desde allí aportó a diferentes objetivos del momento. Se trabajó en los aspectos de la indexación, tema complejo y de difícil logro, donde sin embargo se avanzó en la inclusión en las bases de datos Vireme y Punindex de Colciencias. Se hicieron muchos esfuerzos para lograr que los colegas colombianos publicaran y que, cuando lo hicieran, enviaran sus trabajos a la revista de la Sociedad, pues al no contar esta con indexación, buscaban otras revistas mejor calificadas. Cuando la Sociedad se organizó administrativamente en tres centros de costos, el Dr. Peña fue nombrado director del área de publicaciones, y el Dr. Galindo pasó a ser el editor de la revista, cargo que ocupó hasta que fue nombrado Subdirector de Asuntos Científicos y Gremiales.

Cuando se vinculó al Hospital de la Samaritana, recién terminó el posgrado, se le asignaron funciones de instructor, en lo cual estuvo un poco más de 10 años. Cuando fue nombrado en la Clínica San Pedro Claver también asumió funciones docentes en pregrado con estudiantes de las universidades Javeriana y Nacional, y de otras que enviaban a sus estudiantes a rotar allí. Más adelante fue docente del posgrado en anestesiología de la Universidad San Martín, donde llegó a asumir la dirección. Allí su actividad docente duró cerca de 20 años: "Me cabe el honor de haber colaborado con la formación de muchos anestesiólogos de nuestro país, en diferentes universidades y hospitales universitarios". En su perspectiva, considera que el paso de dos a tres años en la formación del especialista fue uno de los aspectos cruciales del desarrollo de la especialidad en el país, habiendo él participado en la implementación de la iniciativa en el Hospital Universitario de la Samaritana.

En el área académica, escribió varios artículos para la *Revista Colombiana de Anestesiología* en diferentes temas de la especialidad, y también para alguna revista mexicana. Sus temas de interés fueron principalmente la seguridad en anestesia y la anestesia en oftalmología, por la experiencia que logró durante muchos años de trabajo en la Fundación Oftalmológica Nacional. Gracias a ello fue invitado a eventos nacionales e internacionales de esta subespecialidad en Egipto, Turquía, India, Australia y países latinoamericanos. Tuvo el privilegio de ser invitado a los congresos mundiales de anestesiología en La Haya, Holanda (1992); Sidney, Australia (1996); Montreal, Canadá (2000); París, Francia (2004); Ciudad del Cabo, Suráfrica (2008), y Buenos Aires, Argentina (2012).

ASPECTOS RELEVANTES EN EL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD

El gremio de los radiólogos ya tenía una reglamentación que apuntaba sobre todo a su protección laboral, a la protección de la exposición a la radiación; pero el gremio de la anestesia tuvo una actitud más notable, pues se empezó a decir: "Solamente el anestesiólogo puede dar anestesia", y se actuó en consecuencia. El anestesiólogo se volvió un especialista de alto nivel, a tal punto que en este momento hay sitios donde tiene más relevancia científica y pecuniaria que el cirujano, lo que era inconcebible en las épocas anteriores.

Otro factor fundamental es el alto nivel científico que tienen los programas de posgrado en anestesiología, en unos más que en otros. Los Seminarios de Educación marcaron un rol definitivo para este logro, pues presionaron la cualificación de los programas. Se popularizó decir que todo residente de anestesiología que saliera de cualquier programa de posgrado de Colombia debía tener un nivel altísimo, y "me parece que estamos en ese punto; obviamente creo que hay fallas, que hay que corregirlas, pero creo que se ha logrado mucho".

Quiero hacer un reconocimiento a todas las personas que nos han antecedido. Usualmente, cuando los colegas llegan a la Sociedad, sobre todo los recién egresados que participan por primera vez en una asamblea y tienen ideas importantes, como muchos las tenemos, no se imaginan ni valoran el trabajo de sus antecesores, quienes han tenido que trabajar muchísimo para llegar a donde estamos. Estamos parados sobre los hombros de otras personas. Es importante que las nuevas generaciones reconozcan que el hecho de que la anestesiología colombiana, bajo el liderazgo de la S.C.A.R.E., se encuentre en un alto nivel de reconocimiento nacional e internacional, no es gratuito.

El Dr. Juan Marín, por ejemplo. A él le tocaba trabajar con la uñas. Nos contaba todas las afugias que pasó con sus pacientes, sin ningún tipo de monitoría, lo que lo llevó a inventar el panfonoscopio de tres vías, con una vía para auscultar los ruidos cardiacos, otra para tensión y otra para los ruidos respiratorios. Él se inventó ese equipo, antes se hacía a puro pulso, y eran muchas las angustias que sufrían los padres de la anestesiología en el país. Más adelante llegaron herramientas, y el hecho de que hubiera demandas de pacientes y abogados, hizo que la gente se cuidara más.

Un mensaje final es que tenemos que reconocer a todas las personas que nos han antecedido, que han trabajado por la Sociedad y han logrado ese nivel tan alto que tenemos. Es un llamado para que los colegas sigan manteniendo este nivel. Que se continúe trabajando el concepto de medicina perioperatoria y que todo anestesiólogo sea consciente de que constituimos una especialidad de la mayor importancia en el contexto de la medicina moderna. Somos cada vez más reconocidos, más apreciados y más requeridos en el ámbito hospitalario, nos proyectamos al cuidado intensivo, al cuidado respiratorio, a la terapia del dolor, los cuidados paliativos y a todas las subespecialidades de la anestesiología, neuro, cardio, pediátrica, obstétrica.

GUILLERMO TORRES GAITÁN

Inició su formación en anestesia en la Universidad Nacional en 1963, en el Hospital San Juan de Dios, en un programa de dos años; cuando terminaba la especialización se abrió un concurso al que se presentaron seis personas, donde lo seleccionaron como instructor del servicio de anestesia de la universidad. "Desde allí seguí la esclavitud de la universidad y del Hospital San Juan de Dios, pero el objetivo era el de prestar servicios a los pacientes, era lo único en lo que uno pensaba".

ACADÉMICO Y ADMINISTRADOR

Trabajó en la universidad desde 1965, cuando terminó la residencia, hasta 1994, cuando se pensionó al cumplir 30 años de servicio en la docencia y la anestesia. "Renuncié porque consideraba que ya era suficiente el tiempo de servicio, pero el decano me dijo que tenía otra idea, y me nombró profesor especial, en lo cual estuve durante tres años más".

Trabajó con el Dr. Jaime Casasbuenas, una persona de excelentes condiciones profesionales, con unos amplios conocimientos y una dedicación especial a sus actividades y responsabilidades. Durante ese tiempo desempeñó funciones como la de jefe del área de quirófanos del hospital y jefe del departamento quirúrgico:

[…] cosa que a los cirujanos no les cayó muy bien, pues no entendían cómo un anestesiólogo llegaba a ser su jefe, hecho mucho más representativo en la época, en que la anestesiología comenzaba a ser respetada, pero todavía no tenía los alcances para esas posiciones. Los reuní y les comenté que estaba allí para hacer cumplir las normas y para evitar que surgieran problemas, que esperaba que los que existieran o surgieran me fueran comunicados inmediatamente, y cuando yo viera que existían fallas, tendría la oportunidad de manifestarlo. Tuve que enviarles muchas cartas en situaciones difíciles y no fueron pocas las dificultades, unos me miraban con buenos ojos y otros con no tan buenos, pero de todas maneras se lograron enderezar muchos problemas existentes dentro del servicio.

SU APORTE AL HOSPITAL SAN CARLOS

Estaba feliz porque se había pensionado y se dedicaría a descansar, cuando recibió una llamada del Dr. Arturo Chávez, a quien habían nombrado director del Hospital San Carlos, que estaba en una crisis dramática. Comenzó a aportar a la recuperación del hospital, que poco a poco se fue mejorando hasta la época de construcción de las nuevas salas de cirugía y de cuidado intensivo, con el apoyo del Dr. Alonso Gómez y del Dr. Gabriel Montenegro, quienes manejaban el cuidado intensivo del San Juan de Dios y decidieron contribuir a la recuperación del San Carlos. "Quedamos muy satisfechos de la labor que desarrollamos en la recuperación de esta institución".



▲ Dr. Guillermo Torres G.

"A los cirujanos no les cayó muy bien, pues no entendían cómo un anestesiólogo joven iba a ser su jefe, algo mucho más representativo en esa época en que la anestesiología todavía no tenía los alcances para esas posiciones".

"Trabaje desde el año 1996 hasta el año 2000, unos cuatro o cinco". Pertenecía a la junta directiva, y le propuso a la dirección del hospital tener especialmente residentes de anestesia, respecto a los cuales, como había pacientes muy críticos, se podría aportar a su crecimiento como especialistas; se recibieron estudiantes de anestesia de último año "y pudimos hacerles un aporte muy importante en su formación".

Era un hospital para pacientes tuberculosos que se iba transformando en un hospital general. Allí, con la Dra. Magnolia Arango, quien hacía procedimientos de broncoscopia en niños y manejaba muchas patologías muy complejas, se les aportaba a los residentes de anestesia en aspectos muy importantes de su desarrollo que no tenían oportunidad de ver en otras instituciones. Trabajaban tres anestesiólogos y se hacían todo tipo de cirugías, incluyendo neurocirugía. Allí conoció al Dr. Granada, cirujano de tórax muy importante, que hoy trabaja en los trasplantes de pulmón en la Fundación Santa Fe de Bogotá; todavía trabaja con él en cirugía de tórax dos o tres veces a la semana, con muy buenos resultados para los pacientes.

Cuando terminó la actividad en el San Carlos, lo llamó un ortopedista joven a una clínica que había en la calle 100; entre otras cosas, se organizó allí un proyecto de trasplante de cadera, y el Dr. Torres acompañó el programa por dos años más, "cuando definitivamente decidí retirarme después de casi 50 años de ejercicio de la anestesia".

EN EL EJERCICIO ACTIVO

En el manejo del dolor tuvo una participación muy activa, haciendo reuniones y simposios para enseñar la naciente atención del paciente con dolor. En ese entonces llegaban pacientes con traumas y todo el mundo se dedicaba a las radiografías, las TAC, los gases arteriales, pero del dolor, nada. Se empezó a cuestionar estas actitudes. Con los estudiantes se hizo una pequeña encuesta, la cual cubrió a los jefes principales de cirugía, los instructores, residentes de las especialidades, internos, enfermeras y demás personal que atendía a los pacientes: todos se consideraban unos sabios en el conocimiento del dolor. Se resolvió preguntarles a los pacientes qué les molestaba más en cirugía de tórax, abdomen y ortopedia, y el 87 % de ellos contestó que el dolor insoportable. Se crearon entonces las clínicas del dolor con los médicos del Instituto de Cancerología, del Materno Infantil y del Hospital San Juan de Dios, y se empezó a darle importancia al manejo del dolor. Se organizó un simposio para los estudiantes que él dirigió, donde se intentó modificar el comportamiento en el manejo de este síntoma tan molesto para los pacientes.

Se pensaba en ayudar, se trabajaba las 24 horas del día, y con el Dr. Germán Muñoz, jefe del servicio, se publicaba un boletín donde escribían diferentes artículos sobre la especialidad. Allí fue ascendiendo hasta llegar a profesor asistente, "posición de la cual nunca avancé". Iban a congresos mundiales en Nueva York, Sao Paulo y Miami, siempre pensando en perfeccionar las clínicas, "pero infortunadamente no en escribir o publicar lo que hacíamos"; estaban "dedicados a poner en práctica todo lo que aprendíamos en los congresos, pero no a escribir".

Recuerda un caso especial cuando llegó el halotano, del cual decían que era tóxico para el hígado. Dio anestesia para uno de los cirujanos importantes del hospital en un problema de colostomía; el Dr. lo buscó para preguntarle qué anestésico había dado, y él le informó que era halotano. "La paciente está ictérica, tiene una lesión hepática por el anestésico", le dijo; él le respondió que lo que tenía la paciente era una peritonitis, pero el cirujano no lo aceptó; y a los dos días, al amanecer, este lo llamó para decirle que necesitaba una anestesia para operar a la paciente de una peritonitis. Eran casos de la vida diaria.

"Personalmente estoy muy complacido de la labor que desarrollé, el aporte a la formación de los residentes, porque logramos marcar pautas muy importantes para el manejo de pacientes muy críticos". También tuvo oportunidad de trabajar con estudiantes de pregrado, a los cuales dedicaba un tiempo especial para enseñarles las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria y manejo del dolor. Cuando llegaban los estudiantes, él los orientaba para que estudiaran ese tema y al final de la semana les hacía la revisión de lo estudiado. Era una reunión muy solicitada por ellos.

Una de las satisfacciones más especiales fue dedicarse a trabajar con pacientes muy críticos; por la condición de estos pacientes, otros colegas no querían comprometerse con ellos; en cambio, él lo hacía trabajando con los residentes, para que vieran que los pacientes podían salir adelante, que se hacían los procedimientos y la atención con rigor científico, dedicación y empeño, lo cual era muy importante y benéfico para su formación. "Algunos de quienes participaron en esas reuniones me han manifestado que son anestesiólogos por culpa mía".

Fue un poco reacio a aceptar posiciones directivas en la Sociedad e inclusive en la universidad, y por eso, cuando le ofrecieron la jefatura del departamento de anestesia, le sugirió al decano que no sería bien visto que la persona más joven dirigiera a los colegas mayores. "Sin embargo, me nombraron y asumí la acción con responsabilidad y con toda la entereza". No tuvo aspiraciones de ser presidente de nada, su único interés era la docencia y el compromiso con los estudiantes, la labor académica y los pacientes.

Participó activamente en la publicación del libro de cirugía de urgencias, del cual se hicieron cuatro ediciones, y allí escribió el capítulo sobre insuficiencia respiratoria.

Uno de sus aportes más importantes, sumado a la docencia universitaria, fue la actividad en educación médica continuada que desarrolló en la década de los 90 en diversas localidades del país, con la realización de cursos regionales sobre temas específicos y de actualidad, relacionados con la práctica diaria y las urgencias de la especialidad. Relata el interés por las campañas de reanimación en distintos centros educativos y de asistencia social, así como la activa participación en brigadas especiales de salud, promovidas por la universidad en coordinación con las especialidades quirúrgicas, para cubrir la asistencia médica en poblaciones apartadas con limitados recursos hospitalarios.

"Personalmente estoy muy complacido de la labor que desarrollé, el aporte a la formación de los residentes, porque logramos marcar pautas muy importantes para el manejo de pacientes muy críticos".

SU VISIÓN DE LA ANESTESIA ACTUAL

Sobre este tema, el Dr. Torres asegura:

Los avances de la anestesiología son sorprendentes y hoy se dispone de equipos extraordinarios para atender los pacientes, pero mi punto de vista es que en muchas oportunidades se complican las cosas y se invade al paciente más de lo necesario. Creo que es importante simplificar un poco las cosas y concentrarse más en las patologías y necesidades del paciente, y menos en la tecnología; esta muchas veces se exagera en las necesidades de obtener datos derivados de estos avances, y se nos olvida el análisis de la mirada clínica del paciente.

SU FAMILIA

Tiene tres hijos, dos hombres y una niña; uno de ellos es profesor en la Universidad del Quindío, el otro trabaja en temas de petróleos, "y mi niña, que ha hecho 18 posgrados, está en España".

CARLOS CATELLANOS CH.

IMPULSOR DE LA ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y REGIONAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE BOGOTÁ

SUS ORÍGENES Y SU PERIPLO EN LA FORMACIÓN MÉDICA

Inició estudios en Santander, "departamento donde están mis afectos y mis ancestros, especialmente en El Socorro". Terminó el bachillerato en el Colegio Universitario de Vélez en 1962. En su familia había dificultades económicas, lo cual amenazaba la continuidad de sus estudios universitarios (19).

Acababa de triunfar la Revolución Cubana y el fervor revolucionario crecía como espuma en toda la América. Él no fue ajeno a esas circunstancias, y cuando supo que en la Isla estaban otorgando becas para estudiantes de muchos países, con premura alistó los certificados y una solicitud para estudiar en la Universidad de La Habana. "Mi sorpresa fue mayúscula cuando a los pocos meses me contestaron que podía viajar sin ningún problema. Estaba muy emocionado y comencé por hacer recolecta en la familia, especialmente mis hermanos, para los preparativos de lo que, según ellos, era la separación definitiva".

Todo parecía fácil, pero no fue así. La única vía para llegar a Cuba era por México, y allí pasaban los días y la respuesta no llegaba, así que fui a la embajada cubana y le dije al cónsul que ya no tenía recursos, que me veía obligado a regresar a Colombia, a lo que me contestó: "¡Hola chico! Un socialista no necesita dinero", y soltó la risa. Me preguntó donde me alojaba, después pasó a recogerme y me llevó a su casa, donde permanecí alrededor de un mes como un miembro más de la familia.

Después de esa larga espera, un día apareció un profesor famoso de República Dominicana, quien iba para Cuba y era profesor de medicina en la Universidad de La Habana. Era el Dr. Eusebio Azcue. En esas circunstancias, el cónsul de Cuba le presentó al Dr. Pericles Franco y lo recomendaron para su presentación en la Isla ante los organismos pertinentes: "Mejor no podía ser".

Se alojó en la casa del Dr. Franco mientras realizaba contactos con autoridades cubanas, y después lo enviaron a una bella residencia en el Nuevo Vedado, donde vivían estudiantes de Latinoamérica. Como el tiempo iba pasando y el primer año ya iba adelantado, le propusieron que ingresara a un premédico, al cual se incorporó de inmediato y lo aprobó. Empezó en enero de 1964 su primer año de medicina en la famosa Escuela de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, nombre que hace alusión a la primera derrota del imperialismo moderno en América Latina: "Allí pude apreciar una verdadera democracia, porque al conversar con los compañeros, me decían: 'mi padre es cultivador de tabaco', el otro papá era cortero de caña, 'mi padre trabaja en la mina de carbón'; toda era gente de origen humilde".

Iniciaron el curso unos 1 300 estudiantes, de los cuales culminaron estudios de medicina alrededor de 800. La disciplina y la exigencia eran rigurosas, los profesores magníficos y la necesidad de médicos apremiante, pues la gran mayoría se había marchado a Estados Unidos. "Para mí aquello fue descubrir un mundo fascinante, lleno de gratas sorpresas y de progreso ético, humano y científico". El primer año era muy exigente, pero cuando veían que alguien estaba retrasándose, le asignaban dos tutores, los más destacados del curso, para que lo ayudaran y no se presentara mortalidad académica. Transcurrieron los años en medio de esa efervescencia y ese agitado trajinar. Se graduó y cumplió el servicio social obligatorio en la provincia de Camagüey; ya empezó la nostalgia, el deseo de regresar, y se hizo imperioso volver a Colombia.

Se iniciaba otro periplo, pues la salida solo estaba permitida por Praga (República Checa) a través de Canadá, y luego París y finalmente Bogotá, a donde llegó en 1971. "A mi llegada me tocó validar todas las materias, pues no había los convenios que se normalizaron años después". Se presentó a la Universidad Nacional a validar el título de médico y la secretaria le dijo: "A todos los que vienen de esos países los han rajado", y él: "No importa, apúnteme". Se preparó, se examinó y se certificó. Una vez finalizado y aprobado este requisito, viajó a Florencia, Caquetá, para realizar el año rural obligatorio en Colombia.

SUS INICIOS EN LA ANESTESIA

Cuenta el Dr. Castellanos:

La anestesia me llamó la atención por el respeto que les tenían a estos profesionales en los hospitales, y desde allí tenía una inclinación, pero nada definido.

Vine a Bogotá con el ánimo de especializarme, y fui tan ingenuo que me presenté a Anestesia en el Hospital Militar, donde el Dr. Guillermo Lara Hernández, jefe de educación médica y eminente cardiólogo, tuvo la franqueza de decirme: "Tus papeles están en orden, has cumplido todos los requisitos; pero no estamos recibiendo estudiantes de la Nacional, mucho menos egresados de la Universidad de La Habana". ¿Qué hacer? Me fui a hacer turnos y consulta al Hospital de Tabio, donde conocí al Dr. Marco Aurelio Nossa, prestigioso urólogo y profesor de la Universidad del Rosario, quien me hizo el favor de recomendarme ante el Dr. Rafael Peña Castro, jefe de anestesia del Hospital San José. Presenté examen y entrevista, y después de algunos condicionamientos inicié la residencia de anestesiología en 1973. Fueron años duros y difíciles, pero me enorgullezco de ese maravilloso aprendizaje y de haber descubierto una mágica y excelente especialidad.

Terminada la especialización, salió a hacer un año de servicio fuera del hospital y trabajó en La Dorada por compromisos previamente adquiridos. Después se necesitaba un instructor en el Hospital San José, y lo nombraron en 1976 en una posición que aún conserva. "No he tenido ningún receso y puedo decir que estoy por los 40 años en el hospital, en esa continuidad".

LLEGADA ACCIDENTAL A LA ANESTESIA CARDIOVASCULAR

Su vinculación al ejercicio de la anestesia cardiovascular fue también el resultado de situaciones circunstanciales: no estaba integrado el grupo de cirugía cardiovascular, y el Dr. Eduardo García, quien había liderado esa labor en 1974 y 1975, se retiró del hospital por alguna circunstancia, así que la administración de las anestesias quedó acéfala. Se abrió convocatoria para quien quisiera dedicarse a esas técnicas, pero ninguno de los médicos vinculados al hospital respondió, por distintas razones.

"Acepté con la condición de tener tiempo para hacer unas pasantías, para rearmar mi especialidad", ya que, si bien durante varios meses al lado del Dr. García había aprendido mucho sobre la anestesia cardiovascular, la formación no era suficiente. Se fue a la Fundación Shaio, pasó por la clínica de la Caja Nacional de Previsión, y "así fui aprendiendo de los distintos 'profesores' y de la gente que tenía más experiencia, e hice todo mi entrenamiento en estas técnicas, que ejercería por unos 30 años". Trabajó solo 18 años en esta naciente rama de la anestesia, pues el trabajo en esta modalidad no era rentable, ya que se ganaba lo mismo estando fuera de este ámbito, sin el estrés de la especialidad ni tener que quedarse con el paciente hasta las 3 o 4 de la tarde durante su recuperación. "Con el Dr. Eduardo García y el Dr. Hernando Matiz trabajamos en cuidado intensivo, y tengo diploma de socio fundador. Me apasiona la anestesia regional y la docencia".

Acababa de triunfar la Revolución Cubana, el fervor revolucionario crecía como espuma y él no fue ajeno a esas circunstancias; cuando supo que en la Isla estaban otorgando becas para estudiantes de muchos países, hizo la solicitud para estudiar en La Habana.

COMPROMETIDO CON LA ACADEMIA

"No hice un curso de docente, pero me gustaba mucho la labor, preparaba bien los seminarios, estaba cerca de los estudiantes, de los residentes". Su vinculación a las actividades docentes fue muy dependiente de la relación de las universidades con el Hospital San José, y su primera actividad fue con la Universidad del Rosario, donde fue instructor en ciencias básicas. "Siempre estábamos programados para dictar clases en enfermería, seminarios, revisión de temas de la especialidad y a veces clases con los estudiantes de medicina que empezaban en fisiología". Cuando se terminó el contrato interinstitucional con esta universidad, él y sus colegas casi automáticamente fueron nombrados instructores y después profesores de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. "Puedo decir que toda mi actividad asistencial de la anestesia ha estado íntimamente ligada a la actividad académica sin solución de continuidad" (20). Le gustaba la anestesia regional y aprovechaba la experiencia del Dr. Peña, quien lideraba esas técnicas: "Progresé en ese campo y enseñaba a los estudiantes y residentes su correcta aplicación".

Asumió responsabilidades administrativas en el servicio de anestesia en muchas ocasiones, unas veces como encargado y otras de manera oficial. Trabajó durante 20 años en la Clínica David Restrepo, donde ejerció la jefatura de anestesia, y "fui por cinco años jefe de la unidad quirúrgica en el Hospital San José, donde funcionaban 20 quirófanos y se hacían 115 cirugías diarias. Era como una colmena. Se trabajaba hasta las 3 de la tarde con gran eficiencia, sin contar las urgencias".

"No hice un curso de docente, pero me gustaba mucho la labor, preparaba bien los seminarios, estaba cerca de los estudiantes, de los residentes, lo disfrutaba".

EL DR. JUAN MARÍN

Tuvo un acercamiento muy especial con el Dr. Marín por su vinculación al Hospital, y de él dice:

Quien recorra la historia de la anestesia en Colombia, particularmente en sus inicios, deberá enfocarse en el Hospital San José como uno de los centros de iniciación de la actividad de la especialidad, e ir en búsqueda del fundador e iniciador de esta disciplina, el Dr. Juan Marín. En el hospital se conservan muchos recuerdos, unos de referencia y otros de conversaciones personales, anécdotas y muchas historias de quien fue pionero indiscutible.

LA HISTORIA Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Su afición por la historia se reforzó con el cumplimiento de los 100 años del hospital, cuando le dijeron que, como le gustaba la historia, escribiera un artículo sobre la anestesiología en el Hospital San José. Por otra parte, se honra de ser miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, a donde se ingresa con dificultad; preparó todos los papeles, pero se demoró tres años en ingresar: "Era muy duro hacerlo, otras personas se han demorado hasta siete años y no han podido entrar" (21).

En el Hospital San José he tenido y he conseguido todo, hasta mi esposa, Martha Lucía Jiménez, patóloga, con quien tengo dos hijos: Claudia, que vive en Swaziland, África, es Profesional en Finanzas y Relaciones Internacionales y MBA del Esade de Barcelona; y Rafael Alejandro, Doctor en Filosofía de la Sorbona, que vive y trabaja en Berlín.

Esta es la vida de un anestesiólogo ilustre que ha hecho de la anestesia su forma de vida, incursionando exitosamente en todos los campos en que se comprometió y dando lustre a la especialidad. "Mis ratos de ocio los dedico a la lectura, la historia, el cine, la literatura y la pesca. Las amista-

CARLOS JULIO PARRA HIGUERA

DESARROLLANDO LA ANESTESIA CUANTITATIVA Y LOS FLUJOS BAJOS EN COLOMBIA. "SOY UN DOCENTE SIN CÁTEDRA"

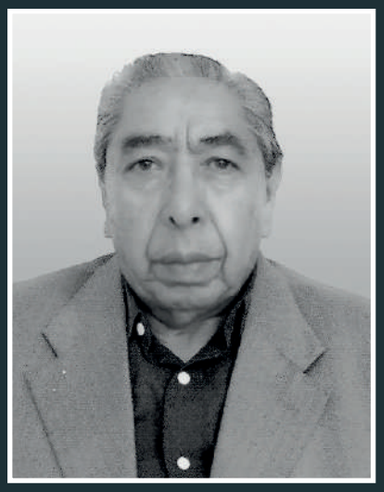
Nació en Duitama, Boyacá. Cuando alcanzó el cuarto año de bachillerato lo internaron en el Colegio Ortiz de Tunja, donde solo duró ocho días, y consiguió traslado al Colegio Nacional de San Bartolomé de Bogotá, donde terminó el bachillerato en 1957, "en la época del General Rojas Pinilla".

Su educación no fue fácil. Cuando terminó el bachillerato ya tenía un puesto como auxiliar de contaduría en Acerías Paz del Rio, Belencito; tenía todo el interés y la decisión de estudiar, pero su padre le manifestó no tener recursos económicos y no poder sostenerlo. "Me vine donde una tía a Bogotá y comencé a trabajar para sostenerme; me presenté a la Universidad Nacional, pero no pasé; ese año la Facultad de Medicina abrió un curso premédico y por allí empecé a estudiar medicina".

Trabajó en muchas cosas: construían el Banco de la República y consiguió un puesto de celador, con turno de una semana alterna en un horario de 6 p.m. a 12 a.m., y la semana siguiente, de 12 p.m. a 6 a.m. "Allá estudiaba, tenía un reloj para marcar la ronda y mientras tanto estudiaba; finalmente me cansé de ese trabajo". En vacaciones trabajó en un almacén de repuestos de carros de un familiar en Duitama, y allí conoció a unos agentes viajeros que llevaban los repuestos y los catálogos. Terminó vendiendo lo mismo en Tunja, Sogamoso y Duitama. "Así me sostuve, vendía los sábados y domingos y me regresaba a estudiar durante la semana".

EJERCIENDO LA MEDICINA Y LA ANESTESIA

Como estudiante, en la rotación de clínicas quirúrgicas en el Hospital San Juan de Dios, logró una vinculación para trabajar en dos pabellones, uno de detenidos y otro de infectados, por medio del jefe de urgencias, el Dr. Eduardo Ulloa, ortopedista amigo del Dr. Acosta, quien era el director del hospital. Su función era evolucionar los pacientes, pedir exámenes, interconsultas, pedirle a los especialistas que visitaran a tal o cual paciente: "El hospital me daba habitación en el noveno piso y la alimentación; hacía un turno de urgencias una vez a la semana y una vez el fin de semana al mes. Duré dos años con esta actividad".



▲ Dr. Carlos Julio Parra Higuera

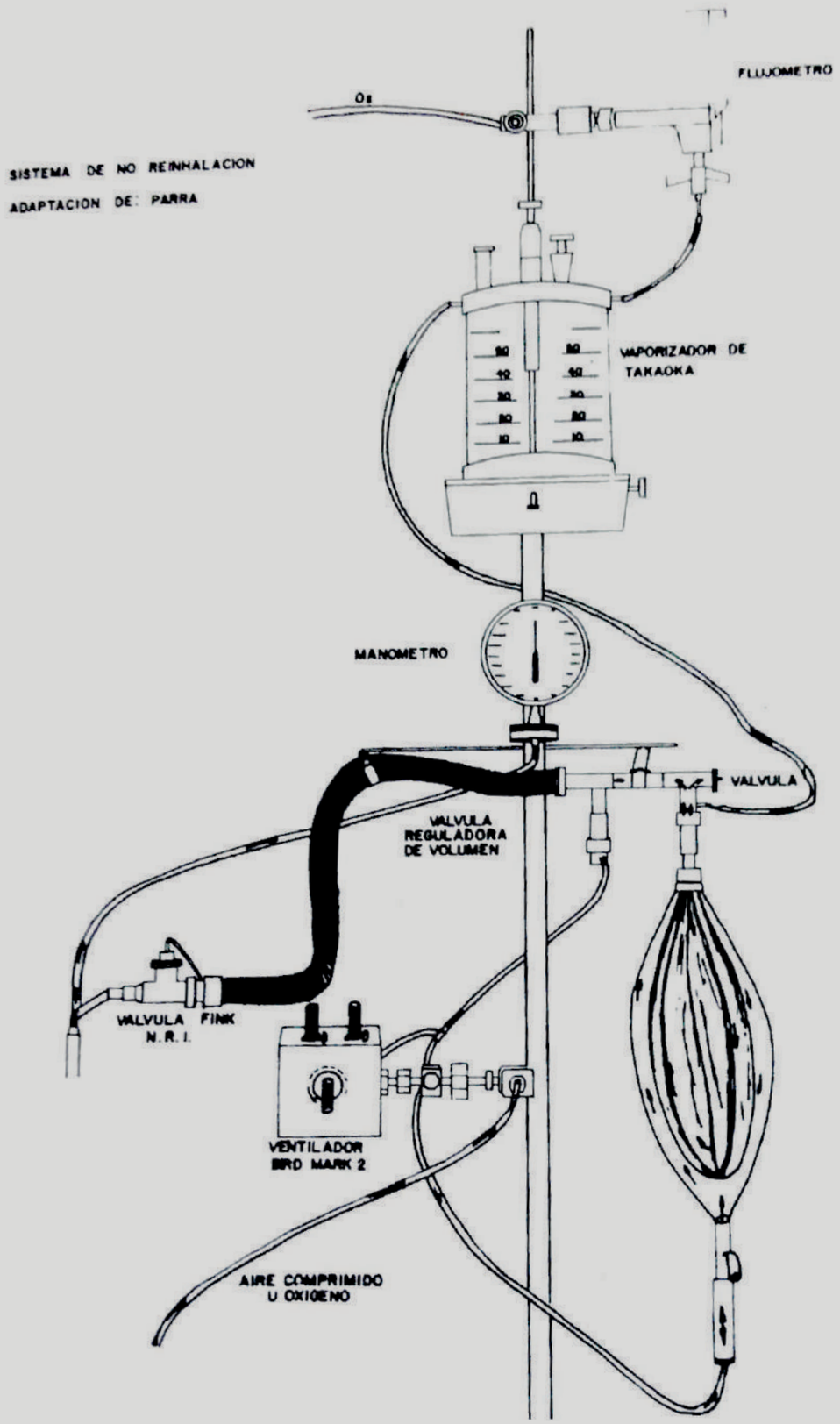
Para terminar la residencia hizo un trabajo sobre el trilene, anestésico que se empleaba en la analgesia obstétrica pero no se podía usar con la cal sodada, porque se descomponía en fosgenos que eran tóxicos y, según la literatura, producían problemas neurológicos.

Le empezó a gustar la anestesia, pues veía trabajar a los especialistas en urgencias y con los pacientes que subían a ser operados. Así veía el movimiento de las salas de cirugía. Decidió solicitar la rotación por el servicio de anestesia opcional de dos meses. Ya conocía a los especialistas de la época: estaban el Dr. Mario Céspedes, el Dr. Germán Muñoz y el Dr. Jaime Casasbuenas, este último interesado en crear las unidades de cuidado intensivo. De esta forma, siendo estudiante, pudo recibir información y autorización para controlar anestesias, intubar pacientes, etc.

Debía cumplir el año de internado, y después de haber estado los dos meses en la rotación de anestesia, resolvió descansar e iniciar el internado en otro hospital, por lo que se desplazó al Hospital San Antonio de Tuluá. Allí encontró al Dr. Campos, anestesiólogo entrenado en Argentina; él era el único allí, no descansaba. El Dr. Parra le comentó que había estado en el San Juan de Dios dando anestesia; el Dr. Campos le permitió trabajar, y además pudo tener fines de semana libres. Le pidió al director del hospital que le permitiera trabajar en anestesia, y siendo interno inició esta labor. Fue un internado muy completo: daba anestesia, ayudaba a operar y además le reconocían unos pesos.

Allí iban cirujanos y médicos de la Universidad del Valle, y ellos lo entusiasmaron para que hiciera la especialización en el Hospital Universitario del Valle. Él estaba muy bien en Tuluá, tenía amigos, colegas, fiestas y pesos que entraban. Tuvo una cita con el Dr. Eliseo Cuadrado, jefe del departamento de anestesia, con quien estaba bien recomendado. En Tuluá le daban alimentación, hospedaje en el hospital y 600 pesos de remuneración. Pero en el San Juan de Dios de Cali le pagaban 1.000 pesos y también podía hacer el entrenamiento.

"Resolví volver a Bogotá y buscar a los profesores del Hospital San Juan de Dios, al Dr. Flórez, jefe del servicio de anestesia, quien no me recibió, porque no había hecho el año rural". Entonces fue con el Dr. Eduardo Ulloa, jefe del servicio de urgencias, quien le ofreció un puesto en el Hospital de Anolaima, donde trabajaba el Dr. Ernesto Álvarez, cirujano egresado del Hospital San Juan de Dios, quien llevaba cuatro años como director del hospital. Decidió iniciar el año rural en dicho hospital, donde le pagaban 3.000 pesos. Como daba anestesia, trabajaron juntos: el Dr. Álvarez operaba y él hacía las anestesias. Después de un año y medio se presentó al Hospital Militar para hacer el entrenamiento en anestesia con el Dr. Octavio Adaime, e inició la residencia en 1969. Los profesores eran, entre otros, los Dres. Carlos Osorio, Julio Enrique Peña, Luis Jorge Benedetti y Octavio Baquero.



INNOVANDO, CREANDO, INVENTANDO

Para terminar la residencia hizo un trabajo sobre el trilene, anestésico que se usaba en la analgesia obstétrica en las maternas, pero que no se podía usar con la cal sodada, porque se descomponía en fosgenos que eran tóxicos y, según la literatura que consultó de los italianos, producían problemas neurológicos.

Me ideé una "máquina de anestesia" que no utilizaba cal sodada, haciendo uso de un fluxómetro conectado a un cilindro de oxígeno y empleando un vaporizador de Takaoka, que permitía administrar concentraciones calculadas usando el peso del paciente y el flujo. También utilicé inicialmente el ventilador de Takaoka, que en promedio se usaba con flujos de oxígeno de 15 litros por minuto, por lo cual, al poco tiempo de utilizarlo, lo reemplacé por un respirador Bird Mark 2 y comencé a dar trilene para anestesia general. El Dr. Rafael Reyes, siendo residente de cirugía, y quien hacía investigaciones con el Dr. Bonilla Naar, me preguntó qué anestésico le daba a los pacientes, pues en la mañana siguiente despertaban sin dolor, pero se volvían a quedar dormidos. Los pacientes no salían del hospital rápidamente y pasaban con sedación de cinco a seis días. Se despertaban, comían y se volvían a dormir sin dolor, concluyéndose que el trilene era un magnífico analgésico posoperatorio. Con este trabajo me gradué, y fue publicado en la revista El Médico (22).

▲ Sistema de no reinhalación con ventilador de Takaoka y respirador Bird Mark 2

ANESTESIA CUANTITATIVA Y FLUJOS BAJOS

Entonces aparecieron sus primeras preocupaciones, porque esas anestesias eran con flujos muy altos, administrando a los pacientes gases fríos y secos que llevaban a problemas respiratorios y contaminación en salas de cirugía. Habían llegado los respiradores Bird Mark 4, que se usaban para la cirugía del corazón; los Mark 7, Mark 8 y Mark 10 se utilizaban en las salas de recuperación y en las nacientes unidades de cuidado intensivo.

En el hospital trabajaba el Dr. Bonilla Naar, jefe del departamento quirúrgico; les administraba la anestesia a sus pacientes, y él conoció mi trabajo y le dijo al director que me dejaran allí; terminé la residencia el 31 de junio y el 1 de julio empecé a trabajar en el Hospital Militar Central, en 1971.

Aparecieron los primeros anestésicos halogenados; se utilizaba especialmente, en su orden, el halotano y el pentrane, y se administraban con flujos de oxígeno y de óxido nitroso entre 4 y 6 litros por minuto. Los cirujanos de otorrinolaringología solicitaban el uso del pentrane para poder usar infiltraciones en el campo quirúrgico de vasoconstrictores, y así reducir el sangrado. El pentrane se puso de moda para neurocirugía y para otorrino, pero comenzaron a llegar los estudios y trabajos indicando su nefrotoxicidad, y fuera de eso, se debía administrar por periodos largos de cuatro o cinco horas de anestesia con flujos altos: "Inhalé mucho pentrane y comencé a tener problemas médicos, me hacía mucho daño".

Se empezó a tener conciencia sobre el empleo de los flujos altos en anestesia, y con el Dr. Julio Enrique Peña se analizaba la manera de bajarlos; aparecieron artículos y se inició el uso del pentrane "con una técnica rara, pero que funcionaba": se abría el *canister* que contenía la cal sodada y se colocaba en su interior gasas impregnadas con 12 mL de pentrane, que en un paciente adulto producía una anestesia de aproximadamente una hora. "Comenzamos a dar flujos bajos y los pacientes se dormían bien". Para la época se tenían los vaporizadores tipo "vermitrol", en los que por un lado se colocaba un flujo de oxígeno que pasaba por el vaporizador para que arrastrara el gas anestésico, y por el otro lado un flujo de dilución de 3 o 4 litros, y con ese tipo de vaporizador no se podían disminuir los flujos.

Corría el año de 1972 e "hicimos un trabajo que se llamó 'Anestesia matemática', que no se publicó, pero del que tengo los datos y los

Aparecieron sus primeras preocupaciones, porque las anestesias se hacían con flujos muy altos, administrando gases fríos y secos que llevaban a problemas respiratorios y contaminación en las salas de cirugía.

EL DISEÑO DE LA VÁLVULA PARA FLUJOS BAJOS Y LA ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA

cuadros". Se evaluaba cómo se podían bajar los flujos diluyentes y el del vaporizador a medida que se anestesiaba al paciente. Se profundizó en los estudios de la farmacocinética, se revisaron artículos sobre la toxicidad de los agentes anestésicos y los problemas de la inhalación crónica de los agentes, y aparecieron los trabajos de varios investigadores, como los Dres. Robert W. Virtue, Antonio Aldrete y Harry Lowe. Con base en estos estudios se empezó a trabajar introduciendo líquido anestésico en la manguera espiratoria del circuito respiratorio:

El primer trabajo se hizo cuando llegó el etrane, y con ese agente anestésico hice el trabajo de flujos bajos en circuito cerrado con unos 400 casos, que fue publicado en la Revista Colombiana de Anestesiología *(23). Como nadie aceptaba que de estar dando 4 litros de flujos de oxígeno ahora estuviera dando 300 mililitros, me criticaban muy duro, que el paciente podía retener CO_2, que el paciente no se oxigenaba bien…*

Lo único que había para demostrar que estaba bien lo que se hacía eran los gases arteriales: "A los 400 casos les tomé gases arteriales", y con ello se pudo demostrar que todo dependía de la ventilación y que el paciente estaba bien oxigenado.

En vista de la dificultad para inyectar el líquido anestésico,

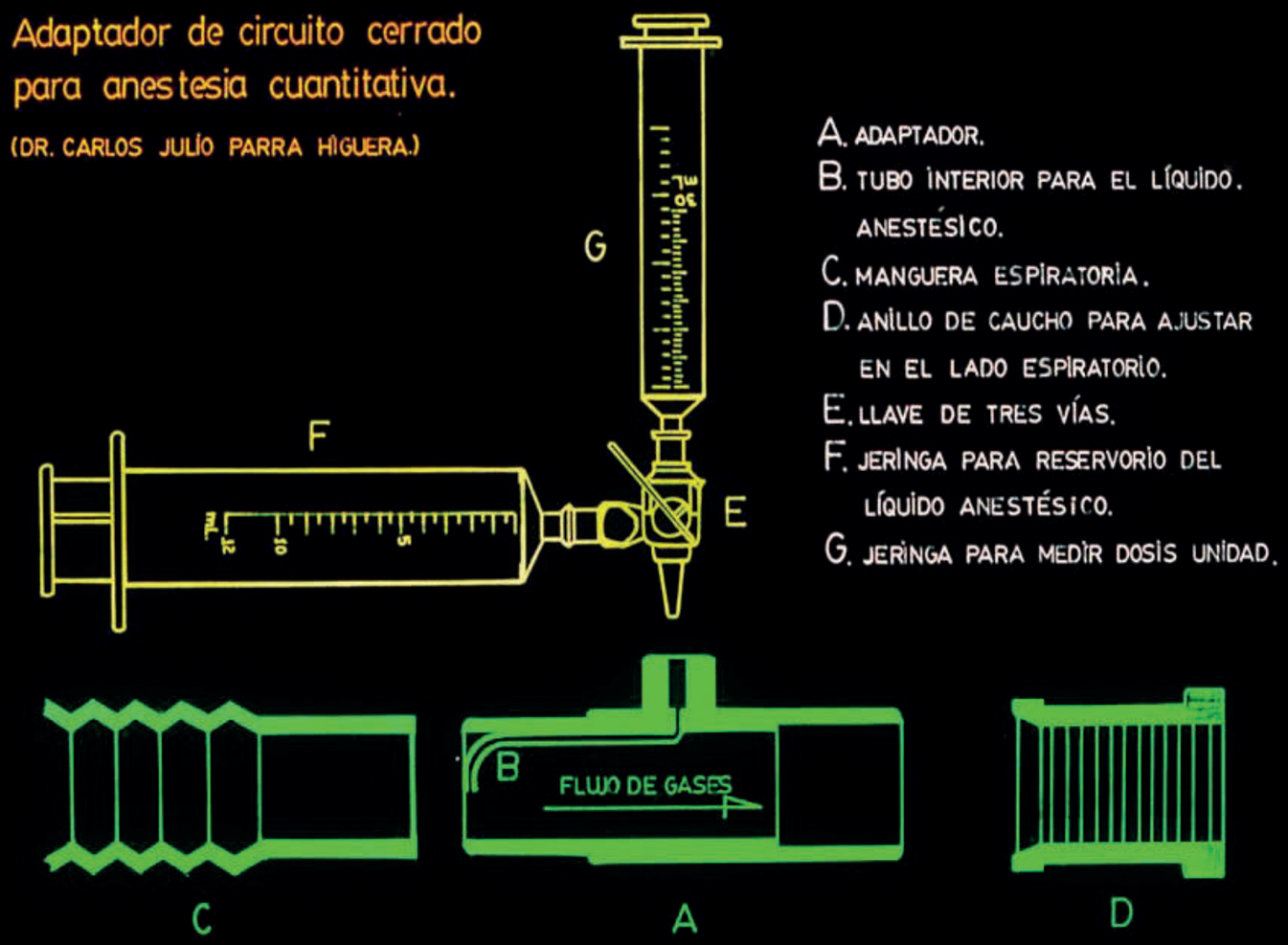
Inventé la válvula para inyectar directamente el líquido anestésico al circuito respiratorio. Realicé un segundo trabajo que se llamó "Esquema práctico para la anestesia cuantitativa", y fue publicado en tres revistas: Revista Colombiana de Anestesiología *(24),* Revista Brasilera de Anestesiología *(25) y* Anestesiología *(órgano oficial de la Asociación de Médicos Exresidentes y Residentes de Anestesia del Hospital General de México, A.C.) (26). Con dicho esquema práctico, estadísticamente pude demostrar que con ese sistema la respuesta clínica era buena, ya que no tenía otra forma para evaluarlo.*

Siguió publicando y conoció al Dr. Antonio Aldrete, quien se convirtió en uno de los primeros que lo impulsaron a dar conferencias. Se encontró con el Dr. Harry Lowe en el congreso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología de Medellín en 1983, donde era conferencista invitado. Le mostró la técnica que había desarrollado con la válvula creada, "y me compró tres válvulas, le regalé una y él me obsequió su libro *The Quantitative Practice Of Anesthesia: Use Of Closed Circuit*, con su respectiva dedicatoria".

Por la misma época, el Dr. Aldrete empezó a publicar en la revista *The Circular*, publicación oficial de la sociedad que él fundó y de la cual fue miembro, llamada *The Clossed and Lowflow Anesthesia Systems Society*. En esas revistas están publicados varios artículos donde se muestran todos los sistemas para inyectar el anestésico al circuito.

Siendo presidente de la Confederación Latinoamericana de Anestesia (CLASA), el Dr. Ricardo A. Samayoa de León creó un curso llamado CELAC, con especialistas en determinados temas para visitar durante un mes los países latinoamericanos, y el Dr. Parra fue uno de los participantes:

Íbamos a los países de Centroamérica, nos alojaban, nos daban la alimentación, y nosotros nos dedicábamos a dictar las conferencias y hacíamos las demostraciones en los distintos hospitales. En Guatemala estuve ocho días; un residente se me pegó, iba a todos los hospitales y lo que hacía era tomarles gases sanguíneos a los pacientes; no se tenía oxímetro, y se convenció de la utilidad y la seguridad de la técnica. Hace unos cinco años, en un congreso en Guatemala, se me apareció y me llevó una botella de whisky Sello Azul, y me dijo: "Trabajo con la técnica de los flujos bajos y eso me ha dado la vida de anestesiólogo".



▲ Válvula para anestesia con flujos bajos y circuito cerrado (24)

El Dr. Jaime García, en Medellín, es otro que ha reconocido su trabajo y ha utilizado la técnica de manera permanente.

En 1985, cuando se produjo la toma del Palacio de Justicia en Bogotá y la desaparición de Armero, se encontraba en Argentina y Uruguay en congresos y conferencias con el Dr. Aldrete y el Dr. Harry Lowe. Los argentinos y los uruguayos tenían un problema: algunos cargaban la máquina de anestesia en la bodega del carro (un fluxómetro, un vaporizador y un sistema de no-reinhalación), y la enseñanza de la técnica les abrió una expectativa para administrar la anestesia en una forma diferente y segura.

Hace 42 años comenzó con esta técnica cuantitativa de los flujos bajos, y a los 10 años de promocionarla ya se estaba usando de modo rutinario. Hoy es una técnica aceptada universalmente.

Trabajó 10 años en el Instituto Nacional de Cancerología, administrando anestesia cuantitativa con la válvula que diseñó. Entonces surgieron los interrogantes sobre la retención de CO_2, y en particular sobre la toxicidad del oxígeno, porque "estábamos dando oxígeno al 100 %: "el óxido nitroso desapareció para mí desde esa época".

En ese entonces aparecieron en el mercado de equipos médicos los oxímetros colocados en el circuito respiratorio, y se pudo demostrar qué concentración del gas y del oxígeno inhalaban los pacientes: como la concentración del gas y del O_2 iba disminuyendo a medida que avanzaba la anestesia, se sumaban a la mezcla del circuito los otros gases, el nitrógeno, el CO_2 y el anestésico. Se demostró cómo, a pesar de "sacar el nitrógeno del espacio residual", el que se producía en el organismo ayudaba a controlar la concentración del oxígeno en el circuito.

La otra crítica que se le hacía era que la técnica exigía un control continuo de monitoreo del paciente, para administrarle la dosis correspondiente de acuerdo a los tiempos de la captación del agente anestésico (la captación es inversamente proporcional a la raíz cuadrada del tiempo), utilizando un reloj cronómetro y manteniéndose atento a darle la dosis minuto a minuto. Al aparecer los vaporizadores termo-barocompensados, se pudo demostrar que la concentración que salía del vaporizador, de acuerdo a la colocación en el respectivo dial y teniendo en cuenta el flujo de oxígeno, se podía calcular en mililitros de "vapor anestésico"; por lo tanto, sí se podían usar estos vaporizadores con flujos bajos, tan bajos como los flujos metabólicos.

Se publicó este trabajo con el título "Flujos bajos y circuito cerrado con vaporizadores termo-barocompensados" en la *Revista Colombiana de Anestesiología* (27) y en *Anestesia en México* (28). De esta forma se popularizó la técnica.

BUSCANDO APOYO PARA SU MICROVAPORIZADOR

Después de todas estas vivencias, comenzó a pensar en un "microvaporizador computarizado" Fue a Colciencias a presentar su idea, pero allí no les interesó, y luego de recorrer diferentes espacios, alguien le sugirió que fuera a la Universidad Javeriana, a la Facultad de Ingeniería Biomédica; allí se interesaron tres estudiantes que querían hacer su tesis de grado sobre ese tema, y comenzaron a trabajar. Se creó un prototipo y otra vez buscó a Colciencias, pero de nuevo no obtuvo respuesta. Los jóvenes con los que desarrolló el prototipo se graduaron y se fueron con toda la información:

Quedé con el dibujo y el aparato diseñado. Lo experimentamos con perros, se administraban las dosis de acuerdo con el cuadrado del tiempo, tal como se hacía con la válvula. Era un éxito, y lo consulté con la Philips y con la Siemens, pero tampoco les llamó la atención; tenía un desarrollo de interés, pero no logré concretar su producción.

Además, la partida de los jóvenes de la universidad frustró este proyecto. Por lo demás, hoy esta tecnología ha sido desarrollada como tecnología de punta de las últimas máquinas de anestesia para administrar flujos bajos y circuito cerrado.



▲ Vaporizador microcompensado desarrollado por el Dr. Parra en la Facultad de Ingeniería de la Universidad Javeriana

No estuvo vinculado a una universidad, pero le llegaban estudiantes de todas las universidades que hacían rotaciones en el Hospital Militar; por ello afirma: "Soy un docente sin cátedra".

SUS OTROS ESPACIOS

Durante las etapas iniciales de mi residencia y ejercicio utilizamos ciclopropano, éter, N_2O, relajante, el curare y los goteos de succinilcolina; la monitoría era mínima: el pulso, la presión arterial, la respiración, la perfusión periférica y no mucho más. El cambio a esta tecnología y el desarrollo progresivo de la monitoría permitieron un control más cercano del paciente, y técnicas más seguras para ellos y para nosotros.

No estuvo vinculado a una universidad, pero le llegaban estudiantes de todas las universidades que hacían rotaciones en el Hospital Militar: "Soy un docente sin cátedra". En el Hospital San Juan de Dios trabajó como anestesiólogo de urgencias, era profesor *ad honorem*, caminó siempre por hospitales universitarios. Trabajó en la Escuela de Medicina de la Corpas y en el Hospital Militar como profesor *ad honorem*.

En la Sociedad participó alguna vez como vicepresidente y secretario de la Cundinamarquesa, "pero no me atrajo lo administrativo, estaba en la docencia y la investigación, y lo más importante es que lo que me gusta es dar anestesia. La anestesiología para mí es una profesión que al que le gusta le da grandes satisfacciones, y si se ejerce científicamente, mucho más".

ÁLVARO PINILLA ROJAS

IMPULSOR DE LA ANESTESIA PEDIÁTRICA GENERAL Y LA ANESTESIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

UNA VISIÓN INICIAL A MANERA DE CONTEXTO

Cuando el Dr. Pinilla terminó la residencia, la Sociedad estaba en una aguda crisis, había perdido la capacidad gremial y la posibilidad de contratar. Unos grupos habían empezado a hacer reuniones mensuales de tipo académico en el piso 13 del Hospital Militar, sede de las sociedades científicas; se asignaban responsabilidades y mensualmente cada hospital hacía su presentación: la Samaritana, San José, San Juan de Dios, etc. Eran grupos más académicos que gremiales, "porque de lo gremial no quedaba nada o muy poco; tal vez lo único que quedaba de ese aspecto era el manejo de la contratación en San Andrés, que también se perdió poco después" (29).

Se inició la parte académica con reuniones de carácter netamente científico, muy difíciles, porque la asistencia era mínima, pero poco a poco se fue llenando el auditorio por el interés en las conferencias, que en ese tiempo era muy complicado organizar. No había internet ni las facilidades modernas, y para conseguir un artículo había que llamar a la biblioteca o los amigos del extranjero las enviaban. Las revistas llegaban tarde, eran costosas, las suscripciones en ese tiempo eran de $100 y $150 dólares. Entonces, entre todos se hacían grupos, unos se suscribían a una revista, otros a otra, y así lográbamos tener una modesta biblioteca.

La Ley 6ª y la Ley 100 cambiaron muchos aspectos del ejercicio profesional, y la Constitución de 1991 generó la popularización de las demandas a todo tipo de profesionales y a la comunidad médica en especial, lo cual llevó a la idea de la protección, de buscar un seguro, lo que finalmente terminó en el FEPASDE, primero para los anestesiólogos, después para los médicos y más adelante para los profesionales de la salud.

El Dr. Ignacio Ruiz comenzó a pelear para lograr este objetivo y lo logró. Él hizo mucho por la Sociedad y contribuyó a que creciera enormemente, pues sin duda el FEPASDE impulsó sus aspectos financieros y económicos. De este modo, con los nuevos servicios, la anestesia desarrolló un liderazgo gremial.



▲ Dr. Álvaro Pinilla Rojas

Estaba interesado en dos cosas: aprender anestesia pediátrica para suplir la escasez de especialistas en Colombia y rotar por anestesia cardiovascular pediátrica, lo que le interesaba desde que tuvo oportunidad de estar en cirugías de corazón.

SUS INICIOS

Nació en 1950 en Bogotá. Fue el mayor de una familia de siete hombres. Sus padres, Álvaro y Paulina, que fueron educadores, aún viven. Por esa razón estudió en el Colegio Departamental Antonio Nariño, un establecimiento para hijos de educadores, y obtuvo su título de bachiller académico en 1967.

LA UNIVERSIDAD Y ALGO DE ANESTESIA

La mayoría de los egresados de este colegio se presentaron a la Universidad Nacional, de Colombia porque las universidades privadas para estudiar medicina eran muy costosas. Los estudiantes cursaron tres años básicos en el campus de la universidad y después se trasladaron al Hospital San Juan de Dios, uno de los hospitales más grandes de Colombia, que contaba con 900 camas y 20 quirófanos, funcionando las 24 horas del día; allí llegaban, remitidas de todo Colombia, una gran variedad de patologías, es decir, se trataba de un auténtico hospital de guerra.

En 1974 le correspondía el internado, pero esto coincidió con el primer cierre del San Juan, así que hubo que buscar otros sitios. El cierre lo lideró el Dr. Fergusson, ya que no estaba de acuerdo con las políticas de salud; él era un hombre inteligente de tendencias socialistas que luchó en ese tiempo por el mejoramiento de la salud. Todos los alumnos tuvieron que dispersarse por diferentes hospitales de Colombia para poder cumplir el requisito y graduarse. Por su parte, el Dr. Pinilla realizó su año de internado en el Hospital San Rafael de Facatativá.

En Facatativá tuvo los primeros acercamientos a la anestesia, pues con frecuencia era asignado en la sala de cirugía como ayudante de quienes tenían esta responsabilidad: un médico general que había hecho algunos cursos no formales de anestesia en el Hospital San Juan de Dios y una enfermera anestesista:

Aprendí de ellos a poner raquídeas, y como esa persona no estaba todos los días y no se conseguían anestesistas, como se llamaban en esa época, el Dr. Álvaro Hernández, cirujano y jefe de salas de cirugía, me decía: "Pinilla, dé usted la anestesia que usted ya sabe poner anestesia raquídea", y así empecé a dar mis primeros pasos en la anestesia.

DIFÍCIL FINAL DE CARRERA

Se casó cuando cursaba cuarto semestre. Este acontecimiento desató la furia de su padre, quien al mejor estilo machista lo echó de la casa. Martica se convertiría en la madre de sus tres hijos (Mónica, Álvaro Leonardo y Alejandro) y en su respaldo incondicional en todo aspecto, principalmente el económico, pues trabajaba arduamente en el Ministerio de Educación mientras el Dr. Pinilla finalizaba su carrera.

Durante el tiempo de la universidad desempeñó varios oficios que le permitieron ayudar a sostener a su familia. Fue visitador médico, bibliotecario nocturno de la Universidad Nacional, dispensador de medicamentos en la farmacia del ISS, e hizo turnos en el Centro Médico Santafé, diseñado para estudiantes de último año de la Universidad Nacional.

DECIDIDO POR LA ANESTESIA

Terminado el año rural, consiguió un contrato de "residente" de maternidad en la Clínica Palermo, y allí recibió la motivación de algunos anestesiólogos para solicitar formalmente el cupo en Anestesiología. Debido a que aún continuaba cerrado el Hospital San Juan de Dios, lugar donde hacían las residencias clínicas los médicos egresados de la Universidad Nacional, se fue al Hospital de la Samaritana, adscrito a la Universidad Javeriana, donde fue aceptado, después de muchos trámites administrativos, por el Dr. Ángel Cruz, quien se convirtió en su mentor durante toda la residencia. Con el cierre del Hospital San Juan de Dios, el Hospital de la Samaritana se convirtió en el más importante para la atención de los pacientes que normalmente iban al San Juan. Allí conoció al Dr. Eduardo García Vargas, anestesiólogo preparado en la Clínica Mayo de Estados Unidos, quien al regresar al país le dio un realce muy importante a la especialidad en Colombia. Él fue el verdadero maestro del Dr. Pinilla y de muchas generaciones posteriores en el país, ya que no solo se dedicó a enseñar las técnicas en anestesia, sino a formar personas luchadoras por el cuidado intensivo y la anestesia.

Y TAMBIÉN EL CUIDADO INTENSIVO

Por el gran interés que tenía el Dr. Eduardo García de desarrollar el cuidado intensivo, les propuso a los residentes que hicieran algún tiempo más de rotación en esta disciplina, ya que en Colombia no existían muchas unidades de cuidado intensivo y había interés en desarrollar algunas.

Finalizada la especialidad de anestesiología, permaneció seis meses más junto al Dr. Édgar Celis, el primer residente en tener un entrenamiento adicional de un año en cuidado intensivo. Trabajó repartiendo su tiempo entre las salas de cirugía del Hospital de la Samaritana y la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Santa Rosa de la Caja Nacional de Previsión, donde el Dr. Eduardo García Vargas era el director; y tuvo como compañero de trabajo al Dr. Celis, quien posteriormente se convirtió en el jefe de la unidad.

En el Hospital de la Samaritana ayudó a consolidar el recién abierto programa de anestesiologia y asumió la jefatura cuando el Dr. Ángel Cruz se pensionó. El primer anestesiólogo en graduarse de este programa fue el Dr. Hernando López, y hasta el día de hoy se han graduado un gran número de médicos, en lo que se considera uno de los mejores programas que existen en Colombia.

LA FUNDACIÓN SANTA FE Y LA ANESTESIA PEDIÁTRICA

Estando aún en el Hospital de la Samaritana con el Dr. Eduardo García, y todavía sin abrirse la Fundación Santa Fe, en una reunión este le dijo: "Álvaro, vamos a tener problemas aquí en la Fundación, pues no tenemos anestesiólogos pediatras".

En 1979 asistió a un simposio de anestesia auspiciado por la Universidad de Miami, con el Dr. Aníbal Galindo, y conoció al Dr. Rodolfo Godínez, quien trabajaba en la Universidad de Pensilvania (*Children´s Hospital of Philadelphia*) y fue el expositor estrella que dictó la mayor parte de las conferencias.

Después de sus presentaciones, le manifestó al Dr. Godínez su interés en la anestesia pediátrica:

"Yo le consigo el cupo y usted presenta el examen obligatorio", me dijo. Pasaron dos años y ya no creía en la posibilidad de estudiar allá, pero un día en 1981 me llamó: "Álvaro, aquí tiene su cupo, ya está aprobado por la comisión de la universidad y por el Dr. John Downes, jefe del departamento de anestesia y cuidado intensivo"; así que acordamos la fecha y me fui.

Estaba interesado en dos cosas: aprender anestesia pediátrica para suplir la escasez de especialistas en Colombia (estaban el Dr. Octavio Vaquero en el Hospital de la Misericordia, el Dr. Arnobio Vanegas en Cali y el Dr. Jairo Restrepo en Medellín), y en rotar por anestesia cardiovascular pediátrica, lo cual le interesó enormemente cuando estuvo en el Hospital de la Misericordia y tuvo oportunidad de estar en las cirugías de corazón que realizaba el Dr. Camilo Cabrera, a quien recuerda por su excelente destreza y empuje.

Una vez terminado su entrenamiento en 1981, regresó a Colombia y se vinculó de nuevo al Hospital de la Samaritana y al programa de cirugía cardiaca de la Fundación Cardioinfantil, que funcionaba en el Hospital de la Misericordia y era dirigido por el Dr. Camilo Cabrera. Después, en 1983, este programa fue trasladado a la Fundación Santa Fe, donde funcionó algunos años; y finalmente, los Dres. Reinaldo y Camilo Cabrera, personas excepcionales, abrieron su sede propia, la Fundación Cardioinfantil, donde tuvo oportunidad de administrar la primera anestesia de corazón con circulación extracorpórea a un niño de 4 años, a quien se le corrigió una comunicación interauricular. En ese tiempo tuvo que tomar la difícil decisión de escoger entre las dos instituciones mencionadas, y optó por quedarse en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

COMPROMETIDO CON LA ACADEMIA PERO LIMITADO POR LAS CIRCUNSTANCIAS

Participó muy activamente en la academia desde sus inicios como anestesiólogo. Su primera experiencia fue en el desarrollo del programa de posgrado de La Samaritana, residencia recientemente aprobada y adscrita a la Pontificia Universidad Javeriana, donde se desempeñó como director hasta 1983. Durante este tiempo hizo parte del grupo de conferencistas de anestesia pediátrica en congresos nacionales e internacionales, aportando con sus conocimientos a la actualización de los anestesiólogos colombianos.

Como anécdota, recuerda que al finalizar una de sus conferencias, donde hablaba por primera vez en Colombia del uso de capnografía y oximetría como monitores vitales durante las anestesias, las cuales no existían en nuestro medio, uno de los asistentes le solicitó que hablara de cosas más prácticas y concretas, y no de "ciencia ficción", pues se asumía que esta tecnología no llegaría al país. Nadie se imaginaba que esos dos monitores se convertirían, pocos meses más tarde, en requisitos fundamentales para garantizar anestesias más seguras para los pacientes.

Posteriormente continuó su actividad académica en la Fundación Santa Fe de Bogotá, colaborándole al Dr. García junto a otros colegas (como el Dr. Fernando Raffan a cargo de

Cuando habló en una de sus conferencias sobre el uso de la capnografía y la oximetría como monitores vitales, un asistente le pidió hablar de cosas prácticas y concretas, no de "ciencia ficción", pues en ese momento no se creía que esa tecnología llegaría al país.

trasplantes, el Dr. Édgar Celis a cargo de cuidado intensivo, el Dr. Roberto Murillo y el Dr. Enrique Arango en cardiovascular, el Dr. Pedro Bejarano y el Dr. Jaime Herrera en el programa de dolor, el Dr. Mario Ruiz y la Dra. Claudia Niño en neuroanestesia, y el Dr. Julio Enrique Peña en obstetricia), con el desarrollo del programa de residencia en anestesiología adscrito a la Universidad El Bosque; y recientemente el de la Universidad de los Andes, teniendo a su cargo la enseñanza de los principios básicos de la anestesia y la formación profesional de las nuevas generaciones de anestesiólogos.

Hacia 2008 su familia atravesó una dura situación, debido a la devastadora enfermedad (parálisis supranuclear progresiva) de su esposa Martica, lo cual le cambió su esquema de vida. Estaba acostumbrado a que ella administrara "perfectamente" todo en casa, pero ahora tuvo que asumir lo que antes no hacía, aunque lo hizo con la ayuda de sus hijos y nietas (Estefanía y Sarita). Para todos, la prioridad en esos años "fue esa mamá que poco a poco se iba apagando" hasta su fallecimiento en 2015; esto lo relegó un poco de sus labores académicas, pero le brindó oportunidades humanas y espirituales que muy pocos han vivido.

Fue coautor del libro de anestesia pediátrica de la Sociedad Colombiana de Anestesiología que lideró el Dr. Jaime Jaramillo, primer residente de la Fundación Santa Fe, y de otros artículos publicados en la *Revista Colombiana de Anestesiología*.

En 2015 recibió dos distinciones de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología: el premio Juan Marín y el reconocimiento como pionero de la anestesia pediátrica en Colombia.

Esta es la vida de un anestesiólogo integral, anestesiólogo pediatra, anestesiólogo cardiovascular pediatra, quien, sobrepasando las vicisitudes de la vida, ha dado lustre a la anestesia colombiana y a la comunidad de la anestesia en Colombia.

FERNANDO RAFFAN-SANABRIA

LÍDER ANESTESIÓLOGO DEL TRASPLANTE DE HÍGADO EN COLOMBIA

Su cédula dice que nació en Cali, pero su apellido es originario de Escocia, por su bisabuelo, que cuando llegó a Colombia se radicó en Florida, Valle. Allí nació su padre, el poeta Félix Raffán, abogado, periodista y escritor que trabajó en *El Tiempo* y fue miembro de la Academia de la Lengua, la Academia de Historia y la Academia Colombiana de Educación, así como uno de los fundadores del Círculo de Periodistas de Bogotá. "De allí puede venir cierta facilidad que tengo para escribir: la heredé de mi papá. Él se casó con Blanca Sanabria, enfermera de profesión, de cuya unión nacieron cinco hijos; yo, el hijo mayor de cinco hermanos, fui el único médico de la familia" (30).

Se trasladaron a Bogotá y él estudió en el Colegio Americano, donde terminó su bachillerato en 1971. En la familia no había médicos. Su padre era escritor y poeta, y su tío, que era agricultor y comerciante en el Valle del Cauca, tenía como pasatiempo la magia y lo introdujo en ese mundo.

LA MEDICINA EN UNA "ZONA ROJA"

El puntaje que logró en las pruebas del ICFES le permitió ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario; el requisito para ingresar era este puntaje y una entrevista. Se graduó en 1978 e hizo el año rural en Puerto Boyacá, famoso por las dificultades en el control del orden público. Estando allá tuvo un accidente del que fue el único sobreviviente ileso:

Estaba reemplazando al Dr. Guillermo Supelano, más tarde cirujano general, mi compañero; había que ir al área rural, pero él no llegó, pues estaba de descanso en Bogotá; ese día salimos temprano hacia una vereda cuatro integrantes del equipo de salud. El accidente fue ya de regreso al hospital; fallecieron cuatro de las personas que iban conmigo, incluida una paciente, y yo fui el único ileso; la otra persona que se salvó fue la enfermera que me acompañaba; sufrió trauma renal severo, fractura de columna y edema pulmonar. Eso fue terrible y me marcó mucho.

Al terminar el rural, el pueblo le pidió que se quedará otros seis meses, "creo que más por lo mago que por lo médico". Se quedó ejerciendo en una zona roja, de las bravas por el año 1978: "Nos fue bien, afortunadamente, fue una época difícil, pero bien interesante".



Dr. Fernando Raffan-Sanabria

"Tengo que hacer algo que nadie haya hecho, quiero hacer cuidado intensivo, pero con la mira en la anestesia para trasplantes, porque nadie se ha entrenado en eso en el país. Voy a hacer las dos cosas, anestesia para trasplantes y cuidado intensivo al mismo tiempo".

LA ANESTESIA Y LA MAGIA

Su pasión por la anestesia nació desde su época de estudiante, cuando el Dr. Eduardo García Vargas era el jefe de cuidados intensivos del Hospital San José y reclutaba estudiantes de medicina que quisieran hacer turnos; se apuntó, ahí conoció una actividad médica que apenas se iniciaba y la experiencia le pareció muy interesante. Cuando llegó al internado, y en el rural, tuvo la oportunidad de comprometerse más con la anestesia y pensó: "'Es la mejor manera de llegar al cuidado intensivo', que era mi interés principal; 'pienso que así debe ser, primero anestesiólogo, y váyame por donde me vaya, voy a hacer las dos cosas'". Se decidió por ese camino, al no existir la especialización de cuidado intensivo en la época; y analiza retrospectivamente que esta era una prolongación de la intervención en cirugía y había salido de los "cuartos de recuperación"; entonces "haría las dos especializaciones". Como egresado de la Universidad del Rosario tuvo la oportunidad de seguir allí en el posgrado, en un convenio con el Hospital Militar, donde era jefe el Dr. Carlos Hernández, uno de sus mentores como anestesiólogo.

Para entrar a la residencia presentó el examen, y gracias al resultado obtenido logró su aspiración:

No había sino un cupo y dos aspirantes; me preguntaron por mi hobby y les dije: "Soy mago", "¿Cómo que mago?", "¡Sí, hago magia!, ¿quiere que le dé una demostración?"; estaba con los jurados, de frente, e hice la demostración.

Entre sus profesores estaban Mario Ruiz (q. e. p. d.), Julio Enrique Peña y Roberto Murillo, anestesiólogos que después se fueron a la Fundación Santa Fe de Bogotá. "El grupo de residentes era bien interesante: Pedro Bejarano, Alfredo León, Germán Parra, Hollman Moreno y yo, un poquito indisciplinados, pero pilosos y emprendedores, magníficos especialistas". Cuando se terminaba la residencia en 1983, se hizo un concurso del mejor residente del hospital y lo ganó el grupo de anestesia. Se debía escoger, entre ellos, al que

se quedaría de docente. La elección fue difícil, la competencia era dura. Él había hecho algunas pequeñas investigaciones y escrito un par de artículos que se publicaron en la revista de anestesia de la SCA. Al final le ofrecieron el cargo de instructor. Pero el Dr. Hollman Moreno, quien había sido su compañero durante la residencia, fue nombrado jefe del departamento de anestesia de la Clínica San Rafael y necesitaba un coordinador académico: "Entonces me llamó: '¿te quieres venir conmigo?'; le acepté la invitación y con él armamos el programa de anestesia del Hospital San Rafael en convenio con el Hospital Militar, hacia 1984 o 1985". A la par de su trabajo en la Clínica San Rafael, comenzó a trabajar en el Hospital Simón Bolívar como intensivista; su jefe era el Dr. Carlos Gaviria, quien fue su profesor de cuidado intensivo en el Hospital Militar y reclutó varios anestesiólogos que habían sido sus alumnos, complementando el grupo con unos cardiólogos.

En el Hospital Simón Bolívar trabajó cinco años en cuidado crítico, lo que le sirvió para ingresar a la Fundación Santa Fe. Había adquirido la experiencia del cuidado intensivo, y Pedro Bejarano, su compañero de residencia en el Hospital Militar, había ingresado a la fundación para conformar el grupo de servicio de dolor junto con el Dr. Jaime Herrera. Pedro Bejarano debía viajar a Estados Unidos a completar su *fellow* de dolor y le solicitó que fuera su reemplazo en la Fundación Santa Fe, donde el Dr. Eduardo García era el jefe del departamento de anestesiología y cuidados intensivos, y ya lo conocía de estudiante. Allí estaban otros de sus profesores: Mario Ruiz, Roberto Murillo, Julio Enrique Peña; tenía buenas referencias. La unidad quirúrgica ya tenía su equipo completo. Entró al departamento de cuidado intensivo y a los tres meses, para el regreso del Dr. Pedro Bejarano, pasó al departamento de anestesia: "El Dr. García me dijo que me quedara en intensivo un año más, pero que no me prometía absolutamente nada; y llevo más de 30 años en la Fundación Santa Fe de Bogotá". La fundación se abrió en 1983 y él ingresó en 1985; todo fue creciendo, al Dr. García le gustaba probar a la gente, y si le gustaba alguien lo vinculaba; así fue que el Dr. Raffan-Sanabria terminó en anestesia y cuidado intensivo. Le había servido la experiencia del San Rafael, del Simón Bolívar y de la Fundación Santa Fe.

AL EXTRANJERO A ESTUDIAR ANESTESIA PARA TRASPLANTES

En su recorrido por la Fundación entró primero a cuidado intensivo, luego al departamento de anestesia y después fue médico institucional, ya para quedarse en la institución. El Dr. García les solicitaba a los suyos que hicieran algún entrenamiento fuera del país, lo que les ayudaría a afianzarse en el departamento:

En el departamento había intensivistas, un anestesiólogo pediatra, anestesiólogos dedicados a obstetricia, estaban los que manejaban dolor, en neuroanestesia estaba Mario Ruiz, y me dije: "Tengo que hacer algo que nadie haya hecho y voy a proponerlo: quiero hacer cuidado intensivo, pero con la mira de la anestesia para trasplantes, porque nadie se ha entrenado en eso en el país. Voy a hacer las dos cosas, anestesia para trasplantes y cuidado intensivo al mismo tiempo".

Apoyado por el Dr. García y aprovechando la amistad con el cirujano de trasplantes de riñón y páncreas, el Dr. Rubén Luna (q. e. p. d.), especializado en Estados Unidos en la Universidad de Minesota, donde su hermana era la jefe del departamento de enfermería, al ser ella conocida del Dr. Raffan-Sanabria, este le escribió y ella hizo los contactos, por lo que le abrieron las puertas. Ya había propuesto el programa cuando llegó el cirujano Gustavo Quintero (actualmente

decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario), que acababa de entrenarse en trasplante hepático y riñón en Inglaterra. El Dr. Quintero habló con el Dr. García y le dijo que necesitaba un anestesiólogo para enviarlo a Inglaterra. Este le dijo al Dr. Raffan: "Le tengo todo listo, ya está hablado, toca solamente que mande los papeles a ver cómo está su formación, para ver si lo reciben. Con este entrenamiento hacemos el grupo completo".

Conocía al Dr. Quintero, él era del Rosario, había sido su interno cuando yo era estudiante, había sido su residente cuando yo era interno. Mandamos la hoja de vida a la universidad, les pareció interesante y me recibieron, y me fui a Inglaterra a entrenarme en cuidado intensivo y en anestesia para trasplantes.

Viajó al *Fellow* en 1989 y allí hizo su entrenamiento de 16 meses. Tuvo la oportunidad de entrenarse en trasplante de hígado, pulmón, riñón e intestino, y estuvo en el programa de corazón, pero como no era especialista en anestesia cardiovascular, solo pudo conocer el tema sin profundizar. Cuando llegó a Inglaterra no sabían qué hacer con él. "Me dijeron: 'este programa no existe aquí', y le dije al profesor Peter Huton: 'yo hago mi programa'; les hice la propuesta de lo que podía hacer y lo aceptaron". Organizó su programa rotando por el *Queen Elizabeth* como hospital base, recibió entrenamiento en Harfild, Londres, en trasplante de corazón y pulmón, y en el *Jhon Radcliff*, Oxford, tuvo la oportunidad de conocer a Sir Roy Calne, quien introdujo la ciclosporina como inmunoterapia, revolucionando el mundo del trasplante. Asistió al Banco Nacional de Sangre de Birmingham. El Dr. Hutton era una persona con una historia bien interesante: se graduó primero como ingeniero, luego estudió medicina y después anestesia cardiovascular, y era el jefe del departamento de anestesia. Se necesitaba un tutor y le asignaron a quien después sería su amigo, el Dr. Julian Bion, un intensivista neumólogo y anestesiólogo; era profesor del departamento y *senior lecturer*, conferencista sénior, el título académico más alto y el segundo después de profesor jefe. El Dr. Hutton fue más tarde el presidente del Colegio Real de Anestesiólogos *Royal College of Anestesia*, y el Dr. Bion llegó a ser el presidente de la Sociedad Europea de Cuidado Intensivo.

El cuidado intensivo no era reconocido académicamente como una especialidad. En el Reino Unido se hizo la propuesta y se debía nombrar un profesor a quien la universidad le daría la posibilidad de que apareciera como el primer docente. Se hizo el concurso y lo ganó la Universiad de Birmingham, donde el jefe era el profesor del Dr. Raffan-Sanabria, por lo que se convirtió en el primer *Chairman* de cuidado intensivo de todo el Reino Unido:

Tuve la oportunidad de formarme, y cuando estaba finalizando me ofrecieron quedarme con ellos, porque ya era quien más había administrado anestesia para trasplantes hepáticos en el hospital; había cuatro instructores, a cada uno le había tocado la cuarta parte y yo había estado en todas las cirugías.

Decidió volver a Colombia por varias razones: porque había hecho un convenio, quería volver al país a practicar y enseñar lo que había aprendido, y por el compromiso con la institución, la Fundación Santa Fe de Bogotá, que apenas estaba empezando, pero a la que se le veía mucho futuro.

Una razón familiar del regreso se debió al nacimiento de nuestro primer hijo, Fernando. Me había casado durante la residencia con Elsa Montoya Hernández, enfermera del Hospital Militar de la unidad de neurología, y teníamos un problema social y familiar: ella era la hija mayor y yo el hijo mayor; nuestro hijo era el primer bisnieto, tenía tres bisabuelas vivas y su nacimiento fue un acontecimiento familiar importantísimo, así que había que regresar. Además, anecdóticamente, mi señora siempre dijo que su hijo tenía que graduarse en el Colegio San

EN LA ACADEMIA

Carlos; se presentó en el colegio, pasó y era necesario estar aquí. Vivieron conmigo tres o cuatro meses, se devolvieron a Colombia, yo continué el programa, lo terminé y también regresé a aportarle a la disciplina de la anestesiología.

En Bogotá aún no se había hecho el primer trasplante hepático exitoso. En Medellín sí, pero estaban haciendo trasplantes de riñón, no de hígado. Los dos primeros trasplantes exitosos en Bogotá le correspondieron a él. La paciente del primero sobrevivió; es el trasplante más añoso en Colombia, de 25 años, y ella está en buenas condiciones, debe estar cerca de los 70 o 75 años y tiene una empresa con sus hijos.

En todo este periplo por la anestesia y la magia tuvo relaciones y amistades de gran talla: estuvo con el presidente del Colegio Real de Anestesiólogos del Reino Unido, con el primer anestesiólogo certificado de Inglaterra y presidente de la Sociedad Europea de Cuidado Intensivo, uno de sus profesores fue el primer general médico de la Fuerza Aérea Británica, y en el mundo de la magia su amigo y maestro fue el presidente de la Federación Mundial de Magos. A todos los encontró por el camino y con todos tuvo una gran amistad que aún persiste.

Desde el inicio de sus relaciones con el Dr. Eduardo García, pasó por muchos cargos administrativos y académicos de la Fundación: jefe de sala de cirugías, jefe de cirugía ambulatoria y coordinador académico del departamento y su sección de trasplantes. Se creó la sección de trasplantes del departamento con otros anestesiólogos, y los Dres. Édgar Celis y Germán Cuervo lo acompañaron. Más tarde entró su alumno Oswaldo Amaya, llegaron otros cirujanos y se conformó un grupo completo con enfermeras y patólogos, todos entrenados en Birmingham, en el hospital *Queen Elizabeth*. Por su relación con ese centro, se les facilitó el entrenamiento y se conformó lo que ha llegado a ser reconocido como el primer centro de excelencia de trasplante hepático en el mundo, certificado por la *Joint Comission*, un centro clínico liderado por el cirujano Dr. Alonso Vera, también entrenado en el hospital *Queen Elizabeth* de Birmingham. El Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá es el primero que tiene programa de reemplazos articulares, cirugía peritoneal y trasplante hepático certificados: "Es un logro absolutamente espectacular. Siempre tuve el apoyo incondicional de los que han sido mis jefes directos: Eduardo García, Mario Ruiz, Édgar Celis y actualmente Enrique Arango".

Desde que empezó en el Hospital San Rafael se vinculó a la parte académica, con la fundación del programa de especialización en anestesia en compañía del Dr. Hollman Moreno. Fue el primer coordinador académico del departamento de anestesia de la Fundación Santa Fe, programa que estaba adscrito a la Universidad El Bosque, conjuntamente con el programa del Hospital Simón Bolívar. El primer residente fue el Dr. Jaime Jaramillo, y ya se van a cumplir 25 años de su fundación. Otros de sus títulos académicos son como profesor asistente y profesor de cuidado intensivo de la Universidad del Rosario, y como profesor clínico de la Universidad de los Andes.

Me considero un buen escritor empírico, lo que aprendí de mi padre, y me considero un poeta igualmente empírico. De hecho, hicimos hace poco, en la Fundación Santa Fe, un encuentro de poetas médicos, yo lo organicé y fue espectacular; nos apoyó musicalmente el maestro David Amorocho, compañero de mi hijo Fernando, doctorado en música en Canadá. El encuentro poético se tituló "Auscultando el corazón". Nos reunimos cinco médicos de diferentes especialidades: Gloria Arias, Olga Toro, Luis María Murillo, Diego Rosselli y yo, y con el fondo musical resultó un buen evento. Ya a los 6 años me había enfrentado a un auditorio de unas 600 personas, cuando terminábamos el kínder en el Colegio Americano;

se necesitaba un acto para clausurarlo y me tocó a mí. Lo único que recuerdo es que mi mamá me dio una copa de aguardiente antes de salir al escenario.

Sus escritos en el campo médico han sido para la revista de la Sociedad Colombiana de Anestesiologia, de Otorrinolaringología, de Cardiología, el *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, y a nivel internacional la *Revista Mexicana de Anestesiologia*, *Medicina Intensiva*, entre otras. Tiene publicaciones indexadas, pero tal vez la más importante es la que escribió con el Dr. Édgar Celis, "El primer consenso iberoamericano de analgesia y sedación para el paciente crítico", donde participaron varios anestesiólogos e intensivistas de Iberoamérica. Este fue uno de los artículos más leídos cuando se publicó por primera vez, y ya se han publicado dos consensos, el primero en español y el segundo en español e inglés. Su primer artículo se publicó en la *Revista Colombiana de Anestesiología* cuando era residente, y por ello se ganó un pasaje para asistir al Congreso Colombiano; el artículo se titulaba "Arritmias cardiacas durante cirugía no cardiaca"; un laboratorio se interesó en él y fue entregado a todos los asistentes del Congreso de Cali en 1981. Tambien ha sido coautor de varios libros relacionados con la anestesiología y el cuidado intensivo.

Para el Dr. Raffan, uno de sus mayores logros académicos ha sido la coautoría del curso CASTYM, Control Avanzado del Sangrado en Trauma y Cirugía Mayor, que ha traspasado las fronteras y ha recibido el apoyo incondicional de la S.C.A.R.E. Fue una idea que nació de una tertulia con su alumno y amigo el Dr. Fredy Ariza, también especialista en trasplantes y que trabaja en la Fundación Valle del Lili, al observar una carencia en el entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la cuagulopatía asociada al trauma y cirugía mayor, así como su manejo. Les llevó más de dos años idear el curso, que ya tiene más de 1 200 proveedores.

Su otro aporte fue la participación en la invención de un dispositivo para la ventilación con presión positiva de pacientes edéntulos en 2012, del que fueron coinventores los Dres. Claudia Niño, Andrés Powels y Enrique Arango.

Desde hace más de 15 años dirige en la *Revista Colombiana de Anestesiología* la sección "Preguntas y respuestas",

[…] propuesta que hice para utilizar la revista como un ejercicio de educación continuada. Inicialmente se hacían preguntas de anestesia en general para anestesiólogos, pero ahora se están seleccionando a partir de los artículos de la revista y se generan para el número siguiente. Hice un entrenamiento de cómo hacer preguntas mientras estuve en Inglaterra, y aquí en la Universidad El Bosque también, lo que me ayuda al ejercicio de hacer la publicación cada dos meses.

En el periplo por la anestesia y la magia tuvo amistades de gran talla: los presidentes del Colegio Real de Anestesiólogos del Reino Unido y de la Sociedad Europea de Cuidado Intensivo, y en el mundo de la magia, el presidente de la Federación Mundial de Magos.

"Hice las dos especializaciones: anestesiología de trasplantes y cuidado intensivo, y la de magia; con ello creía tener la ventaja de 'ser mago para fregar a los anestesiólogos' y la de 'ser anestesiólogo para fregar a los magos'".

RAFFAN EL MAGO

Antes de regresar de Inglaterra hizo la "residencia" en magia. Cuando llegó allí a estudiar, buscó en las páginas amarillas a un mago, y encontró a Tony Shiley, químico farmaceuta, quien fue el presidente de la Sociedad Mundial de Magos. En Birmingham estaba el primer club de magos certificados del mundo.

Estudio las dos "materias" al tiempo: anestesiología de trasplantes y cuidado intensivo, y magia:

Hice las dos "especializaciones", y con ello creía tener la ventaja de "ser mago para fregar a los anestesiólogos" y la de "ser anestesiólogo para fregar a los magos". Finalmente no sé si soy un buen anestesiólogo o soy buen mago, o lo contrario, pésimo anestesiólogo y pésimo mago; la comunidad lo dirá.

Cuando tenía unos 10 años, su tío agricultor, quien era aficionado a la magia, le hacía trucos y le "tomaba el pelo" con sus ejercicios. "Trataba de descubrir cómo los hacía, yo soy inquieto, a mí me gustaba eso, y le dije: '¿Por qué no me enseña?', y él me enseñó los primeros trucos y ejercicios con las manos". Hay trucos que requieren habilidades especiales en las manos, y hay movimientos y posiciones que no todo el mundo puede hacer; es muy importante "hipertrofiar la eminencia, tenar e hipotenar", y hacer ejercicios para ganar fuerza y poder hacer las manipulaciones.

Con él me inicié, empecé a hacer mis propios trucos, presentaciones en las fiestas y en las reuniones familiares, a leer. Yo era el brujo del colegio, leía el tarot y hacia trucos de magia, en los bazares tenía mi carpa para hacer magia, para leer las cartas, para hacer grafología.

Así fue progresando, y cuando llegó a la universidad se encontró accidentalmente con el mago Chalesar, famoso en Bogotá, quien tenía una ferretería en la calle 19 con carrera 9. Tenía un cubículo. El Dr. Raffan no sabía que era mago, entró a comprar unos tornillos y preguntó: *"¿Eso qué es?"; "Son trucos de magia y los vendo, yo los hago", dijo él; allí aprendí un montón de trucos de magia. Seguí estudiando medicina, el viejo estaba enfermo y cuando cursaba el sexto semestre, al haber terminado ya medicina interna, me convertí en su médico y él me enseñó sus secretos. Era el mago de las piñatas.*

Se encontraban con Richard Sarmiento, Gustavo Lorgia, Tío Henry y José Simons, quien le presentó a uno de los mejores magos de este tiempo, David Copperfield; el Dr. Raffan se hizo amigo de ellos. Fundaron el Colegio Mágico, el Círculo Mágico de Colombia y la Academia de Magia de Bogotá. Hacían "tertulias mágicas". Así se fue acercando a los mejores magos de Bogotá y de Colombia. Hicieron un grupo donde había pocos magos profesionales. Gustavo Lorgia era el mago profesional, y Richard Sarmiento, actual director de la Escuela de Artes Mágicas de Bogotá, era arquitecto y profesor de la Javeriana.

"Mientras hacía la residencia en anestesiología en el Hospital Militar, hacía presentaciones de magia para piñatas y eventos sociales, y con lo que cobraba los fines de semana me ayudaba para el mantenimiento, ya que durante la residencia no se podía trabajar como médico".

La tertulia se reúne todos los miércoles en la Escuela de Artes Mágicas de Bogotá; yo continúo asistiendo con alguna frecuencia. Empecé a participar en congresos internacionales cuando ya había terminado la carrera. Fui a estudiar a México, a la escuela de Juan Tamariz en Madrid en el 86, y cuando llegué a Inglaterra estudié con Tony Shiley, y por él soy miembro de la Sociedad Británica de Magia y de la Academia Americana de Magia. Aquí hay varios médicos magos y tenemos una sociedad de la que hace parte Santiago Rojas, conocido médico, escritor y gran amigo mío, y el cirujano Dr. Ortega, quien escribió un libro sobre la historia de los magos en Colombia, donde yo aparezco.

Se ha presentado en diversos escenarios, como el Teatro La Castellana en Bogotá, el *Polyforum Cultural Siqueiros* en Ciudad de México, el Centro de Convenciones en Perú, en Chile, en Costa Rica, en Birmingham, Reino Unido. Y realiza presentaciones para obras de caridad en diferentes hospitales de Bogotá.

CÓMO SE DEFINE

Se considera una buena persona, una persona grata; piensa que la gratitud es una característica fundamental del buen ser humano. Es buen hijo, buen papá y buen esposo, y trata de ser lo mejor de lo mejor, sin llegar a la perfección, "porque soy enemigo de lo perfecto, soy amigo de lo bueno, y eso se lo aprendí a mis profesores de la medicina y a mi papá: que lo perfecto es enemigo de lo bueno".

En la profesión le gusta enseñar. Se considera un anestesiólogo reconocido, pero lo que más le importa es que su paciente salga, ojalá, mejor de lo que entró.

Me caracterizo porque creo que debe haber un orden mental desde antes de empezar el ejercicio anestésico; si puedo, en la consulta preanestésica, antes de empezar una intervención quirúrgica que no sea una emergencia, hago un plan, "el antes y el después". "Ir un paso adelante" es lo que les enseño a mis residentes: "Vaya un paso adelante, porque uno no sabe cuándo le salta la liebre". Otra premisa para ser un buen anestesiólogo: "Desconfíe; por haber sido desconfiados hemos evitado un evento adverso".

¿CÓMO VE EL FUTURO DE LA ANESTESIA? ¿Y LA SOCIEDAD?

En este punto hay que hablar un poco del pasado. Cuando empezó a estudiar medicina, el contacto de la comunidad con la anestesia era prácticamente nulo y sigue siendo muy pobre. En la Facultad de Medicina, el pénsum en relación a la anestesia era muy limitado, con ocho o diez días, o aún menos cuando era estudiante, y 15 días cuando era interno, lo cual no ha progresado. La anestesia se ha visto como una cosa secreta y hasta hace poco no se sabía si eran doctores o no los que se encargaban de ella. "Y de hecho, todavía algunos pacientes no saben que nosotros somos realmente médicos graduados y súper especialistas". Sin embargo, ahora la comunidad entiende un poco más, y muchos pacientes en la entrevista dicen no tener miedo a lo que les harán, pero sí a la anestesia. "Más adelante, en el internado, es cuando nos damos cuenta de su importancia, pero más por el cuidado intensivo que por la anestesia misma".

Para él, la Sociedad Colombiana de Anestesiología ha experimentado un salto enorme, monumental. Ha sido miembro desde que era residente, al haber tenido la oportunidad de entrar rápidamente a ella, ocupando posiciones directivas, como la de vicepresidente de la Sociedad Cundinamarquesa, miembro de la Junta Directiva del FEPASDE y últimamente coordinador del Comité de Trasplantes y Transfusiones

OTROS CAMINOS

de la S.C.A.R.E., así como miembro del comité de la CLASA. Ha visto crecer a la Sociedad enormemente, siendo esta ahora reconocida no solo en el país, sino también en el exterior: la Ley 6ª creó un mito en todo el mundo, y cuando va a dar conferencias, cuando se relaciona con otras sociedades, les cuenta cómo es la experiencia, y quienes no la conocen se asombran de cómo ha progresado y del impacto que ha generado en la ssociedades científicas médicas del país: "Nos reconocen como una Sociedad poderosa".

En su opinión, la especialidad experimentó un cambio como ninguna otra lo ha tenido en el concierto de las disciplinas médicas. Pasó de ser comparada con la monja o el estudiante que daba anestesia, de ser contemplada en la perspectiva del cirujano que mandaba en el quirófano, "al que se le llevaba la maleta", y cuyo encargado manejaba el posoperatorio, a ser una especialidad independiente, parte de un equipo y de carácter respetable. ¿Y por qué ese cambio? Porque se tuvo una mente adelantada, se previó el progreso que era necesario, se pensó hasta dónde había que llegar, para hacer que fuera reconocida como un hito de la medicina, que se le mirara como una de las disciplinas más importantes en el concierto médico. El ejercicio de la anestesiología, sin lugar a dudas, es el que más ha impactado en la seguridad y ha disminuido la mortalidad médica de pacientes en la segunda mitad del siglo pasado y en lo que va corrido de este.

"Me gané premios bailando. Por mi ascendencia valluna y llanera, me precio de bailar bien salsa, merengue y tango. He ganado premios. Cuando era sardino ganaba premios bailando, y por eso digo que bailo tango haciendo magia". Pero además fue deportólogo. Cuando salió del Hospital Militar buscaban a alguien que hiciera espirometría deportiva, y un amigo suyo que había sido nombrado director de Coldeportes, le preguntó si él la podía hacer, además de pruebas de esfuerzo:

"Claro, lo aprendí mientras roté por cardiología y neumología; ¿qué hay que hacer?", le dije; él me respondió: "Esos equipos están empolvados, los trajeron de Alemania, y si los pone a funcionar lo nombro jefe de esa vaina", y así fue. Trabajaba en el San Rafael y en Coldeportes, me iba a dedicar a la medicina deportiva, hasta que entré a la Fundación Santa Fe de Bogotá, porque estaba haciendo carrera y había conseguido dónde especializarme en Estados Unidos. Ya había llegado el ciclo olímpico. Fui médico en Bogotá y después en los Juegos Nacionales, los Bolivarianos, los Centroamericanos y los Panamericanos. Fui miembro del Comité Olímpico Colombiano; ya me iba a Seúl a los Juegos Olímpicos, tenía todo el proceso listo, pero cuando entré a la Fundación Santa Fe y me dijeron "se va a quedar aquí", bueno, me dije: "esto ya es seguro", y dejé la medicina deportiva.

Cuando se refiere a sus logros, relata:

Todo lo que he conseguido se lo debo a Dios, a mi familia, mis amigos y las instituciones donde he estudiado y trabajado. Gran parte de ese logro se lo debo también a la mujer que me ha acompañado incondicionalmente en estos últimos 35 años, mi señora Elsita, que me dio tres hijos maravillosos. Con ella hicimos un contrato verbal: ella se encargaría de la gerencia del hogar y yo de conseguir el sustento, y así fueron pasando los años con ires y venires, y hoy con tres hijos, Fernando, Carolina y Alejandro, dos ingenieros y una literata formados con el apego a la familia, ojalá ejemplo para la sociedad. ¿Y qué me falta? Solo ser abuelo, ojalá al lado de la abuela.

NOHORA MADIEDO CLAVIJO

ANESTESIÓLOGA, EDUCADORA Y LÍDER EN SIMULACIÓN

Empieza la Dra. Madiedo:

Soy una bogotana raizal desde mis abuelos y bisabuelos. Recuerdo que mi papá me decía que en 1900 Bogotá tenía 100 000 habitantes, y hubo una epidemia terrible que mató al 40 % de la población; de hecho, en la familia de mi papá muchos murieron, entre otros la mamá de mi abuela. Fue la "peste", vendían lotes regalados y así surgió la hacienda de don Pepe Sierra; los vendían como a dos reales la hectárea, y un tío abuelo le decía a mi abuela: "Compremos un lote de esos". En esa época pensaban tener una granja, y entonces mi abuela decía: "No, para qué eso, todos nos vamos a morir"; ya había muerto su mamá, tres tías y dos tíos. Todos creían que se iban a morir, la gente se moría en la calle, eso contaban ellos (31).

SU FORMACIÓN EN ANESTESIA

Estudió en el Colegio de Nuestra Señora del Pilar y al terminar el bachillerato se presentó a estudiar medicina: "Quería entrar a la Universidad Nacional y mi papá no me dejó; en esa época había mucha huelga, se cerraba la universidad y él me decía: '¿Medicina?, usted no termina ni en cien años'". Se presentó a la Universidad del Rosario, donde se ofrecía un programa innovador de cinco años. Allí realizó sus estudios de medicina.

En su rotación por el Hospital San José en el pregrado, con ese gran profesor, el Dr. Rafael Peña, hizo una monografía sobre gases arteriales: "Incluso fui a la casa de él". Él fue uno de los docentes que la motivaron. Había clases de anestesia y solo ocho días de quirófano. Se aprendía lo básico, a intubar, y dependiendo de la habilidad, los docentes permitían poner la anestesia espinal, aunque no se fuera a ser anestesiólogo, ya que este es un medio diagnóstico en neurología. En el internado tomó conciencia y se dijo:

"Esto es lo mío, aliviar el dolor permite que se hagan cosas que sirven a esos pacientes, mejora su calidad de vida de una manera increíble". Se terminaba el procedimiento y prácticamente el paciente resucitaba. ¡Ah!, y las salas de parto. El Dr. Hernández me enseñó a tratar a esas pacientes. Siempre estaban con

En un curso se habló de la simulación como estrategia educativa, y le ofrecieron que fuera ella la coordinadora. "Tuve encontrones con los cirujanos, que me hablaban del "hospital de los muñecos"; decían: "es que ustedes todo lo vuelven juego y esa no es la medicina".

dolor y la excitación del momento, pero él me enseñó cómo calmarlas, a que colaboraran para ponerles la epidural para el trabajo de parto. Aprendí muchísimas cosas en el internado.

Hizo el internado en el Hospital Militar y allí se convenció de que su vocación era la anestesia. En ese internado conoció al Dr. Carlos Hernández, la persona que la motivó a ser anestesióloga, "porque él amaba lo que hacía […] era una delicia verlo trabajar como anestesiólogo". Fue buscando algo que la identificara: "Qué rico poder hacer una cosa así […] tan delicioso y profesional que él lo hace". Terminada esa etapa del internado se fue a Quindío al año rural, a Filandia, lo que fue una experiencia muy enriquecedora. Llegó a ser directora del hospital. Nunca hubo mujeres directoras antes de su llegada, y menos que fueran médicas. El Quindío no tenía Facultad de Medicina.

"Cuando me presenté a anestesia por primera vez éramos 13 aspirantes, y era jefe el Dr. Julio Enrique Peña, un *gentleman*, un colega inmejorable enseñando los principios del colegaje desde residente". Si ellos cometían un error, él no admitía que el cirujano les llamara la atención; y si eso sucedía, buscaba al cirujano y le aclaraba: "Esta es una persona en formación, dígame qué pasa y yo seré el que intervenga en la solución. Se debe ser muy objetivo, usted no puede ser subjetivo ni parcializado hacia nadie". De él aprendió cosas muy importantes, como el "deber ser", lo mismo que del Dr. Carlos Hernández.

Su otro jefe fue el Dr. Mario Mejía, persona innovadora, vanguardista en anestesiología. Llegaron los monitores, los Dinamap, y ella trabajó en la residencia con todos esos equipos, en cirugía de neuro, en craneotomías para tumores de fosa posterior y aneurismas; era una monitoría muy completa para la época.

Su trabajo de grado fue "Anestesia cuantitativa", bajo la dirección del Dr. Julio Enrique Peña. Fue un trabajo con pacientes donde se estandarizó la fórmula para dosis cada 10 kg de peso. Cuando llegó al Hospital San Juan de Dios, el Dr. Alonso Gómez estaba ahí y ella le comentó de su trabajo. Él dijo: "Es una forma de administrar el anestésico [...] como la penicilina, como dar cualquier droga, dosis de miligramos por kilogramos". Ya existía esa información, pero por "rangos de peso", y el Dr. Carlos Julio Parra, que trabajaba de noche en el hospital, también estaba trabajando esa técnica. El Dr. Alonso, hombre muy inteligente, a quien le gustaban las matemáticas, trazó una curva y encontró cómo se podía hacer, pero no para rangos de 10 kilos, sino exactamente por kilo de peso. Le pidió el consentimiento al Dr. Gómez para socializarlo en una publicación del Dr. Parra, y de ese modo, fue él quien internacionalizó la técnica.

VIVENCIAS DE SUS INICIOS COMO ANESTESIÓLOGA

El Dr. Julio Enrique Peña trabajaba de noche en el Materno Infantil, y la invitó a trabajar allí. Un profesor le dijo: "Usted no dura allá dos días". En esa época el Hospital Materno Infantil era de pisos de madera y se mecía, porque los cimientos ya estaban comprometidos. Era de una pobreza increíble, las pacientes tenían que llegar con sábanas hechas de los costales en que se empacaba harina: la gente compraba esos costales de lona, los cosían y hacían las sábanas para poder tener su parto en el Materno. Después del parto, las mamás se acomodaban una a los pies de la otra y cada una con su bebé. "Nunca había estado en un hospital con tanta necesidad; yo había estado en el Militar, en el San José, en el Lorencita Villegas, no había visto necesidades tan grandes".

Allí conoció al ginecoobstetra que hoy es su esposo, de una forma muy especial. "¿Cómo se fijó en mí?". Un día la llamaron a la sala de partos para poner una peridural:

En una cama horrible, un colchón totalmente sucio, una hamaca, no cama, con el colchón vuelto nada, sucio, y me dijeron que pusiera una peridural. Le dije a la enfermera: "Me haces el favor y traes una sábana y arreglamos esta cama, y con mucho gusto le pongo la peridural a esta paciente". La auxiliar me dijo: "¡Ah, esta doctorcita que viene del Militar!". Le respondí: "Si usted fuera la paciente, ¿le gustaría que en ese colchón sucio yo le puncione su espina para una anestesia? O me trae la sábana o no pongo la anestesia".

El Dr. Jiménez estaba observando, la chica lo miró y él le dijo: "Hágale caso a la doctora". Trajeron una sábana y pusieron una almohada debajo del cuerpo de la paciente cuando esta se acostó de forma lateral, porque quedaba como en una hamaca cuando se ponía de medio lado y la columna se rotaba completamente, así que la almohada era necesaria para que la columna quedara paralela a la cama; "y le puse la conductiva".

Y exclamó: "¡Una mujer cómo se deja acostar en ese colchón tan cochino en esa cama tan horrible!". Y el Dr. le dijo: "Esto no es así porque sea de la Nacional, no, es la pobreza del Estado, para ella esto es un hotel de cinco estrellas". La paciente era una mujer con un moderado retraso que iba a tener un bebé y había sido violentada; vivía en la calle, debajo de un puente.

El Dr. Jiménez tenía una forma especial de tratar a estas pacientes:

Un día me llaman, "venga rapidísimo", y eran como las 2 de la mañana, "hay que drenar un hematoma bulbar". La paciente ya estaba acostada, la vulva era como un balón de fútbol negro. "¿Qué le pasó?", y dijo la mujer: "Me caí a horcajadas en el lavadero"; yo le dije: "Señora, ¿y usted qué hace a estas horas, de ocho meses de embarazo, encima de un lavadero?", y el Dr. Jiménez dijo: "Sí, a horcajadas con la punta del zapato de su marido", a lo que ella se puso a llorar de una forma inconsolable. Le protesté: "¡Cómo se deja hacer eso, para eso está la plancha, póngasela a su marido en la cabeza, por Dios, cómo se deja masacrar así!". Él me decía que las mujeres aquí eran supremamente maltratadas, muy abusadas, y era triste lo que se veía. ¡Y lo peor es que han pasado casi cuarenta años y las cosas siguen igual o peor!

Nos casamos. Él tenía una contraprestación en Guateque, nos fuimos y allá estuvimos un año trabajando los dos. Fue excelente, porque tenían pacientes represados de ginecología, pacientes para operar en esa área, y no tenían anestesiólogos. Entonces, fue la felicidad.

"Se hizo la convocatoria para un concurso de docentes en la Universidad Nacional, me presenté y pasé; era la primera mujer docente en anestesiología en la universidad".

LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y LA DOCENCIA

Regresó a Bogotá al Materno Infantil, y estando allí, se hizo la convocatoria de un concurso de docentes para la Universidad Nacional. "Me presenté y pasé; era la primera mujer docente en anestesiología en la Universidad Nacional, en el Hospital San Juan de Dios". Había pocos docentes en ese concurso. Ella ingresó con el Dr. Pedro Sánchez y los dos trabajaron en el Materno y en el San Juan de Dios. Fueron ocho años de trabajo combinado: una semana él iba al Materno y ella al San Juan, y a la siguiente cambiaban.

Llegó a la Universidad Nacional y al San Juan hacia 1982. Ya estaba el programa de especialización organizado. Se había cerrado y el año de su vinculación se reabrió. Recibieron a diez residentes, entre ellos el Dr. Alonso Gómez, que había llegado de Europa de un entrenamiento en cuidado intensivo y estaba complementando su formación en anestesiología. Se trabajaba con estudiantes de pregrado y posgrado. En esto no había diferencia para los docentes, a menos que se dedicaran solo a la investigación. Eso le daba fuerza a la especialización, porque el pregrado era el semillero del posgrado.

El Dr. Fernando Flórez había traído el primer maniquí para enseñanza de la reanimación que se conoció en Colombia. Lo consiguió en Copenhague, y con ese equipo se daban las clases de reanimación. Para la enseñanza de la intubación el maniquí no se usaba, porque como había tanto trauma y mucho muerto en el área quirúrgica, por la gran violencia de la época, se permitía a los residentes e incluso a los de pregrado hacer la práctica de intubación en el paciente que recién moría. "Además, porque ese maniquí era durísimo y por esa razón era difícil de intubar".

Empezó la docencia en un ambiente interesante. Estuvo en la Universidad Nacional en el periodo de Antanas Mockus, quien como rector hizo innovaciones interesantes. Fue él quien habló de la "universidad investigadora".

La formación profesional como tal en Colombia es muy buena, pero el raiting *a nivel internacional no es tan bueno, precisamente por la debilidad en la investigación. Los profesionales nuestros compiten muy bien afuera, pero la universidad, como parte creadora de conocimiento, de inventos, de cosas nuevas, es muy pobre.*

Él fue quien dijo que eso debía cambiar, y ella recuerda que, en ese contexto, empezaron a revisar las hojas de vida de los profesores:

Yo tenía una hoja de vida blanca, blanca. Era como el año 1992, no tenía publicado sino mi trabajo de grado que había hecho en el Militar: "Dosis cuantitativa en anestesia con circuito cerrado con halotano", primer trabajo hecho sobre el tema, con el Dr. Julio Enrique Peña.

LA COORDINACIÓN DEL INTERNADO

El Dr. Mario Céspedes asumió la jefatura del servicio, porque al Dr. Flórez lo nombraron representante de profesores en el Consejo Directivo de la universidad en 1995. En 1997 ella ya había hecho la maestría. Se presentaron cambios en la decanatura y le ofrecieron la coordinación del internado. Había problemas en ese programa. En esa época la Universidad Nacional no tenía definido si los internos debían ser de pregrado o de posgrado, y por esa razón estaban en el limbo. Se necesitaba que el internado tuviera un objetivo lógico y que estuviera bien ubicado.

Los estudiantes se matriculaban en la Universidad y hacían el internado en Sogamoso, en Tunja, etc. Entregaban la renuncia al director y él la aceptaba. No tenían vínculo con la universidad, pero se les pagaba un salario mínimo. Vino la Ley 100 y con ello surgió un problema, porque aquellos muchachos no eran estudiantes, no eran profesionales, nadie los quería asegurar, e incluso no los querían. Finalmente se les definió como estudiantes: "Son del pregrado". Después se identificó que muchos querían hacer rotaciones especiales para orientar su futuro, y entonces se hizo la propuesta de seis meses de internado en las áreas tradicionales: medicina interna, pediatría, cirugía, y lo que tiene que ver con urgencias y ginecoobstetricia, así como una rotación opcional los seis meses restantes, donde se incluía la opción de la anestesiología. En definitiva, el internado quedó reglamentado como parte del pregrado con dichas modalidades: un internado regular y un internado especial, opcional.

MAESTRÍA EN DOCENCIA Y COMPUTADORES

Entonces, ella vio su hoja de vida en blanco y se dijo: "Tengo que empezar a hacer algo". Empezó a asistir a los congresos, a participar más con los residentes, con los trabajos de promoción, y el Dr. Flórez la nombró coordinadora del posgrado de anestesia: "Y por eso es que nos hemos visto, Dr. Ocampo, en los Seminarios de Educación".

Una anécdota la marcó como docente:

Me consideraba estricta, pero les enseñaba a los estudiantes, y dio la casualidad que un día fui a un consultorio médico con mi esposo, y al entrar me encontré con una exalumna mía de pregrado. La chica me saludó de beso y abrazo, lo más querida. Entré al consultorio y ella se quedó afuera. La secretaria le preguntó: "¿Y ella quién es?", a lo que ella respondió: "Es mi profesora"; la secretaria afirmó: "Ah, muy querida, y usted, ¡cómo la quiere!"; la estudiante contestó: "No, qué va, esa vieja es una tatacoa". Mi esposo estaba oyendo, pero la alumna no sabía quién era él; y cuando salí, él me dijo: "Te tengo una noticia, y no muy buena", y me contó ese detalle.

Eso la puso a pensar:

No estaba haciendo bien mi trabajo docente, pero creía que sí. Estudié en una escuela muy rígida, la del Rosario, y después en el Militar, donde a usted le decían: "Van a hacer una timpanoplastia o una mastoidectomía", y pasaban ocho horas y uno sentado, y después: "Venga y mire, este es el nervio facial", y lo retiraban, y le decían: "quédese ahí parada". Yo cuestionaba eso: "¿Qué sentido tiene?"; la respuesta era: "Hay que forjar el espíritu de lo que es un cirujano". Y uno quería que los estudiantes fueran así, porque uno aprendió así: si usted no llegó a las 7, no le dejaban entrar a clase. Pero el mundo cambia, y entonces me dije: "No soy buena docente".

Dos hechos la hicieron cambiar. Varios de sus compañeros hacían maestrías en educación y se hacía indispensable el conocimiento de los computadores. Los profesores mayores oponían resistencia al uso de los sistemas. "Una vez se dañó el computador del Dr. Alonso Gómez en la unidad, se llenó de virus, y todos eran felices: '¿Ven?, no hay como el papel'". Esto fue todo un caos. "Mi generación sabía muy poco de los computadores, estábamos en el medio, entre los residentes que sí y los profesores mayores que no querían comprometerse a aprender". Se matriculó en la maestría y allí era obligatorio el manejo del computador. Tenía que hacer muchos ensayos, entregar trabajos, hacer muchas proyecciones y más: "Me tocó y aprendí". Los primeros pasos los dio con sus hijos, porque en el colegio ellos estaban viendo dos materias con ayuda del computador: matemáticas e inglés. Con ellos fue aprendiendo y en la universidad también tuvo esta inquietud:

Era muy preocupante ver la ignorancia ante los jóvenes. Mis hijos me están enseñando, Carolina tiene 8 años y Julián apenas 5 […] la gente joven también les enseña a los viejos, nada qué hacer; me despojé de prejuicios, no me importaba, soy lenta porque "loro

viejo se demora, pero sí aprende", y fui aprendiendo y empecé a hacer mis charlas en PowerPoint; llegó un momento en que utilizaba tantas cosas…

Finalmente terminó la maestría en educación y buscó corregir lo que aquella alumna le criticaba. Nombraron un nuevo jefe del departamento de cirugía, el Dr. Francisco Buitrago, y a ella la nombraron coordinadora de anestesia. Para esa época el Dr. Flórez ya se había retirado.

TRABAJANDO EN SIMULACIÓN PARA LA EDUCACIÓN

En la actualidad trabaja en la Clínica Navarra y coordina el Laboratorio de Simulación de la Universidad San Martín, a donde se vinculó hace unos cinco años. En la Universidad Nacional coordinó algunos cursos de pedagogía para docentes de medicina, los cuales fueron solicitados a la Universidad San Martín. Estaba cerca de pensionarse, y en un curso para docentes habló de la posibilidad de la simulación como estrategia educativa, algo que, coincidencialmente, estaban organizando en aquella entidad, así que le ofrecieron que fuera la coordinadora. "Tuve encontrones con los cirujanos, que me hablaban del "hospital de los muñecos": "Doctora, es que ustedes todo lo vuelven juego y esa no es la medicina". Pero la crisis de los hospitales y en particular la del San Juan de Dios, cuando se limitaron los campos de práctica, abrieron el espacio de la simulación. Ahora, en el siglo XXI, la simulación es la herramienta por excelencia de la educación en el área médica en general y en todas las especialidades. "Esta es una universidad muy cuestionada, pero hay que conocer la infraestructura que tiene, como las seccionales en muchas partes del país. La problemática está en el manejo del dinero, en la posibilidad de la pérdida en muchos casos".

LA CARRERA ACADÉMICA

Hizo un trabajo para logar su promoción de instructora a profesora asistente. Era un retrospectivo de casos de cinco años de neuroanestesia para cirugía de tumores de fosa posterior, gracias al cual se promovió. "Los médicos en el San Juan no pensábamos sino en los pacientes, en el hospital, y no conocíamos el rol de la universidad y cuál era nuestra función allá. Atendíamos pacientes y más pacientes, se trabajaba la parte educativa de estudiantes y residentes, pero no la parte académica administrativa".

Aprovechó esa coyuntura y escribió un trabajo titulado "Internado: una propuesta educativa en medicina", con el cual se promovió a profesora asociada, convirtiéndose en la primera de la Universidad Nacional. Al llegar a este nivel se puede solicitar el año sabático; ella lo pidió, y aprovechó ese año para trabajar en un libro, "Manual de técnicas para estudiar en medicina", documento que, posiblemente por ignorancia de los trámites, no se publicó y quedó como un trabajo interno de la universidad. "Me hubiera podido promover a profesora titular".

"Hice además, en la maestría, énfasis en lectoescritura". Venía de un colegio de monjitas donde todo se manejaba con números romanos, y alguno de los evaluadores, por cierto anestesiólogo,

"En la maestría hice énfasis en lectoescritura y uno de los evaluadores me criticó por la forma de presentar un documento con una metodología arcaica: 'Eso no se usa en el trabajo científico'; y no me quedó otra alternativa que aprender a escribir".

le criticó la forma de presentar un documento con una metodología tan arcaica, aduciendo que eso no se usaba en el trabajo científico, en textos expositivos. Entonces, no le quedó otra alternativa que aprender a escribir para hacer textos científicos.

Cuando fue coordinadora de anestesia no realizó grandes cambios, pero implementó la cultura de las revisiones: en cada caso relevante que se discutiera se debía hacer una revisión de la literatura relacionada para publicar; se presentaba el caso con referencias bibliográficas, con notas comparativas, y se enviaba para su publicación en la *Revista Colombiana de Anestesiología*.

Los médicos que habían hecho maestrías y especializaciones en educación decidieron reunirse y formar el Grupo de Apoyo Pedagógico y Formación Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Ella estuvo entre los fundadores. Empezaron a socializar el tema, primero entre ellos: revisaban lo que habían estudiado en la maestría, propusieron cursos de extensión interna para profesores de la Universidad Nacional y luego su socialización externa, para dictarlos en la Costa, Neiva, y en otras universidades, como la Corpas. "Y dijimos: '¿Por qué no escribimos todas esas charlas, las memorias?'", y así fue que empezaron a escribir los libros. En varios de estos ella hizo aportes, y en los primeros fue responsable de la edición. "Éramos diez, doce personas", había diferentes profesores de la Facultad de Medicina, de fisioterapia, fonoaudiología, especializaciones, "era un grupo bien interesante. […] Seguí interesada por la educación y la simulación, y así se fueron dando las cosas hasta hoy".

SU VISIÓN DE LA ANESTESIA

Ha sido un miembro activo de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, primero en la Sociedad Cundinamarquesa, donde fue vicepresidente por dos periodos.

Para ella, hablar de la Anestesia, así, con mayúscula, es como hablar de la Ley de la Relatividad:

Tengo que empezar por la medicina, que es la que ha hecho progresar el mundo. Todos los descubrimientos importantes para el bienestar del hombre han tenido que ver con la medicina. Porque ha habido descubrimientos muy interesantes y se han creado cosas de gran trascendencia, pero muchas han sido para la destrucción humana; en cambio, en la medicina no.

Considera al médico en general como un investigador nato, así no sea quien escribe ni hace la

UN RECONOCIMIENTO Y UNA MIRADA A SU VIDA

investigación con base en el protocolo científico; pero para ella, el médico siempre está investigando en todo paciente que tiene al frente, e inicia la investigación con la historia: "Déjeme examinarlo, yo estoy investigando qué es lo que le pasa", y por eso "en todo lo que hacemos está el método científico".

Asegura que el desarrollo de la anestesia ha sido impresionante, que no hay especialidad que se haya robustecido tanto como esta:

Incluso, la cirugía ha progresado tanto gracias a nuestro desarrollo. En anestesia la monitoría que tenemos ahora es increíble, hay que ver cómo ha cambiado la monitoría no invasiva para medir una gran cantidad de parámetros fisiológicos, lo que antes no era posible sino de manera invasiva; o sea, la medicina de la anestesia avanza volando, de una forma que, en un momento dado, será como viajar a la velocidad de la luz. Me imagino una evolución sorprendente, tanto que no podría definirla en este momento. […] Nunca me imaginé –cuando estaba haciendo la residencia con el fonendo de llave de tres vías y dos campanas, una para auscultar el corazón y otra para medir la presión arterial– que llegaríamos a tener los monitores que hoy tenemos, el espectrómetro de masas, el bis; ¡cuándo se soñaba uno con poder medir en qué plano anestésico tiene a su paciente! El futuro será sorprendente, no podría decir qué tanto, pero la anestesiología seguirá siendo vanguardista.

Le satisface estar en el grupo de la anestesiología de Colombia: "Todo el mundo nos envidia, Dr.". Hasta su esposo, ginecoobstetra, y el hermano, cirujano plástico, le dicen: "Es que ustedes han hecho algo increíble". "La realidad, a pesar de todo, es que somos unidos y la unión hace la fuerza. No voy a decir que esto ha sido perfecto y no ha habido problemas, pero se han manejado muy bien".

En ese sentido, recuerda el problema que hubo en la Sociedad Cundinamarquesa por una discrepancia entre dos grupos de la Clínica San Pedro Claver: en un momento pretendían que la Junta Directiva se comportara como un juez; pero "nosotros no juzgamos, si quieren hacer una demanda, háganla, pero la Junta no puede ser juez de ningún socio, eso no nos atañe". Y ese fue el criterio unánime de la Junta.

Recibió un reconocimiento a su labor de anestesióloga y educadora por parte de la Sociedad Cundinamarquesa: el premio Juan Marín en 2014. Fue un reconocimiento a toda una vida dedicada a la asistencia y la docencia en anestesia.

Esta vez, su esposo dijo:

Desde que conozco a Nohora sé cómo es de inquieta intelectualmente, desde su pregrado en la Universidad del Rosario, su posgrado en el Hospital Militar Central, como docente en la Universidad Nacional, Magíster en Educación Universitaria de la Universidad Javeriana, y en un momento jefe del Laboratorio de Simulación de la Fundación San Martín. Estamos orgullosos y felices de ser parte de una familia que la ama y la apoya.

El día del reconocimiento, su hijo escribió: "Quiero agradecerle a la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología por haber otorgado el premio Juan Marín a mi mamá; estamos muy orgullosos de ella, porque sabemos que este es un reconocimiento a su trabajo, a su dedicación, a su sacrificio como médica, y también es un reconocimiento a su vida".

Y su hija escribió:

Le encantan las personas luchadoras, porque ella se ha encargado de ser la heroína de su propia historia, su vida está llena de enseñanzas y ella enseña con su vida. De ella he aprendido que no hay ningún sueño que no se pueda alcanzar, que ninguna dificultad es una excusa para desistir, que las lágrimas y la autocompasión no arreglan nada, que el rechazo es una oportunidad, que el que persevera alcanza, que sí existe el mal, pero de lo único que uno jamás se arrepiente es de hacer el bien. Mi mamá sabe que ella no es perfecta, pero esto no la desanima, ella continúa esforzándose, poniendo el corazón en todas sus acciones y confiando en Dios. Gracias por valorar y reconocer su trabajo, integridad y dedicación. Deseo profundamente que ella siga siendo motivo de orgullo e inspiración para todos.

POR FUERA DE LA ACADEMIA Y LA PROFESIÓN

Dice la Dra. Madiedo:

Soy fácil de divertirme, todo me divierte, me fascina viajar, me gusta leer, me gusta pasear, estudiar, sobre todo aspectos de la educación, me divierte mucho estar con mi familia, me divierte jugar con mi esposo Rumy, nosotros hablamos, jugamos, tenemos una casa en Anapoima y allá pasamos fines de semana, los dos solos la pasamos divinamente, nos tomamos unos coctelitos. Encontré a mi pareja, y gracias a Dios, porque ha sido una gran persona.

Considero importante resaltar que la profesión no me ha limitado en los aspectos como mujer, como madre de dos hijos, esposa y miembro de familia; al contrario, ha contribuido a desempeñarme mucho mejor, por lo que la medicina y la especialidad me ha aportado, no solo en conocimientos científicos sino en herramientas para desenvolverme en la sociedad.



Midazolam

JAVIER ESLAVA SCHMALBACH

Estudió Medicina en la Universidad Nacional de Colombia entre 1980 y 1986, para obtener el título de médico cirujano; pero perdió un primer semestre por el problema que se presentó en la Embajada Dominicana. Cumplió el año rural en Pacho, Cundinamarca, e inició la especialidad de Anestesiología en la misma universidad, en marzo de 1989, en el Hospital San Juan de Dios.

ANESTESIA, MAESTRÍAS Y DOCTORADO

Además de la anestesia, estudió en otras áreas: hizo una Maestría en Dirección Universitaria en la Universidad de los Andes entre 1994 y 1996, la cual ya no existe y que entonces abrieron específicamente por una solicitud del ICFES; fue una maestría cerrada desde el principio. Después hizo la Maestría en Epidemiología Clínica en la Universidad Javeriana, de un año de duración en la parte teórica presencial, aunque terminar la tesis le tomó más de cuatro años; finalmente se graduó en 2001, con la tesis "La validación de una escala de calidad de la recuperación posanestésica". En 2004 inició sus estudios de Doctorado en Salud Pública, de nuevo en la Universidad Nacional, que terminó en julio de 2008; este programa exigía una pasantía internacional, la cual hizo en la *Cortin University of Tecnology* en Australia, durante tres meses, en el departamento de salud pública. A esto le siguió una breve estancia posdoctoral de tres meses en la Universidad de Ottawa, en el departamento de salud global del Instituto de Salud de Ottawa. Después tuvo la oportunidad de hacer una nueva pasantía de posdoctorado, con Visitin Scola, en la Universidad de California (32).

ADMINISTRADOR Y ACADÉMICO POLIFACÉTICO

Vinculado a la academia desde 1999, ha desempeñado diferentes cargos de administración, empezando por el de coordinador de internos en la Clínica Carlos Lleras, en la época que coincidió con el cierre temporal del San Juan de Dios, razón por la cual se abrieron posibilidades de hacer prácticas en la Clínica del Seguro Social. Pasó a ser director del departamento de cirugía de 2002 a 2004, una experiencia muy interesante, pues había 66 profesores de cirugía, un grupo muy especial que agrupaba a todas las especialidades. Al terminar el doctorado lo nombraron director del



▲ Dr. Javier Eslava Schmalbach

"Puedo decir que la anestesia me la he gozado". La disfrutó cuando estuvo en el San Juan de Dios, "porque la anestesiología es una pasión: trabajar con intervenciones directas en pacientes, resolver problemas de manera inmediata, eso es lo bonito de la anestesiología".

Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, cargo en el que permaneció cuatro años. Existían en la Facultad la Vicedecanatura de Investigaciones y la Dirección de Extensión; no obstante, después se presentó una propuesta de reestructuración, y él asumió la dirección de las dos oficinas en una nueva organización, la Vicedecanatura de Investigaciones y Extensión.

Ejerció la anestesia hasta 2009 y asumió responsabilidades docentes temporales en el pregrado de manera episódica. De igual forma, en posgrado tuvo algunas actividades docentes con estudiantes que rotaban en la Clínica Carlos Lleras y en la Clínica Misael Pastrana en la década del 2000, bajo la jefatura de la Dra. Nohora Madiedo y del Dr. Pacho Valero.

VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA Y LA COLOMBIANA

Fue secretario académico de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología durante la presidencia del Dr. Ricardo Navarro, y lo acompañó durante su gestión. En aquella época se realizaron proyectos interesantes, como un evento de gran envergadura en seguridad del paciente en asocio con la S.C.A.R.E., el cual tuvo cinco invitados internacionales. También se publicó un libro y se empezaron a filmar y transmitir los eventos académicos de la Cundinamarquesa:

Se perdía mucho de ese esfuerzo en los poquitos asistentes que iban por la noche; era un esfuerzo muy grande que llegaba a poca gente. Entonces, el tenerlos inscritos, disponibles en la web, permitía que los que no podían asistir lo revisaran desde sus sitios de trabajo o desde la casa.

La Sociedad marcó la pauta con esos foros docentes y sus actividades académicas. Todos los meses había que programarlos juiciosamente. En general, fue para él una experiencia muy interesante y un buen aprendizaje.

VINCULACIÓN A LA *REVISTA COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA*

Inició su vinculación a la revista como miembro del Comité Editorial desde 1999, acompañando al "Profe" Julio Enrique Peña, editor de la época. "En 2009 reemplacé honrosamente al Dr. Peña en ese cargo".

Desde ese momento se inició un cambio de fondo en la revista: se programó un nuevo formato de presentación y se convirtió en una revista bilingüe, editada en inglés y español. Se recibieron artículos en portugués, pero se decidió limitarla a los dos idiomas seleccionados y coordinar con los autores la traducción respectiva para su publicación. "Era muy complicado ampliarla a otro idioma". Asimismo, se decidió publicarla a cuatro tintas en todas las páginas; esto fue un avance, produjo una revista de mayor calidad gráfica y mejoró su lecturabilidad. Después, en 2012, se concretó el convenio con Elsevier como centro editorial, para que la revista se publicara bajo unos estándares internacionales uniformes. Esto obligó a un nuevo cambio de formato: antes se utilizaba, en relación con el carácter bilingüe de la revista, la doble columna, con el texto original a la izquierda y la traducción a la derecha. Con Elsevier hubo que cambiar el formato a dos revistas independientes, una en español y otra en inglés, con dos procesos editoriales independientes, pues ellos no manejan la doble columna, ya que les cuesta mucho trabajo y ello no hace parte de su mecánica y su lógica editorial. Se decidió entonces generar las dos revistas, una en inglés y otra en español, cada una con su propio ISSN, y además la revista en formato *online*; de ese modo, se trata de tres revistas con su ISSN respectivo, lo que aumentó su lecturabilidad y visibilidad mundial, y aumentó el número de visitas que se recibían en el portal.

Anteriormente la revista contaba con más o menos 3 000 o 4 000 visitas al mes en el portal antiguo, basado en el *Open Journal System*; este portal se empleó hasta la llegada de Elsevier. Por su parte, el portal de Elsevier permitió hacer un manejo más óptimo de la gestión editorial. En efecto, antes se recibia el artículo, su autor se autenticaba, era recibido en formato impreso, los pares lo evaluaban en formato electrónico y se continuaba el proceso para la gestión de los artículos; pero la visibilidad nunca superaba las 4 000 visitas por mes. En cambio, cuando llegó *Google Analytics* se disparó la visibilidad de la revista, llegando incluso a las 50 000 visitas por mes. "Ahora estamos en 35 000 visitas al mes, pero esto es muy variable: hay meses en que suben y hay meses en que bajan". Por otra parte,

Desde su vinculación a la revista como miembro del Comité Editorial se inició un cambio de fondo: se estableció un nuevo formato de presentación y se convirtió en una revista bilingüe.

"la revista se convirtió en un órgano de consulta para los exámenes de admisión de residencia". Hoy la consultan en más o menos 190 países, y ello está asociado a una tasa, un efecto, un "indicador de rebote", lo que indica cuánto tiempo duran los visitantes en la página: no es que duren mucho tiempo viendo la revista, pero el promedio de la visita ha aumentado. "Si por visita se gastan en promedio minuto y medio, pero hay visitas de 10 minutos, y además se tienen 35 000 visitas al mes, eso quiere decir que la revista es muy visible".

¿A que personas y entidades les llega la revista? En la actualidad se están publicando 2 500 ejemplares en español y 50 en inglés; estas últimas se envían a destinatarios y bases de datos internacionales, y las publicadas en español son para todos los afiliados a la Sociedad Colombiana de Anestesiología. En los últimos tiempos ha disminuido la devolución de revistas no entregadas a los destinatarios; no se sabe si esto se debe a un problema del correo o en efecto la revista está llegando a quienes va dirigida. Se ha corregido mucho el tema de las direcciones, pero esta es una responsabilidad que compete más a las sociedades regionales, las cuales deben vigilar que sus afiliados la reciban.

UNA MIRADA A LA SOCIEDAD

Para él, la Sociedad ha tenido unos cambios sustanciales:

Tuve la oportunidad de conocer la Sociedad de Anestesiología cuando el profesor Julio Enrique Peña era el presidente, en una oficina en el Hospital Militar; después cuando se pasaron a la Clínica Marly; después cuando se pasaron a un local de Unicentro, en el edificio de Jorge Barón; y luego se llegó al edificio actual. No he conocido la evolución de la Sociedad desde sus orígenes, pero sí desde 1992. He vivido el gran avance que ha tenido con su fondo de protección para demandas, que, digamos, fue lo que ayudó a potenciar y a crecer a la Sociedad desde el punto de vista financiero, y a expandirse más allá de una sociedad científica.

Evidentemente, una cosa apalancó la otra. En los últimos años la Sociedad ha seguido creciendo, se han logrado mantener los pilares que la sustentan, lo gremial, lo científico y lo empresarial, "siendo el pilar empresarial el más fuerte".

Pero en los últimos años se le ha dado mucho peso a lo científico, y eso creo que ha hecho que la Sociedad y los afiliados se sientan más respaldados. Lo científico ha aumentado no solo para los anestesiólogos, sino que

también se ha expandido a los otros afiliados que son parte de la Sociedad, los del fondo.

Se ha hecho convocatorias de investigación para financiar proyectos; los que había tres años atrás eran de muy mala calidad, con inscritos en el último momento, con mucha participación de los residentes y poca de los profesores, es decir que los profesores no estaban muy comprometidos con la investigación; pero ahora se puede decir que hay docentes, profesores activos que están aportando sus perfiles para las convocatorias de la Sociedad o las que se hacen para participar en Colciencias. Están interviniendo, además, docentes de otras disciplinas y entidades, como las instituciones hospitalarias, en proyectos liderados por la S.C.A.R.E.

Se puede decir que en el capital investigativo se tienen las tres vertientes: el capital humano, el capital estructural y el capital relacional. En el capital humano la S.C.A.R.E. ha mejorado mucho, al Centro de Desarrollo Tecnológico están entrando personas con formación en investigación, más sólidas, que apalancan a su vez los procesos de investigación. Pero adicionalmente, en el capital relacional, estamos articulando la Sociedad con investigadores júnior y sénior de otras universidades o de las que están relacionadas con la S.C.A.R.E., bien sea a través de esta, como socios anestesiólogos, o a través de FEPASDE, porque están en el fondo solidario.

Esta estrategia aumenta la fidelización de los socios solidarios y mejora su adherencia a los productos de investigación de la Sociedad: "Eso está funcionando bien y se espera que para el año entrante ya no sean siete proyectos que se presenten a Colciencias desde la Sociedad de Anestesiología con esas alianzas, sino que aumente ese capital relacional y se pueda presentar, con alianzas, unos 20 proyectos".

De gran importancia presente y futura es el Centro de Desarrollo Tecnológico, que como estrategia de socialización está generando un centro editorial formal. La S.C.A.R.E. tiene una buena trayectoria en publicaciones, generalmente con libros de texto. Pero para la estructura del centro editorial se requiere más que solo libros, se requiere la presencia de un Comité Editorial estructurado y formalizado, que haya colecciones formales, que el comité se reúna periódicamente, que los libros sean revisados por pares, es decir, una serie de requisitos que se están cumpliendo. Ya hay seis colecciones: la colección de sinestesia, de libros no relacionados con anestesia; la colección de historia, donde están los relacionados con el desarrollo de la especialidad; una colección llamada "la práctica", para todos las temas clínicos; la de seguridad del paciente; la colección de educación, y una colección de libros de investigación.

SUS PUBLICACIONES PERSONALES

Tiene más de 100 publicaciones en revistas y libros. En el área clínica tiene una titulada "Semiología quirúrgica"; otra publicada con la Sociedad Cundinamarquesa, "Semiología del paciente crítico"; un capítulo en un libro editado en Europa, "Complicaciones neurológicas de la paciente de la anestesia regional"; libros relacionados con el área de su tesis doctoral, como *Inequidad de la mortabilidad evitable*, publicado en formato PDF y en material impreso, que además está publicado en inglés y lo ofrece Amazon. En cuanto a publicaciones relacionadas con anestesia, ha trabajado como editor de la revista, y en editoriales relacionadas con equidad en salud y anestesiología, como "La inequidad en la anestesia obstétrica", referida a un hecho que en Colombia no es un secreto: las mujeres con más acceso a la anestesia epidural son las que tienen capacidad de pago, que tienen medicina prepagada o un régimen contributivo más "elegante", mientras las del régimen subsidiado usualmente no tienen acceso a esas tecnologías. Por lo demás, "en los últimos años me he dedicado a publicar en varias áreas, porque el entusiasmo crece con la visión del investigador".

Como mi campo y mi línea de investigación hoy es la equidad en salud a raíz de mi tesis en salud pública, he profundizado en esa área y recientemente he publicado artículos sobre disparidades o desigualdades en salud, mortalidad materna o neonatal, sífilis congénita, mortalidad por infarto y miocardio.

"Seguir proyectando la anestesia, que es mi vida".

SE HA GOZADO LA ANESTESIA

"Puedo decir que la anestesia me la he gozado". La disfrutó cuando estuvo en el San Juan de Dios, porque la anestesiología es una pasión: trabajar con intervenciones directas en pacientes, resolver problemas de manera inmediata "es lo bonito de la anestesiología". El proceso de resolución de un problema pasa de negro a claro en cuestión de dos o tres horas, cosa que no ocurre con el manejo de otros pacientes que son crónicos, que vienen siendo manejados por otras especialidades:

Ese fue el abordaje que di a la vida de anestesiólogo, me encantó tener que estar actualizado permanentemente: salen nuevas moléculas, la anestesiología evoluciona como los carros, de manera que cada año hay una cosa nueva y eso en definitiva es un reto. Era un reto salir a vacaciones cuando trabajaba en urgencias y en trauma; salía y a los 15 días que volvía al servicio sentía que estaba descuadrado, que tocaba volver a aprender cosas, porque la dinámica se perdía.

Disfrutaba además la docencia en anestesia, y en 1990 tuvo el privilegio de ser reconocido como docente excepcional en tres oportunidades por parte de los estudiantes de pregrado, quienes le dieron un diploma, e incluso por el rector de esa época, cuando los estudiantes lo calificaron como docente de altas calidades. Cuando entró en la Maestría en Epidemiología Clínica cambió a ser docente de medio tiempo de anestesia y volvió a hacer investigación, se alejó un poco de la anestesiología del día a día, de la anestesia clínica, pero siguió trabajando en ella hasta 2009, lo que prácticamente equivale a 18 años ininterrumpidos de práctica en anestesia, hasta el momento de sus estudios doctorales. "La anestesiología le da a uno satisfacciones personales especiales cuando el paciente está muy mal y sale bien, cuando al que está con un problema serio se le resuelve, cuando el paciente sale agradecido con uno porque se sintió bien".

Es actualmente Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina desde 2012; ya completó los cuatro años. Ahora su intención es tomar el año sabático. La idea es desarrollar proyectos de investigación conjuntos con universidades americanas, con la S.C.A.R.E. y anestesiólogos colombianos, en modelos ya desarrollados sobre calidad de vida de nuestros especialistas: "Seguir proyectando la anestesia, que es mi vida".

FERNANDO AGUILERA CASTRO

"LA ANESTESIA, LA DOCENCIA Y LA FAMILIA SIGUEN LLENANDO MI ESPACIO VITAL"

Cuenta el Dr. Aguilera:

Soy Oriundo de Pesca, Boyacá, un pueblo pequeño que queda al lado de Sogamoso, pero yo digo graciosamente que soy costeño de agua dulce, porque crecí al lado de la Laguna de Tota en el antiguo Puebloviejo, que hoy se llama Aquitania, a donde me llevaron a vivir a los 6 meses de edad y hasta los 9 años, cuando mi familia se vino a establecer en Bogotá (33).

LOS INICIOS

Estudió el bachillerato en el Colegio Mayor de San Bartolomé entre 1966 y 1971, y se graduó de Médico en la Universidad Nacional de Colombia en febrero de 1979. Realizó el internado rotatorio en el Hospital San José de Sogamoso y el año rural en Moniquirá. Siendo estudiante debió rotar tres veces por anestesia. Cursaba el noveno semestre cuando cerraron la universidad, y la única rotación que había tomado hasta ese momento era la de anestesia. Cuando la reabrieron, volvió a comenzar por anestesia, y de este modo la cursó dos veces. Después cambiaron el currículo y subieron la anestesia al año siguiente, así que tuvo que hacer anestesia por tercera vez en el undécimo semestre.

Inició la residencia de anestesia en agosto de 1980 en el Hospital San José en Bogotá, y con el apoyo académico de la Universidad del Rosario terminó su especialización el 31 julio de 1983. Allí estuvo con quien considera su profesor y mentor, "a quien le debo no solo mi formación básica sino mi visión integral y positiva de la anestesia, el Dr. Rafael Peña Castro", un gran profesor formado en Argentina que preparó a muchos anestesiólogos. A él le debe en gran parte su dedicación a la anestesia obstétrica, subespecialidad a la que ha dedicado mucho tiempo de su ejercicio profesional desde su vinculación a la Clínica David Restrepo.



▲ Dr. Fernando Aguilera Castro

Ejerció el cargo de vocal financiero, asumió el de director de la organización científico-gremial con motivo de la modificación de los estatutos, y en 1999 fue elegido presidente de la Sociedad.

SU PASO POR LA DIRECCIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA

El Dr. Peña me marcó no solo como anestesiólogo, sino como individuo. Era un persona muy recta, muy cumplida, era muy exigente y malgeniado, pero responsable y con una idea muy clara de lo que era ser un profesor. Eso me definió el rumbo que tomé posteriormente en mi vida como docente.

El Dr. Peña tenía muchos conflictos con sus colegas anestesiólogos, porque para él la academia estaba por encima de la productividad del servicio.

Terminada la residencia, y por un convenio tripartito con el ICETEX y el Servicio de Salud de Boyacá, se trasladó por un mes a Puerto Boyacá, pero no pudo desarrollar la actividad de anestesiólogo, porque no había en el hospital más especialistas que él, así que escasamente se realizaba una anestesia al día. De común acuerdo con el Servicio de Salud de Boyacá, regresó a Bogotá para cumplir el compromiso de contraprestación en el Hospital Simón Bolívar en diciembre de 1983. En esta institución continuaba laborando en 2015 después de 32 años, y allí "he tenido la fortuna de dedicarme a la labor asistencial y a la docencia, en una actividad integral del ejercicio de la especialidad". Cuando llegó a trabajar, el jefe era el Dr. Amílkar Parada, anestesiólogo egresado de la Universidad Nacional, quien hacía también obstetricia en el Hospital San Ignacio y en 1988 organizó el inicio del posgrado en el Hospital Simón Bolívar.

Se vinculó a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación como socio de número a finales de 1986, y entró a ser miembro de la Junta Directiva Nacional en la asamblea realizada en Barranquilla en agosto de 1992; a ella perteneció durante nueve años hasta marzo de 2001, cuando terminó su periodo como presidente. Su primera posición directiva, como tesorero, la asumió cuando entró a reemplazar al Dr. Álvaro Sarmiento, quien salió del país a realizar una subespecialidad, y la ejerció de 1992 a 1994; desde 1994 tuvo el cargo de vocal financiero, y en 1996, con la modificación de los estatutos y siendo miembro de la Junta, asumió el cargo de director de la organización científico-gremial,

El congreso fue un éxito no solo académico, sino económico, pues dejó 20 millones de pesos, algo que fue una eventualidad, ya que todos los congresos producían solo lo que costaban o incluso dejaban significativas pérdidas.

como parte de una restructuración de la empresa. En agosto de 1999 fue elegido presidente de la Sociedad, la cual dirigió hasta 2001.

"Afronté una época de grandes desarrollos de la Sociedad, de un crecimiento exponencial iniciado en 1992 y reforzado con el Fondo Especial Para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE), que se consolidó en 1995". Con él se lograron las primeras reuniones del Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología, a las cuales el Ministerio había sido reacio, y enfrentó las demandas a la Ley 6ª de 1991, algunas de parte del mismo Ministerio. Siendo presidente en el año 2000, murió el fundador de la Sociedad, el Dr. Juan Marín Osorio; infortunadamente, por deseo del mismo Dr. Marín y su familia, no se pudo ofrecer ningún reconocimiento al momento de su muerte.

Siendo tesorero, en 1992 participó en la organización del XXII Congreso Latinoamericano y el XX Congreso Colombiano de Anestesiología, realizado del 11 al 15 de agosto de 1993. El congreso fue un éxito no solo académico, sino también económico, pues dejó 20 millones de pesos, algo que fue una eventualidad, pues todos los congresos producían solo lo que costaban o incluso dejaban deudas por su organización, y no pocas veces significativas pérdidas. Entonces quedaron 20 millones libres, que en 1993 eran un dinero muy importante. Con esto y lo producido por la rifa de dos vehículos se logró comprar la primera sede de la Sociedad. Ese año se inició la estructuración del FEPASDE; con el aval de la Junta Directiva se creó un fondo para su desarrollo: la organización científico-gremial prestó 5 millones de pesos para su inicio, y hoy es la parte empresarial de la S.C.A.R.E.: "Ahí comenzó todo".

Tuvo la oportunidad de acompañar a la Junta y a la asamblea en todos los desarrollos del FEPASDE, el cual creció muy rápido y por fortuna ha llegado a ser un fondo único en el país, que ha prestado innumerables servicios a todos los afiliados, no solo a los anestesiólogos.

También se presentó en esa época el impulso definitivo a la Ley 6ª de 1991, que no se había reglamentado por parte del Gobierno, dados los conflictos que aparecían en el ejercicio a nivel nacional y las demandas que contra ella se presentaron. Se iban a vencer los términos de esa reglamentación, pues en 1996 se cumplían los cinco años que exigía la ley para ese requisito, y el Gobierno lo dejó para el final del año. En ese momento se expidió el Decreto 091 de 1996, por medio del cual se reglamentaba la Ley 6ª de 1991, y que permitía certificar a médicos

anestesistas, es decir, a médicos que ya estaban ejerciendo la anestesia antes de enero de 1991, aunque no tenían un reconocimiento académico o institucional; tenían una formación empírica, en servicio, pero la mayoría tenía un ejercicio eficiente. Se tuvo la oportunidad, en el Comité Nacional de la Anestesiología de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), de participar en el proceso de certificación de todos los colegas médicos que hacían anestesia y querían certificarse. El Ministerio de Salud, a través del Ministerio de Educación, promovió la reglamentación de la Ley y se autorizó que quienes tuvieran los requisitos se certificaran y quienes no los cumplieran hicieran la solicitud de acceder a una capacitación especial en las universidades con programas de posgrado en anestesiología. Se presentaron 104 colegas que aspiraban a regularizar su ejercicio, de los cuales algo más de 60 cumplían esos requisitos y se certificaron; los demás entraron a las universidades a hacer una homologación. "Participé en ese proceso porque en ese tiempo estaba en el posgrado de anestesiología de la Universidad El Bosque y era director científico-gremial de la S.C.A.R.E. Se certificaron nueve colegas en tiempos diversos y lograron obtener su título".

Igualmente, apoyó la propuesta para que la Sociedad fuera parte de una fuente de trabajo para los anestesiólogos, dada la limitación que tenía la entidad para contratar servicios. "Se apoyó en la asamblea de Sincelejo, en agosto de 2000, la creación de una cooperativa nacional de anestesiólogos, que en ese tiempo se llamó Anestecoop"; y la asamblea dio el aval para que la cooperativa hiciera una alianza estratégica con la S.C.A.R.E. y comenzara a desarrollar el trabajo.

A partir de esa época ha habido muchos cambios y en general la Sociedad ha cumplido con el propósito de apoyar la formación de empresas. Como es sabido, en muchas seccionales, las "cooperativas de trabajo" –mientras el Estado lo permitió– fueron las que dieron esta opción a muchos anestesiólogos que hoy no tienen oportunidad de una vinculación laboral y de contratos a término indefinido.

Durante los nueve años que estuvo en la Junta Directiva fue testigo y partícipe de los cambios no solo en la estructura general de la Sociedad, hechos con el ánimo de enfrentar el gran crecimiento de la empresa, sino también en la estructura de la Junta Directiva y las políticas de administración. Había tantos frentes que era difícil que una Junta, la cual podía ser de siete a nueve personas, hiciera una dirección coordinada.

Un tema al que dio mucha importancia en ese proceso, fue la relevancia del aspecto científico y gremial de la Sociedad frente a los aspectos empresariales:

Uno de los factores que quise que en el tiempo se pudiera delinear fue la búsqueda de un equilibrio del concepto empresarial con lo científico y gremial, evitando que estos fueran avasallados por la parte económico-financiera, que realmente fue la que llevó a que la Sociedad se desarrollara.

Afortunadamente, estoy muy satisfecho de que, después de haberme retirado de los ámbitos directivos, haya habido cambios en ese sentido, y que con las nuevas subdirecciones (científico-gremial, financiera, jurídica y empresarial) se logre que un director ejecutivo pueda integrar todas las actividades sin que exista una rivalidad dentro de la empresa, lo cual pudo ser difícil durante el periodo de desarrollo de la S.C.A.R.E.

El gran énfasis de su ejercicio profesional lo ha puesto en la anestesia obstétrica, en la que ha podido desarrollar investigaciones y publicaciones. Pero fue su responsabilidad como docente del pregrado lo que le facilitó y lo llevó a publicar un Manual de anestesia.

SU VIDA ACADÉMICA

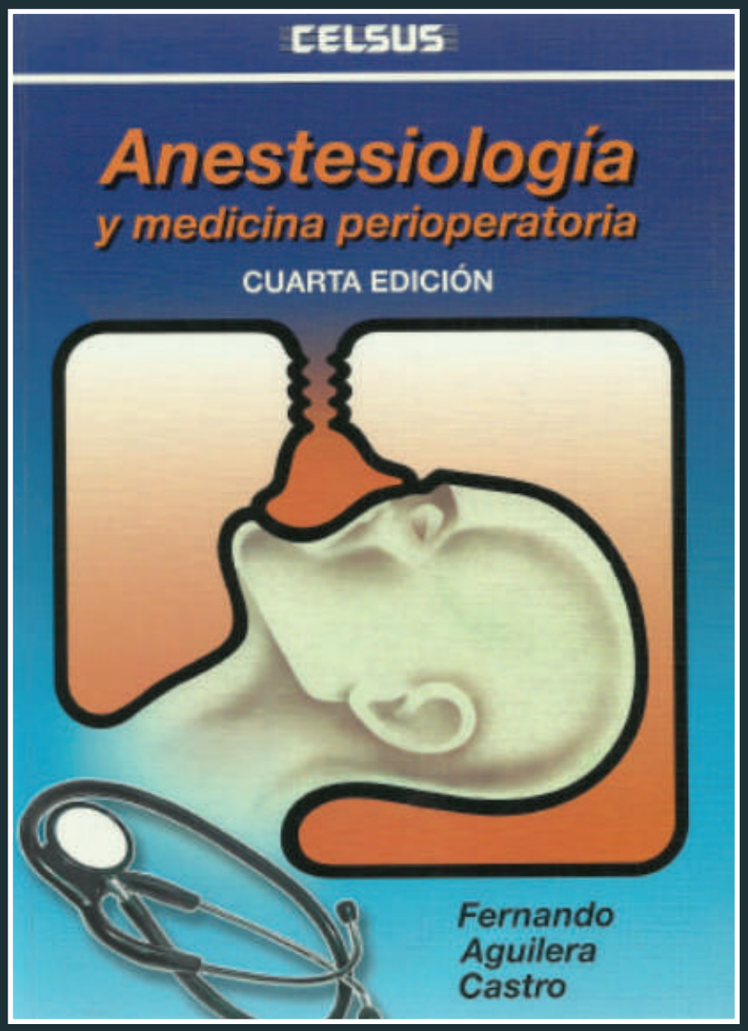
Se vinculó como docente al posgrado de anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque en 1990, y desde 2002 es su director. Gran énfasis de su ejercicio profesional ha sido en la anestesia obstétrica, en la cual ha podido desarrollar algunas investigaciones y publicaciones. Pero fue su responsabilidad como docente del pregrado lo que le facilitó y llevó a publicar en 1990 la primera edición de un *Manual de anestesia* para el estudiante de ese ciclo de formación.

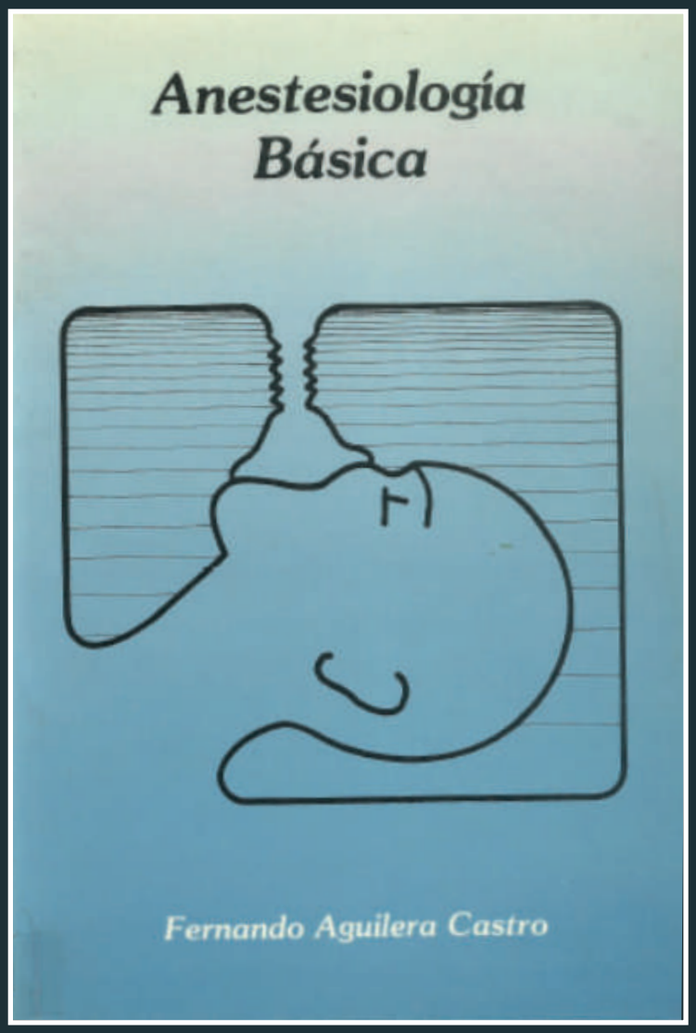
Considera que el desarrollo académico es muy importante y es lo que hace que muchos anestesiólogos persistan en la docencia, pese a que puede ser algo desagradecida, si bien tiene grandes satisfacciones, entre ellas la de formar anestesiólogos: "He seguido vinculado tangencialmente tanto al Comité de Anestesia Obstétrica de la Sociedad Colombiana como al de la Sociedad Cundinamarquesa, desde donde espero seguir aportando el conocimiento académico que he adquirido en ese campo".

En 1988 la Universidad El Bosque creó el programa de Anestesiología con sede en el Hospital Simón Bolívar; pero este no tenía todos los recursos, así que los estudiantes completaban su formación en la Clínica Shaio y el Hospital Santa Clara. En 1990 se creó un nuevo programa con sede en la Fundación Santa Fe, pero se abrió con el mismo registro del anterior, lo cual generó problemas en la visión del Ministerio de Educación; sin embargo, hasta 2003 estos programas funcionaron con el mismo registro. En 1989 los residentes propusieron al Dr. Aguilera como docente de la universidad, pues hasta ese momento colaboraba sin vinculación contractual. En diciembre de 1989 ingresó como instructor asistente y desde esa época está vinculado a la Universidad El Bosque. Y ha sido profesor de cátedra de la Universidad de la Sabana desde 2006.

EL *MANUAL DE ANESTESIA* PARA ESTUDIANTES

Desde su época de estudiante tenía gran preocupación porque en el nivel de pregrado no había dónde estudiar anestesia, no existía un texto. En las rotaciones era muy juicioso anotando todo lo que decían los docentes. Tenía mala letra, pero como tuvo tres cursos de anestesia en el pregrado, fue perfeccionando los apuntes, y con una máquina de escribir los ordenó y sacó un folleto de unas 20 hojas en papel mimeógrafo. Les prestaba los apuntes a los que rotaban. "Cuando estaba haciendo residencia, me sorprendió ver que un estudiante que rotaba en el Hospital San José tenía los apuntes que yo había escrito cuatro años atrás". La falencia seguía vigente, no había más apuntes, así que decidió escribir un texto para pregrado. En esa época había un concurso de Salvat Editores para obras médicas, donde al ganador le publicaban la obra; él resolvió presentarse, pulió los apuntes y concursó. "No me gané el premio, pero me





▲ Carátula del libro del Dr. Aguilera, primera y cuarta edición (34-35)

quedó el texto y resolví mejorarlo con la evaluación del Dr. Rafael Peña, el Dr. Amílkar Parada y otros de mis profesores".

Terminé el libro y comencé a tocar puertas: El Bosque, la Nacional y muchas otras, y nadie las abrió. Hablé con el Dr. Jorge Osorio, quien en esa época era el director de la revista de la Sociedad. Me dijo: "Váyase a la Editorial Gente Nueva, la Sociedad tiene una reserva de 200.000 pesos, dígales que comiencen a hacer el libro con esa plata y lo que falte lo pone usted"; así se hizo la primera edición. Me puse a comercializarlo, pero no se vendió hasta que apareció Pedro Baracaldo, quien vendía libros. En seis meses yo había vendido como 40 libros, y él, en tres meses, vendió los 700. La única que me dio la mano fue la Sociedad Colombiana de Anestesiología, y quedé con una deuda financiera y moral con ella.

Así dice el prefacio de la primera edición del libro:

La inquietud mía por hacer este manual comenzó en 1983 cuando terminé mi especialización en anestesiología en el Hospital San José de Bogotá. Sin embargo su inicio fue en marzo de 1977, cuando recopilé y reproduje de una manera rudimentaria las clases recibidas en la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional durante los meses de agosto de 1976 a agosto de 1977.

El esquema básico de aquellas conferencias mimeografiadas ha variado totalmente, pero su objetivo no, pues sigue siendo dedicado a todos los estudiantes de medicina que asisten a un servicio de anestesia, e igualmente a los internos y médicos interesados en la especialidad.

No pretende este libro describir teorías y técnicas complicadas, reservadas a los especialistas, ni repasar principios fisiológicos básicos en cualquier área médica, sino ofrecer un medio fácil de comprender la anestesia y conocer cuál es su verdadero lugar dentro de la medicina colombiana y universal.

Desde la publicación del *Manual de anestesia* se vinculó activamente a la Sociedad con un sentido profundo de agradecimiento, y porque piensa que la S.C.A.R.E. es una organización que se ha desarrollado para bien de todos sus socios y afiliados, la cual se encuentra en un lugar privilegiado gracias al desempeño de muchos colegas y profesionales, no solo de anestesiología.

Su vinculación a la S.C.A.R.E. fue fundamental para la edición de su primer libro; pero esta en últimas fue una inversión propia, pues logró reembolsar los recursos que se le prestaron. Después de eso, un editor de Bogotá se le acercó y le solicitó que le dejara hacer la segunda edición, para lo que se elaboró un contrato donde se le reconocían los derechos de autor. En principio, cuando quiso hacer la publicación, las puertas se le cerraron, tanto las públicas como las privadas, y la única entidad que le dio la mano fue la Sociedad Colombiana de Anestesiología; pero después vinieron la segunda, la tercera y la cuarta edición, y ahora sí todas las entidades le ofrecieron hacer el libro.

SU VISIÓN DE LA SOCIEDAD

Para él, la parte científica sigue teniendo un gran desarrollo, pero la parte gremial ha tenido problemas; lograr esta unidad y la prestación de servicios gremiales es un aspecto que interesa al anestesiólogo del común. En relación al número de anestesiólogos afiliados, aún hay mucho por hacer. En la Cundinamarquesa ha habido una gran preocupación que han compartido todos los presidentes: la lucha por vincular al mayor número posible de anestesiólogos, teniendo en cuenta que estos no han entendido o no han visto que la S.C.A.R.E. les ofrece unos beneficios muy distintos a los elementales o únicos de la protección médico-legal, y la mayoría siguen siendo socios solo porque tienen el cubrimiento del FEPASDE.

"Algo muy importante es que se logró entender que el dinero aportado por los socios de número y los solidarios, y el producido por la ejecución de la empresa, es nuestro, y tenemos un compromiso importantísimo en su manejo con todos los médicos y profesionales afiliados a través del FEPASDE. No sucede lo de otras épocas, cuando con lo poco que se producía en los congresos y las cuotas de los socios había que desarrollar la actividad científico-gremial, había que hacer todo, inclusive financiar las asambleas. Hoy la Junta sabe que el dinero del FEPASDE es de la Sociedad, que hay que manejarlo bien, que hay que invertir en prevenir, en educar para la protección de las demandas.

El manejo de la Sociedad se tornó muy complejo, pues ha crecido mucho: "Cuando asumí como tesorero el patrimonio era de $20 millones, y cuando dejé la presidencia era de $20 mil millones". Hoy el patrimonio de la S.C.A.R.E. está en alrededor de $200.000 millones.

Siendo presidente, planteó la necesidad de tener un director financiero, alguien que supiera del tema, que ayudara. "Esta es una empresa muy grande financieramente". Hacía un diplomado en la EAN en control de gestión de servicios médicos, y decidió invitar a uno de sus profesores a una reunión de Junta para que los ilustrara sobre el tema. El invitado avanzaba en su exposición, y en mitad de ella, uno de los miembros de la Junta le dijo "que él no tenía nada que hacer allí y que nosotros éramos los dueños de la Sociedad y del FEPASDE y los únicos que la debíamos manejar". Fue una situación muy molesta: "El expositor se retiró, y yo, como presidente de la Junta y de la Sociedad, debí pedirle disculpas".

EL ASPECTO GREMIAL

Este tema ha sido siempre una piedra en el zapato, porque a pesar de que la Sociedad es muy reconocida a nivel nacional e internacional, muchos anestesiólogos en Colombia creen que no hace nada por el gremio, que no los ayuda. Un tema muy difícil de entender y manejar ha sido la famosa "Ley de competencias", porque el Gobierno está pendiente de todo lo que se hace en este campo y presta atención a que no se hable de tarifas. Por otro lado, está la diversidad de los anestesiólogos, la diversidad de intereses, sobre todo en Bogotá, donde hay más de 900 especialistas y solo 600 afiliados. Cada vez llegan más afiliados, pero no les interesa participar de forma dinámica en aspectos administrativos o generales de la Sociedad. Por otra parte, se ha trabajado para que los residentes se vinculen desde su etapa de formación.

Peleo constantemente con los colegas que hablan mal de la Sociedad: "Si usted no está de acuerdo, vaya a las asambleas y vemos qué podemos hacer"; la mayoría se vincula por el FEPASDE, y por eso hay que estar siempre defendiéndola, lo que es difícil por las normas y por los mismos intereses de los anestesiólogos.

En su ejercicio como presidente se enfrentó a varios problemas de tipo gremial, como el de la seccional del Tolima:

El gerente de la Clínica de la Mujer, donde llevo trabajando 25 años, era una persona muy difícil. El dueño de la clínica lo sacó y se fue para Ibagué como director de la Clínica Minerva. Quiso negociar con los anestesiólogos y ponerles condiciones desfavorables que la clínica quería y ellos no aceptaban. Les dijo que por qué no aceptaban las condiciones que buscaba aplicar, si el presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología trabaja así en una clínica en Bogotá. La Sociedad Tolimense envió una carta durísima y tuve que defenderme, pues no era cierto lo que el señor decía, y además las condiciones de trabajo a nivel central eran muy distintas a las de otras regiones. Somos una federación y en cada lugar hay condiciones de trabajo diferentes. El hecho de que seamos Sociedad Colombiana de Sociedades de Anestesiología implica que cada regional tiene sus estatutos y condiciones independientes.

Una problemática vigente en la actualidad es la convalidación de los títulos a especialistas venidos de otros países. El Ministerio los está autorizando para trabajar sin alcanzar las condiciones establecidas, y muchos trabajan sin un registro médico. El Ministerio tiene la idea de que no se quiere formar a más especialistas y se ha restringido el ingreso de residentes a las escuelas sin argumentos serios, solo por una actitud limitante y por evitar la competencia: "Nos quieren acabar con este argumento".

El Dr. Aguilera ha sido visitante de diferentes programas de especialización en anestesiología como par académico del Ministerio de Educación. Una de las últimas solicitudes fue de la Fundación Navarra, de Neiva, ya que se quiere abrir un programa en una clínica privada que no llena los requisitos de calidad del decreto correspondiente. Esa ha sido una de las posiciones del ministro: que las clínicas, sin respaldo académico, puedan formar anestesiólogos y otros especialistas, y no las universidades.

SU VIDA DE HOGAR

Los peces ornamentales son su *hobby* especial:

Inició hace muchos años, cuando mi hijo mayor quiso tener un acuario. Se lo compré e instalé, pero a los pocos meses perdió el interés en los pececitos y tuve que asumir su cuidado, limpiarlos, alimentarlos y contemplarlos. Hoy su atención me divierte, la disfruto y me relaja. Mi esposa recibió el encargo de administrar una finca de una de sus hermanas, y hemos dedicado a ello mucho de nuestro tiempo libre, aprendiendo a gustar y realizar actividades del campo que nos distraen y fortalecen.

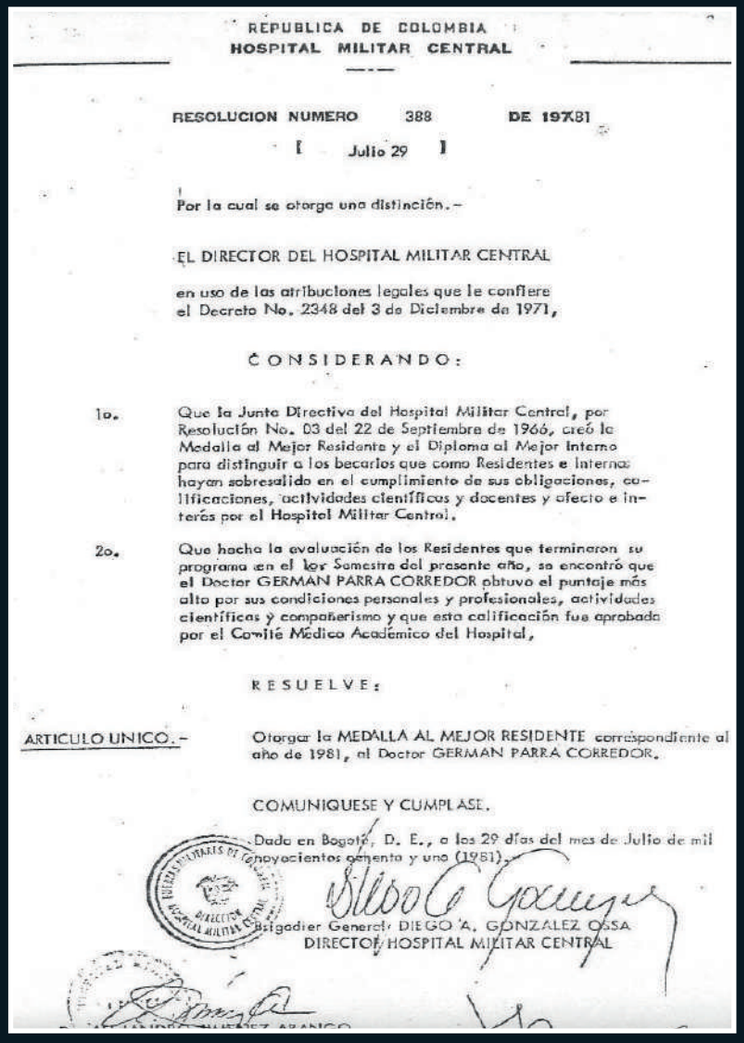
Las lecturas de anestesiología y medicina perioperatoria se convierten hoy en el centro del quehacer docente, y sus posibilidades se han multiplicado con el acceso a la información a través de internet. "Hay que estar actualizado, pues "los 'chinos' (residentes) le pueden dar tres vueltas a uno en el análisis de un tema". Además, trabaja en un proyecto de anestesia para paciente quemado, para su ascenso a profesor titular.

GERMÁN PARRA CORREDOR

Nació en Bogotá, se formó como médico en la Universidad Nacional de Colombia, prestó el servicio médico rural obligatorio en Palermo, Huila, e hizo la residencia de anestesiología en el Hospital Militar Central, con el Dr. Julio Enrique Peña. Después, sus jefes fueron los Dres. Carlos Hernández y Mario Mejía. Fue uno de los seis primeros residentes de tres años en ese hospital, y al final fue distinguido como el mejor residente de los graduados de todas las especialidades médicas y quirúrgicas, por lo cual fue nombrado instructor de anestesiología y anestesiólogo cardiovascular.

En su tercer año de residencia realizó una pasantía de tres meses en anestesia cardiaca en el *Jackson Memorial* de Miami. En la época se realizaban este tipo de entrenamientos por periodos cortos; sin embargo, con esto pudo ejercer como anestesiólogo cardiovascular en el Hospital Militar por cerca de tres años, lo que incluía hacer la corrección quirúrgica de algunas cardiopatías congénitas, hasta cuando el Dr. Mario Mejía, jefe de anestesiología en el Hospital San Ignacio de la Pontificia Universidad Javeriana, a raíz de la muerte del Dr. Jorge Colmenares, quiso que fuera a trabajar con él a consolidar el programa de posgrado. Allí laboró como profesor asociado de anestesiología durante seis años. Participó en la primera cirugía cardiaca realizada en ese hospital por el Dr. Camilo Cabrera, y luego regresó al Hospital Militar como coordinador docente del servicio de anestesiología.

De manera simultánea a su regreso al Hospital Militar, se vinculó de forma parcial a la Clínica Marly y compartió labores con los Dres. José María Silva, Jaime Téllez, Rafael Sarmiento, Jaime Herrera, Fernando Flórez y Ernesto Rojas, entre otros distinguidos profesionales médicos anestesiólogos. En la Clínica Marly trabajó durante 18 años, y estando allí fue invitado a participar en el proyecto de la Clínica Reina Sofía, propiedad de Colsanitas, empresa de medicina



REPUBLICA DE COLOMBIA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

RESOLUCION NUMERO 388 DE 1978

[Julio 29]

Por la cual se otorga una distinción.-

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

en uso de las atribuciones legales que le confiere el Decreto No. 2348 del 3 de Diciembre de 1971,

CONSIDERANDO:

1o. Que la Junta Directiva del Hospital Militar Central, por Resolución No. 03 del 22 de Septiembre de 1966, creó la Medalla al Mejor Residente y el Diploma al Mejor Interno para distinguir a los becarios que como Residentes e Internos hayan sobresalido en el cumplimiento de sus obligaciones, calificaciones, actividades científicas y docentes y efecto e interés por el Hospital Militar Central.

2o. Que hecha la evaluación de los Residentes que terminaron su programa en el 1er Semestre del presente año, se encontró que el Doctor GERMAN PARRA CORREDOR obtuvo el puntaje más alto por sus condiciones personales y profesionales, actividades científicas y compañerismo y que esta calificación fue aprobada por el Comité Médico Académico del Hospital,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Otorgar la MEDALLA AL MEJOR RESIDENTE correspondiente al año de 1981, al Doctor GERMAN PARRA CORREDOR.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá, D. E., a los 29 días del mes de Julio de mil novecientos setenta y uno (1981).

Brigadier General DIEGO A. GONZALEZ OSSA
DIRECTOR HOSPITAL MILITAR CENTRAL

▲ Resolución de mejor residente de todas las especialidades médicas y quirúrgicas



▲ Medalla de condecoración

"La anestesia la han administrado médicos con menor formación clínica; en el pasado ese oficio lo desempeñaron las monjas vinculadas a los hospitales y varios técnicos; pero en un futuro cercano necesitamos nuevas generaciones de médicos muy bien preparados para ello".

prepagada que pocos años atrás había incursionado en el escenario nacional de la salud:

Yo al principio no estuve muy interesado, pero los directivos médicos de la época, amable y generosamente, me insistieron, por lo que al final acepté vincularme de manera parcial a la Clínica Reina Sofía, institución que creció progresivamente en el número de pacientes atendidos, lo cual demandó, después de siete años, mi vinculación definitiva y total. Además desempeñé durante 23 años la labor de gerente del grupo de anestesiólogos en la Clínica Reina Sofía y durante ocho años en la Clínica Universitaria Colombia. Todos los anestesiólogos estaban sin vinculación directa, contratados por prestación de servicios, pero estaban agrupados en una sólida organización que ha protegido los intereses de sus asociados.

SU FORMACIÓN EN ANESTESIA

Su orientación por la anestesia surgió desde el pregrado. Realizó las prácticas en las salas de cirugía del Hospital San Juan de Dios en Bogotá con el Dr. Fernando Flórez, y le causó grata impresión esta nueva área de ejercicio médico, interesante, diferente, "pero tengo que confesar que por la época todos los estudiantes teníamos mucha confusión, uno no sabía finalmente qué quería hacer".

En 1978 ingresó a una residencia de anestesiología de tres años en el Hospital Militar Central de Bogotá, pero rápidamente percibió dificultades en el nuevo programa:

Fue una historia muy compleja porque cuando llegamos a la residencia, a pesar de que nos convocaron para tres años, no había un programa académico claro, en realidad no existía. Pasaron dos meses y no

Se graduó como anestesiólogo en 1981, es decir, ya son 39 años vinculado al ejercicio de la anestesiología, toda una vida, 36 de trabajo como especialista más sus tres años de residencia.

Estudió primaria y secundaria en colegios religiosos. En esa época, en Bogotá y en todo el país, la mayor parte de la educación estaba vinculada a la Iglesia Católica. Cursó la primaria en el Colegio Santo Tomás de Aquino en Bogotá, con sacerdotes dominicos, "muy soberbios ellos", y la secundaria en el Colegio Salesiano León XIII de Bogotá. Esta última fue una muy grata experiencia, era un colegio mucho más democrático, que brindaba libertad de expresión a los alumnos, gran camaradería y mucha fraternidad. Fue una época muy interesante, y con sus compañeros de clase, e incluso con algunos sacerdotes y la comunidad en general, guardó vínculos muy cercanos.

POR LA ACADEMIA Y LA MEDICINA SOCIALIZADA

había nada. Yo venía de una universidad pública, acostumbrado a poder cuestionar, y por tanto consideré que con mis compañeros debíamos dialogar con el Dr. Julio Enrique Peña para preguntar por el futuro. El Dr. Peña nos manifestó que recientemente había renunciado a la jefatura y por tanto debíamos esperar al siguiente jefe, dado que él no nos podía resolver esa inquietud. Cerca de tres meses después nos pudimos reunir con el Dr. Carlos Hernández. Le explicamos nuevamente la situación, manifestamos nuestra gran preocupación. En ese momento ya éramos dos residentes que cursaban dos años y seis que cursaban tres años. El Dr. Hernández se angustió, de manera decidida y generosa nos prometió hablar con el Dr. Hernán Torres, nefrólogo, director médico en ese momento del hospital, y nos aseguró que rotaríamos cerca de un año por medicina interna. Efectivamente, al lunes siguiente cuatro residentes iniciamos ese ciclo por las unidades de cardiología, nefrología, neumología y cuidado intensivo médico.

Como primera rotación, le correspondió nefrología, el "coco" para los residentes de las especialidades en el Hospital Militar. Su compañero de medicina interna se retiró de la especialidad en esa rotación. "Olafo el Amargado" era el apodo del jefe de nefrología, el Dr. Ordóñez, quien era un hombre muy duro, algo cruel, muy exigente, hasta humillante. Fue en resumen una muy dura rotación, y sin embargo su calificación final fue excelente, incluyendo el examen final oral: 4.5/5.0. Presentaciones y club de revistas cuatro días a la semana, evolución médica de pacientes a las 6:30 a.m. y las 6 p.m. de lunes a domingo, revistas con todos los profesores de nefrología tres días de la semana, acompañamiento y seguimiento diario a los pacientes de hemodiálisis ambulatorios, búsqueda de donantes, además de acompañamiento y seguimiento durante los trasplantes renales; la exigencia de práctica clínica y estudio fue muy intensa, en un momento en que no se conseguían fácilmente revistas médicas. "Teníamos que ir a la biblioteca después de las 7 de la noche a ver qué encontrábamos para leer hasta media noche, e iniciar la evolución médica a los pacientes a las 6:30 de la mañana siguiente".

Al final de la rotación el jefe de nefrología le preguntó: "¿Usted para qué ingresó a anestesia?, ¿por qué más bien no estudia medicina interna?". La respuesta fue simple:

Mire, Dr. Ordóñez, la anestesia hasta ahora la han administrado médicos con menor formación clínica para asumir de manera integral el cuidado médico de los pacientes en la sala de cirugía; en el pasado ese oficio incluso lo desempeñaron las enfermeras, las monjas vinculadas a los hospitales y otros varios técnicos; pero a futuro necesitamos producir nuevas generaciones de médicos bien preparados, que además administren la anestesia.

Finalmente rotó un año por los diferentes servicios de medicina interna, regresó al quirófano y al grupo, y con el generoso apoyo de los Dres. Carlos Hernández y Mario Mejía, colaboró en la implementación de un mejor programa de residencia.

Participó académicamente de forma activa en el Hospital Militar y el Hospital San Ignacio; pero actualmente, en la Fundación Universitaria Sanitas, sede Clínica Reina Sofía, su participación académica ha sido en exclusiva a modo de colaboración con los estudiantes de posgrado en el quirófano y en los cursos anuales que realiza el grupo de anestesiología. Alguna producción escrita realizó mientras estuvo en las actividades académicas directas, y en compañía de varios colegas obtuvieron dos premios a trabajos científicos por parte de la S.C.A.R.E. Colaboró, por delegación de esta, en la redacción de las Normas Mínimas en el Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, presentadas y aprobadas por la asamblea en 1991, y las cuales se difundieron de manera amplia para ser luego la base de las Normas Mínimas de Seguridad actuales la S.C.A.R.E. e incluso de la CLASA.

No hay duda de que a las nuevas generaciones de anestesiólogos, a diferencia de los primeros que la ejercieron, la socialización de la medicina en general les ha ayudado mucho para su evolución como especialidad médica. La Ley 6ª, la Ley 100, además de los muy importantes progresos académicos y gremiales promovidos por la Sociedad Colombiana de Anestesiología, permitieron que muchos aspectos de la práctica diaria y la contratación ya no quedaran en manos exclusivas de los cirujanos. Antes los anestesiólogos eran casi unos ayudantes de estos, como aún sucede desafortunadamente en algunas ciudades del país y del mundo.

Un ejemplo es el de la racionalización de los exámenes de laboratorio preoperatorios de rutina, respecto a lo cual se ha preocupado el gremio, tanto por el concepto manejado de necesidad de racionalización de los costos, como por la demostración científica de su inutilidad en muchos casos. En el esquema de una medicina socializada, que un gremio médico se preocupe por estos temas, no como una posición improvisada o aislada, sino como producto de la observación y de múltiples estudios en el mundo, les ha interesado de manera importante a las instituciones y las empresas de salud.

[…] los cirujanos cuestionan la mayoría de las decisiones de los anestesiólogos; por ejemplo, el ayuno preoperatorio, la consideración de medicamentos perioperatorios, monitoreo intraoperatorio, analgesia posoperatoria, etc.

Recuerdo una anécdota. En el Hospital San Ignacio apareció un paciente con falla cardiaca compensada y en ese momento consideré la posible utilidad del catéter de arteria pulmonar durante la cirugía y el posoperatorio, pero no se disponía en el quirófano de los monitores adecuados para ese propósito. Un residente de anestesia, amigo de una de las enfermeras jefes de cuidado intensivo, se ofreció a conseguir el monitor y se programó la cirugía para el día siguiente. En la mañana se me informa que no es posible utilizar el monitor porque en la unidad de intensivos no lo prestarían a los anestesiólogos, pues estos "no lo sabían usar". Me dirigí entonces a la Unidad de Cuidado Intensivo, me presenté, conversé con el jefe médico, quien me ratificó que los equipos no se prestaban. Le dije: "No hay problema, pensé que esto era un hospital universitario, tendremos que atender al paciente como en un pueblo cualquiera", y me retiré de inmediato. Pasaron unos minutos y el mismo jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo recapacitó, y de manera gentil y en persona, llevó el monitor al quirófano; y se realizó la cirugía con lo que creíamos entonces que era lo ideal. En los años siguientes los vínculos académicos y de camaradería con los internistas, incluyendo sus subespecialidades, han aumentado de manera muy importante.

Continúa el Dr. Parra:

Otra controversia interesante demuestra los avances logrados en la relación del anestesiólogo con otros especialistas médicos, en este caso con los neumólogos e intensivistas. Por el año de 1978 apareció en la literatura médica un trabajo del Dr. Richardson que se refería al manejo selectivo del trauma de tórax, lo que se llamaba tórax inestable, y que hasta ese momento se abordaba con ventilación mecánica de volumen. Richardson publicó el trabajo, en el cual postulaba que la ventilación mecánica no era necesaria si el paciente no presentaba trauma neurológico asociado ni contusión pulmonar importante; si solo se trataba de múltiples fracturas costales, bastaba ofrecerle un óptimo manejo analgésico peridural y una excelente terapia respiratoria. Alejandro Jadad, que en ese momento rotaba como residente de anestesiología por la UCI, me llamó porque había llegado un paciente con esas características. Yo había aprendido la técnica peridural torácica continua con el Dr. Vicente Pallares en Miami y había revisado con interés las diversas publicaciones respecto al manejo del tórax inestable. Con Alejandro abordamos de esa manera el caso con todo éxito. Al día siguiente, en la revista de cuidado intensivo, el jefe de medicina, Dr. Darío Maldonado, además jefe de neumología, preguntó, algo incómodo: "¿Y este paciente por qué no está en el ventilador?". Yo personalmente le di las explicaciones correspondientes, pero al final los intensivistas optaron por la asistencia ventilatoria mecánica. Había primado la opinión del jefe de medicina interna y se desestimó el concepto del anestesiólogo. Sin embargo, ese evento me granjeó una invitación muy honrosa: meses después, en la Fundación Santa Fe de Bogotá, se celebró una mesa redonda sobre manejo selectivo del trauma de tórax; los participantes fueron Darío Maldonado, neumólogo, Fidel Camacho, cirujano de tórax, Camilo Schrader, cirujano de tórax, Hugo Caballero, intensivista, y Germán Parra, anestesiólogo. La conclusión final es hoy bien conocida.

Con Alejandro Jadad mantuvimos un gran vínculo académico y de amistad que aún perdura. Generosamente, en su primer libro, Randomized Controlled Trials, *publicado en 1999 por la editorial del* British Medical Journal, *Alejandro incluyó una dedicación muy honrosa:* "I would also like to thank a group of special people who contributed significantly to my education as a clinician, and teacher over the past ten years. During my training in Colombia, Mario Ruiz exerted great influence on my introduced me to the joy of

"No hay duda de que a las nuevas generaciones de anestesiólogos la socialización de la medicina les ha ayudado mucho, además de los progresos académicos y gremiales que han permitido que aspectos de la práctica y la contratación ya no estén en manos de los cirujanos".

clinical research and taught indelible meaning of the word mentor, German Parra showed for the first time, how research evidence can be integrated clinical decisions, and Pedro Bejarano encouraged me, sellteli to develop my research career abroad" *(36).*

Le podría relatar muchos más "granitos de arena" que varias personas fuimos colocando por ahí, y con eso se fue generando cierta confianza hacia los anestesiólogos, es decir, nos empezaron a ver de un modo diferente, pero aún hay mucho trabajo por realizar.

La mayoría de estos cambios se deben a la calidad de la práctica anestesiológica actual, que se ha derivado de la formación integral de los nuevos anestesiólogos y de la decisión de intentar salir de la sala de cirugía. En el Hospital Militar, cuando fui coordinador docente, se me ocurrió programar un residente de tercer año en una rotación de dos meses fuera del quirófano, y lo denominé "residente externo"; este era el encargado de contestar interconsultas, seguir los pacientes de dolor y evolucionar los posoperatorios, lo que hoy se intenta hacer como medicina perioperatoria. Hubo cierta resistencia, porque a la mayoría de los residentes no les gustó salir del quirófano; sin embargo, varios alumnos asumieron muy bien la función de residente externo, y dos ejemplos de los múltiples casos fueron el Dr. Iván Iglesias, hoy un muy destacado anestesiólogo cardiovascular en London Ontario, *Canadá, referente en ecocardiografía transesofágica a nivel mundial, y el otro, Hernán Charris, muy distinguido anestesiólogo cardiovascular en Bogotá.*

¿SU VISIÓN DE LA ANESTESIA PARA EL FUTURO?

Sobre el futuro de la anestesia, el Dr. Parra comenta:

No creo que en dos, tres o cuatro años cambie prácticamente nada. El aspecto económico está influyendo de manera importante y las empresas (EPS e IPS) están preocupadas porque se ha visto un aumento muy importante de los ingresos del anestesiólogo. En algún momento estos se dispararon y es probable que no crezcan mucho más, porque las empresas están interesadas en controlar los costos. Hay mucho trabajo, muchísimo, se gana mucho porque se trabaja mucho, pero eso no es exactamente bueno, estamos sacrificando vida por dinero.

"Hay mucho trabajo, se gana mejor, pero la calidad de vida se ha deteriorado".

¿LE PREOCUPA LA RELACIÓN ENTRE EL DINERO Y LA SALUD FÍSICA Y MENTAL?

A este respecto, el Dr. Parra asegura:

No creo que haya reversa en esta situación, porque los jóvenes de hoy también desean ganar mucho dinero y trabajan intensamente, muchísimo, algunos de pronto consiguen más de un puesto de trabajo, aunque les paguen poco, pero no los dejan para sumar ingresos. Hay mucho trabajo, se gana mejor, pero la calidad de vida se ha deteriorado.

¿SERÁ CIERTO QUE NO SE NECESITARÁ UN MÉDICO TAN ESPECIALIZADO PARA DAR ANESTESIA?

Al Dr. Parra le preocupa esta situación. Al respecto, comenta:

Algunos autores opinan que los anestesiólogos están siendo víctimas de su propio prestigio, que han dispuesto tal cantidad de equipos en la sala de cirugía que ya no se requiere un médico tan especializado para vigilarlos: la enfermera se da cuenta de que el paciente se está desaturando, el cirujano se da cuenta de que está hipotenso. Se dice que probablemente habrá que replantear el "negocio", porque no va a ser posible mantener un médico tan bien entrenado y costoso para hacer el trabajo de "vigilar unos equipos". Ya incluso se escuchan voces de anestesiólogos en Colombia esperando que la Ley 6ª sea derogada para promover un nuevo negocio, que se permita la formación de técnicos y en vez de que un quirófano tenga quince anestesiólogos, tenga ocho y quince técnicos. Estos son rumores, pero deben ponernos en alerta.

LAS PENSIONES

Finalmente, sobre el tema de las pensiones, argumenta:

Un tema crítico es el de las pensiones. Los anestesiólogos de mi generación, en general, nunca nos preocupamos del tema. Cuando yo trabajaba en la Clínica Marly, el fuerte de los ingresos, en ese momento cerca del 50 %, era la medicina privada. Nos pagaban en efectivo y nadie cotizaba salud, pensión, nada. Pasaron muchos años y los mayores no hicimos aportes suficientes a la seguridad social. Varios ahorramos dinero, pero otros quizá no fueron tan organizados.

Yo les digo a los jóvenes: les están haciendo un favor cuando los obligan a realizar aportes a la seguridad social; al final van a tener una pensión aceptable, y si además ahorran o invierten algún porcentaje de sus ingresos, será aún mejor.

Esta es la vida de un anestesiólogo colombiano, prestigioso, exitoso, comprometido con el ejercicio profesional y con su Sociedad en todos los ámbitos del desempeño: académico, científico, social y empresarial. Un ejemplo de servicio a la comunidad y a la especialidad.

MARIO MEJÍA HERRERA

LIDERAZGO EN LA ACTIVIDAD ACADÉMICA DOCENTE

Nació en Sevilla, Valle, la capital cafetera de Colombia, pero sus padres se trasladaron a Bogotá cuando él tenía 3 años, así que prácticamente es bogotano; allí se crió, exceptuando el tiempo que vivió en la Costa Atlántica. En aquel entonces, en 1966, había terminado Medicina en la Universidad Nacional y se fue a hacer el internado a Santa Marta, y después, cuando llegó la época del rural, se programó con un amigo que era visitador médico para recorrer toda la zona del Cesar y del Magdalena; pasando por Codazzi, lo vio muy activo, había mucha gente, médicos que tenían sus consultorios y eran los dueños de la farmacia; necesitaban otra persona que trabajara, y se quedó allá siete años (37).

SU FORMACIÓN EN EL HOSPITAL MILITAR

Fue una época muy interesante, porque conoció gran cantidad de cosas médicas que no había visto en la carrera; vio por primera vez un tétanos adulto y uno neonatal, estuvo frente a una patología interesantísima desde el punto de vista médico, y cuando llegó el "señor" Seguro Social, fue cuando decidió volver a Bogotá. Le había llamado mucho la atención la medicina interna y la anestesia.

A su regreso del Cesar, se presentó al Hospital Militar a una residencia de dos años, cuando el jefe era el Dr. Julio Enrique Peña:

Pero cuando la terminé, me dije: "Yo no sé nada, esto hay que cambiarlo"; me parecía que la anestesia había que cambiarla, primero que todo por la forma como nos miraban los colegas, los médicos en general, que era muy por debajo, y segundo, porque el nivel de conocimientos médicos que nosotros teníamos a mí no me parecía que fuera suficiente para el grado de importancia tan grande que tiene la anestesiología.

El anestesiólogo de la época no sabía nada de cardiología, no tenía idea de lo que es un electrocardiograma; en la sala de cirugía no había sino un monitor de estos, un armatroste grandísimo marca Electrodime, y un amigo suyo muy especial, Diego Soto, le hacía un chiste: se lo colocaba a los pacientes, y "este amigo me molestaba, me



▲ Dr. Mario Mejía Herrera

"Cuando terminé, me dije: 'Yo no sé nada, esto hay que cambiarlo'; primero por la forma como nos miraban los colegas, y segundo, porque el nivel de conocimientos médicos que teníamos no era suficiente para el grado de importancia que tiene la anestesiología".

tomaba el pelo, me decía: 'oiga, Mario, ¿y usted qué hace si le llega a salir la onda zeta?'", con lo cual quería indicar que en realidad no se tenían conocimientos de la evaluación del corazón con el ECG.

Otra de las cosas que más le molestaba era ver que las valoraciones preoperatorias las hacían los internistas y el cardiólogo, y mandaban decir: "Ya lo pueden operar, tranquilos"; y él: "Sí, señor, pero si usted ni siquiera sabe qué anestésico usamos, qué técnica vamos a usar, ¿cómo me da seguridad de la anestesia?". Cuestionaba este hecho de forma permanente porque consideraba que las valoraciones las debían hacer los anestesiólogos. En el año 1976 escribió un artículo sobre este tema.

Entonces, un par de meses antes de terminar la residencia, se dijo: *"Esto no puede seguir así, voy a hacer medicina interna". Pedí que me dieran cupo en esa residencia en el Hospital Militar [....] El Dr. Lara, director de educación médica, un tipo muy querido que me quería mucho, internista, cardiólogo, me informó que el director del hospital no aceptaba la propuesta, porque ya me habían dado la oportunidad de tener una especialización. Me frustró la idea, porque pensaba que haciendo medicina interna completaba ese gran vacío de conocimientos que me parecía que teníamos nosotros en el pénsum de anestesia.*

Cuando llegaron los monitores cardiacos, y ante la limitante de no poder hacer medicina interna, se decidió a aprender electrocardiografía. Se enamoró del ECG y conquistó a una enfermera jefe de cuidado intensivo, a fin de que cuando llegara un infarto le tomara al paciente un electrocardiograma para la historia clínica y otro para Mario Mejía, y así fue aprendiendo la electrocardiografía.

De allí salió la idea de buscar ampliar la residencia de dos a tres años, idea que, por otra parte, creía que no era solo suya, pues había mucha gente que en esa época ya pensaba que era necesario. Luego del primer Seminario de Educación en Anestesia en Manizales, en 1974, la idea caló en varios centros universitarios y, con algunas excepciones, la implementaron. Escribió una propuesta e incluyó en el pénsum de ese tercer año: cardiología, neumología, nefrología y cuidado intensivo; publicó la propuesta en la *Revista Colombiana de Anestesiología*, y afortunadamente, pocos años después, se logró el objetivo y tuvo el placer de iniciar el tercer año de anestesia en el Hospital Militar. A continuación se abrieron los consultorios de evaluación preoperatoria

LA ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y EL HOSPITAL SAN IGNACIO

y medición del riesgo a cargo de un especialista en anestesia y un residente para la mayoría de los pacientes que serían intervenidos el día siguiente, con los beneficios de ahorro de tiempo y disminución de los costos financieros por hospitalizaciones innecesarias.

Con eso se cubrieron las falencias del anestesiólogo en medicina interna, en cardiología o en neumología, "con eso corregíamos que le mostraran al residente una placa de tórax y no tuviera ni idea de qué decir". En el pénsum de dos años lo único que se hacía era "vivir" en una sala y dar anestesia, "cajetiar", como se le llamaba vulgarmente a dar ventilación manual. Ese tercer año se empezó en el Hospital Militar antes incluso de que lo aceptara la Sociedad Colombiana de Anestesiología o ASCOFAME.

Uno de los logros interesantes que se consiguieron en esa época fue la valoración preoperatoria por parte de los anestesiólogos, que empezaron a hacer consulta, aunque no a todos los pacientes, sino a los pacientes de riesgo, como el anciano o el cardiópata; "y vea usted hasta dónde llegó la valoración preoperatoria: ahora no dan una anestesia local controlada para una uña encarnada si antes no lo ha visto el anestesiólogo".

Fue un cambio radical desde el punto de vista de la educación en anestesia, y tuvo la felicidad de verlo durante sus años de especialista en el Hospital Militar y después de que asumió labores de jefatura.

Desde su paso por el Hospital Militar tenía un gusto especial por la anestesia cardiovascular, y cuando pasó a la jefatura del Hospital San Ignacio en 1984, empezó a impulsarla, ya que era la de su preferencia. Estuvo en el extranjero seis meses haciendo complementaciones específicas, en una pasantía que no tenía un reconocimiento académico, pero sí gran importancia en el aprendizaje de las técnicas. Lo recibieron en Boston y le sirvió enormemente, porque allí reforzó muchos conocimientos sobre la anestesia cardiovascular, que era su querencia especial.

La formación cardiovascular básica la hizo en la Fundación Shaio, donde lo recibieron para una pasantía; no existían las subespecialidades certificadas, todo era trabajo y estudio. Algo que le ayudó mucho fue el primer libro de Kaplan, que era la biblia para los que estaban trabajando en el tema. Se lo leyeron todo, letra por letra, porque –y esta era una falla– en ninguna parte se encontraban textos o revistas sobre anestesia cardiovascular: "Después de unos años escribimos sobre las técnicas de la anestesia cardiovascular y esto se publicó en la *Revista Colombiana de Anestesiología*".

Cuando llegó al Hospital San Ignacio como jefe, ya estaban establecidos los tres años, pero no estaban bien programadas las rotaciones, que luego se establecieron con un cumplimiento muy estricto.

Entre los logros de los que se siente orgulloso está haber formado buenos especialistas, varios de los cuales se fueron a Estados Unidos y se quedaron allá. Están Juan Camilo Giraldo y Félix Montes, de la Fundación Cardioinfantil, o el "Mono" Botero, uno de los alumnos más inteligentes, que manejaba muy bien el computador e hizo un programa sobre farmacología y farmacodinamia en el cual se podía seguir cualquier droga, como la morfina, y se podía ver cómo se formaba la curva de distribución por el organismo.

Lo que quiso hacer en el San Ignacio fue "especializar especialistas", con el fin de que fueran los profesores de los otros en el futuro; y especializar especialistas en el exterior, sin demeritar el trabajo de la anestesiología colombiana. Envió afuera a muchos jóvenes, como Fritz Gempeler, el "Mono" Botero y Soledad Cepeda, que se quedaron en Estados Unidos, Félix Montes o Juan Camilo Giraldo. "Alcancé a organizar como a cinco especialistas que, para el departamento del hospital, eran suficientes".

Su llegada a las salas de cirugía del San Ignacio fue muy crítica, pues las condiciones eran muy deficientes, el "cuarto de recuperación" muy pequeño y las salas de cirugía ineficientes en cuanto a asepsia y antisepsia; por ello, se inició una campaña para crear unas nuevas salas de cirugía, en un espacio de una terraza cercana a la Facultad de Odontología, donde al fin se

"Lo que más me molestaba eran las valoraciones preoperatorias que hacían los internistas y el cardiólogo: 'Ya lo pueden operar, tranquilos'; pero si usted ni siquiera sabe qué anestésico usamos, qué técnica vamos a usar, ¿cómo me da seguridad de la anestesia?".

LOS CONFLICTOS POR LA VISITA PREANESTÉSICA

construyeron diez salas completamente nuevas y con toda la tecnología necesaria. Este fue un logro muy positivo que cambió la perspectiva de las residencias quirúrgicas y anestésicas, aunque par ello fueron necesarios cuatro o cinco años de insistencia ante las autoridades de la facultad y del hospital.

Cuando estaba terminando la residencia, surgió el conflicto del Seguro Social, lo que coincidió con el Congreso Latinoamericano de 1973. No alcanzó a sentir el impacto como especialista, pero sí pudo apreciar que el problema económico para los anestesiólogos iba a ser crítico.

Después del Dr. Julio Enrique Peña, llegó a la jefatura del Hospital Militar el Dr. Juan Marín a su regreso de Venezuela; infortunadamente, no tenía una actualización amplia en anestesia, pues apenas hacía anestesia regional y no se podía esperar que fuera el líder de un servicio de anestesia que había evolucionado de manera notable. Se necesitaba un gran liderazgo, alguien que proyectara la anestesia a los nuevos desafíos, era un momento de despertar del anestesiólogo como especialista en una lucha con los cirujanos, quienes veían de cerca el crecimiento de los especialistas de la anestesia. Era muy importante el liderazgo que venían ejerciendo los anestesiólogos en las instituciones, eran épocas de una evolución muy fuerte y un despertar de una situación muy crítica. El Dr. Marín había cumplido un ciclo, había impulsado la anestesia desde cero, la había llevado a niveles nunca sospechados, pero era necesario darle continuidad al liderazgo:

Se necesitaba el paso del fonendoscopio al electrocardiógrafo, se necesitaba forzar el desarrollo de la monitoría. Los residentes tenían que estar conectados al fonendoscopio por el audífono, tenían que estar escuchando, durante todo el tiempo, los ruidos cardiacos. El residente que se llegara a encontrar en la sala sin el audífono conectado con el paciente, tendría un problema disciplinario mayor; afortunadamente nunca sucedió.

LA ANESTESIA CARDIOVASCULAR

A su llegada al Hospital San Ignacio se enfrentó con el jefe de neumología, porque en esa área querían liderar la valoración preoperatoria y monopolizar la medida de los gases sanguíneos; él era el jefe de medicina interna, y hasta ese momento todos los pacientes para cirugía eran valorados por aquel grupo. El primer punto de controversia lo propuso a los 15 días de su llegada, cuando dijo que las valoraciones no las haría el internista, sino el grupo de anestesia. Pero para ello no había la infraestructura necesaria ni el personal capacitado, y ninguno de los especialistas que trabajaba en ese momento hacía valoraciones preanestésicas, pues no les parecía importante o no les gustaba, así que preferían el trabajo de sala. "El único interesado era yo", y poco a poco, con estudio, con constancia, se decidió a asumir esta responsabilidad.

Fue una situación muy conflictiva. Lo único que se buscaba era la valoración operatoria del paciente para decidir el tipo de anestesia y las conductas a tomar durante la cirugía. Se hacían interconsultas con otros especialistas, pero no para que dijeran si se podía operar o no. El Dr. Mejía recuerda una anécdota con una residente, quien le preguntó al compañero de medicina interna: "Y si el paciente hace una bradicardia, ¿qué hago?". Y él le contestó: "Se diluye una ampolla de atropina en 10 mL y le pones tantos centímetros de esa ampolla, a ver si mejora o no mejora la frecuencia cardiaca". Se presentó un encontrón muy fuerte entre los dos grupos, pues ninguno quería "soltar" la evaluación del paciente quirúrgico. Se acordó que se harían interconsultas, pero no para que aquellos respondieran si se podía operar al paciente o no, porque eso lo decidiría el anestesiólogo:

Lo que se necesita en las interconsultas del neumólogo es que nos diga cómo están los pulmones, y lo que se necesita del cardiólogo es que nos diga cómo está el aparato cardiovascular, si tiene un infarto, una lesión en la válvula aórtica, una insuficiencia aórtica, y nada más; el resto de la responsabilidad pasa al equipo de anestesia. Inicialmente fue una situación muy dura, un encontrón muy fuerte, pero finalmente se conquistó ese derecho.

Pero ellos tampoco tenían mucho con qué hacer diagnósticos en esa época, sobre todo en cardiología, pues había un electrocardiógrafo y poco más.

En 1989 se dio inicio a la cirugía cardiovascular bajo la tutoría del Dr. Mario Mejía, mediante una labor multidisciplinaria con unos programas definidos y anestesiólogos cardiovasculares dedicados casi exclusivamente a esta área.

Cuando salió del Militar, había dejado la sala de cirugía de corazón dotada con un monitor en el cual se tenía absolutamente todo; se daban el gusto de ponerles catéteres Swan Ganz a todos los pacientes de corazón: "Eso lógicamente ya sabemos que no se debe hacer, pero en esa época fue de un aprendizaje muy importante y de gran utilidad".

En el San Ignacio implementó la cirugía de corazón. Otra anécdota: se empezó con un par de pacientes, primero con una CIA en un niño, la cual operó el Dr. Camilo Cabrera, y después llegó el Dr. Miguel Jaime, un cirujano cardiovascular, con quien operamos un paciente en las salas antes comentadas, "que eran una porquería"; era un paciente coronario y murió; finalmente, se logró convencer al cura Arango, que era el director del hospital, de que "se estaba en capacidad de continuar con el programa". Se trabajaba en unas salas inadecuadas, con un calor insoportable, con una máquina de perfusión vieja, de tres o cinco años:

SU DEDICACIÓN A LA DOCENCIA

Y en un diciembre sucedió un hecho con el cual comenzaron a creer en nosotros. Uno de los curas de la compañía, muy importante, tenía una enfermedad coronaria y aceptó que lo operáramos, por lo menos en cuatro puentes. Llegaron hasta a desear que el padre muriera para que no nos funcionara el programa, pero salimos adelante y arrancó la cirugía cardiovascular.

Se llegaron a operar al menos tres casos semanales, más o menos 12 a 15 corazones en un mes, luego se consiguió una máquina nueva y el apoyo fue total: "El primer caso fue el *boom* grande en la Universidad Javeriana, salimos en *Hoy en la Javeriana*, un periodiquillo público de la universidad".

Al ingresar al Hospital San Ignacio en reemplazo del Dr. Jorge Colmenares Espinosa, quien había perecido trágicamente, el Dr. Mejía inició amplias reformas tanto en la docencia como en la práctica de la anestesia: en el pregrado incrementó la enseñanza a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, e implantó las rotaciones teórico-prácticas y seminarios para estudiantes con la supervisión de residentes y docentes del departamento. En el posgrado, con la ampliación de la residencia a tres años, incrementó el número de residentes a cinco por nivel y dio mayor importancia a las conferencias teóricas, con un aumento en las reuniones del departamento y participación activa de estudiantes, residentes y especialistas. También programó exámenes para los residentes en forma trimestral, y al final de la rotación tenían la obligación de presentar trabajos con fines de publicación. Impulsó la rotación por anestesia cardiovascular en la Clínica Shaio, la neuroanestesia en el Instituto Neurológico de Colombia y la anestesia pediátrica en el Hospital Infantil y el Hospital de la Misericordia. Por lo demás, se propuso hacer una renovación de instalaciones, equipos médicos y de monitoría en la sala del hospital.

Fue el Dr. Mejía un docente activo durante todo su ejercicio profesional, y toda su actividad de anestesiólogo estuvo ligada a la docencia. Una mirada a los cargos que desempeñó en su vida activa de anestesiólogo permite calificarlo como un docente de tiempo completo:

- Instructor de anestesiología, Universidad del Rosario, 1974-1977.
- Profesor asistente de anestesiología, Universidad Nueva Granada, 1978-1982.
- Profesor asistente de anestesiología, Universidad Javeriana, 1984-1990.
- Profesor asociado de anestesiología, Universidad Javeriana, 1990.
- Miembro del Comité de Educación Médica en Anestesiología ante ASCOFAME, 1992-1998.

Contribuyó eficazmente en mejorar la docencia y organizar los programas de posgrado durante su paso por los hospitales y en el Comité de Especialidades de ASCOFAME. Tuvo participación activa en la evaluación preoperatoria del paciente y el desarrollo de la anestesia cardiovascular, y fue conferencista en diferentes foros científicos de la Sociedad.

Durante su época activa de anestesiólogo y docente se preocupó por la publicación de artículos científicos sobre los temas de actualidad, convirtiéndose en un polifacético investigador que apoyaba a sus residentes en el trabajo de producción intelectual.

SU INTERÉS POR LAS PUBLICACIONES

En el San Ignacio permaneció 15 años: llegó en 1983 y se retiró en 1998; allí pudo cualificar muchos aspectos, y entre ellos, uno de los de mayor significación fueron las publicaciones, pues al revisar qué se había publicado en la RCA por parte de los doctores que trabajaban allí o de los residentes, no aparecía ni un solo tema a lo largo de 15 años. En 1991 inició labores la Clínica del Dolor bajo la dirección de la Dra. María Soledad Cepeda, Especialista en Dolor de la Universidad de Harvard y Doctora en Epidemiología de la Clínica de la Universidad de Pensilvania, quien comparte labores con el Dr. Hernando Álvarez y es miembro principal del comité de la *Revista Colombiana de Anestesiología.* "Fue una de las cosas a las que me dediqué, que empezáramos a publicar primero los especialistas y después los alumnos, y así se lograron publicaciones de alumnos brillantes. Cuando me retiré, las publicaciones ya se hacían en revistas internacionales. Creo que fue una labor muy buena".

Durante su época activa de anestesiólogo y docente se preocupó por la publicación de artículos científicos sobre los temas de actualidad, convirtiéndose en un polifacético investigador que apoyaba a sus residentes en el trabajo de producción intelectual. Tuvo en su carrera profesional un meritorio trabajo en las actividades docentes del pregrado y posgrado, y contribuyó con sus escritos a realzar la labor académica y las publicaciones sobre las labores realizadas en las salas de cirugía, mediante textos científicos en revistas nacionales y extranjeras y en diferentes libros:

- Posgrado en Anestesia. Un programa de tres años de residencia. Rev Col Anest. 1997;5:83-6.
- Anestesia para cirugía cardiaca. Rev Col Anest. 1983;11:75-114.
- Manejo anestésico del paciente con falla renal. Universitas Medica. 1985;27:75-96.

- Atar-Analgesia en goteo continuo. Rev Col Anest. 1986;14:133-9.

- Atenuación de la respuesta cardiovascular con fentanyl en entubación endotraqueal. Rev Col Anest. 1987;15:205-14.

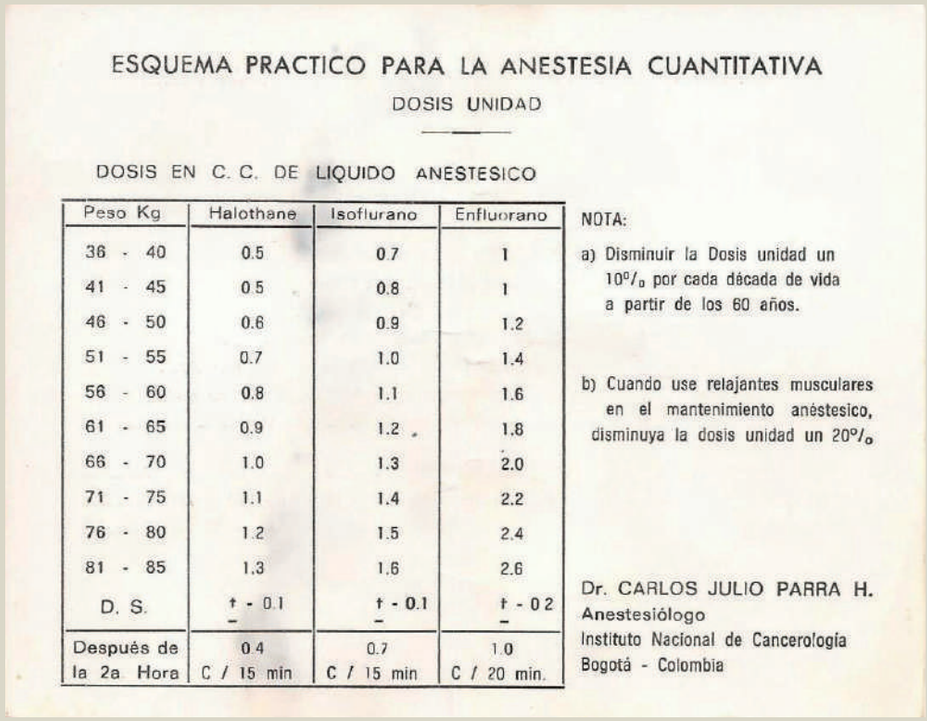
- Anestesia para paciente con enfermedad coronaria. Rev Col Anest. 1981;19:219-33.

- Manejo del dolor posoperatorio. Comparación entre mezclas de fentanyl versus fentanyl-bupibacaína en infusión peridural continua. Rev Col Anest. 1992;20:133-44.

- Estabilidad hemodinámica en el paciente sometido a By-pass Aorto-coronario. Rev Col Anest. 1993;21:281-8.

- Eficacia analgésica comparativa del tramadol intramuscular y bupibacaína epidural durante la fase de trabajo de parto. Revista Latinoamericana de Dolor. 1985;1:28-36.

- Anestesia para Cirugía de Columna Vertebral. Capítulo 14. En: Niño de Mejía MC, Ferrer LE, editores. Neuroanestesia, Enfoque Perioperatorio en el Paciente Neurológico. Bogotá: Editorial Distribuna; 2005. p. 301-25.



ESQUEMA PRACTICO PARA LA ANESTESIA CUANTITATIVA

DOSIS UNIDAD

DOSIS EN C. C. DE LIQUIDO ANESTESICO

Peso Kg	Halothane	Isoflurano	Enfluorano
36 - 40	0.5	0.7	1
41 - 45	0.5	0.8	1
46 - 50	0.6	0.9	1.2
51 - 55	0.7	1.0	1.4
56 - 60	0.8	1.1	1.6
61 - 65	0.9	1.2	1.8
66 - 70	1.0	1.3	2.0
71 - 75	1.1	1.4	2.2
76 - 80	1.2	1.5	2.4
81 - 85	1.3	1.6	2.6
D. S.	± - 0.1	± - 0.1	± - 0.2
Después de la 2a Hora	0.4 C / 15 min	0.7 C / 15 min	1.0 C / 20 min.

NOTA:

a) Disminuir la Dosis unidad un 10% por cada década de vida a partir de los 60 años.

b) Cuando use relajantes musculares en el mantenimiento anestesico, disminuya la dosis unidad un 20%

Dr. CARLOS JULIO PARRA H.
Anestesiólogo
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá - Colombia

Esquema práctico para la anestesia cuantitativa

SUS LOGROS PROFESIONALES

Se enorgullece el Dr. Mejía de haber formado especialistas en diferentes áreas de la anestesia, al buscarles cupos de trabajo en diversos centros de los Estados Unidos; entre ellos se destacan la Dra. María Soledad Cepeda de la Universidad de Harvard, el Dr. Eduardo Zárate en Dallas, Texas, el Dr. Carlos A. Botero en el *Mass General*, el Dr. Félix Montes en anestesia cardiovascular en Atlanta, el Dr. Juan Camilo Giraldo de la Fundación Cardioinfantil, o el Dr. Fritz Gempeler en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Universidad de Cambridge; algunos de ellos regresaron al hospital como docentes y después ingresaron a diversos centros universitarios especializados.

El Hospital Militar le otorgó en 1983 la distinción 'Medalla al Mérito Médico', siendo el primer anestesiólogo en recibirla. Durante su carrera académica tuvo el honor de firmar el diploma de especialistas a 90 residentes. Manifiesta gran satisfacción personal y profesional por el ejercicio brillante de la anestesiología, y reconoce la gran actividad científica y gremial de la Sociedad.

IGNACIO RUIZ MORENO

CONCEPCIÓN E IMPULSO DE LA LEY 6ª Y EL FEPASDE

Para escribir sobre el papel que ha cumplido el Dr. Ignacio Ruiz en el desarrollo de la anestesia en Colombia, hay que desligarse de los prejuicios positivos o negativos que pueda haber sobre él, y hacer un análisis juicioso y un reconocimiento amplio de cuáles han sido sus aportes. "Trabajé para desarrollar cosas, para impulsar cosas y no para controvertir. La gente no pudo entender cuál fue mi papel durante los 20 o 25 años que estuve en posiciones directivas de la Sociedad" (38).

Su peregrinar como médico y anestesiólogo por diferentes sociedades y asociaciones médicas, ya sea creando, liderando o cooperando en procesos de edificación y crecimiento de las organizaciones médicas, propendiendo por su fortalecimiento y consolidación u observando su letargia y desaparición, convierten al Dr. Ruiz en uno de los más ilustres anestesiólogos colombianos (39).

Nació en la ciudad de Barranquilla el 17 de diciembre de 1952. Su origen es nortesantandereano por parte de su padre (q. e. p. d.), quien fue comerciante, y antioqueño por parte de su madre, quien dedicó su vida laboral a la docencia. Cuando tenía 4 años se trasladaron a la ciudad de Barrancabermeja (Santander), donde permaneció el hogar por cerca de 55 años.

Realizó los estudios de primaria y bachillerato entre Barrancabermeja y Zapatoca (Santander) con comunidades religiosas, y recibió el título de bachiller en 1969. Por causa de su interés de servicio hacia las demás personas, escogió estudiar medicina, y en el contexto de la situación que se vivía en el país con el movimiento estudiantil y las huelgas en las universidades públicas, inició el pregrado en 1970 en la Universidad del Valle en Cali, donde terminó los estudios a principios de 1978.

La inclinación por la anestesiología y la reanimación nace de sus experiencias en el año rural y sus prácticas en Barrancabermeja en el Hospital Regional San Rafael. Se vinculó al programa académico de anestesiología de la Pontificia Universidad Javeriana en el Hospital de la Samaritana, donde terminó sus estudios a principios de 1981.



▲ Dr. Ignacio Ruiz Moreno

"Trabajé para desarrollar cosas, para impulsar cosas, y no para controvertir. La gente no pudo entender cuál fue mi papel durante los 20 o 25 años que estuve en posiciones directivas de la Sociedad".

SE VINCULA A LO GREMIAL

Mientras ejercía su profesión de anestesiólogo, incursionó en las acciones gremiales con participación activa en las directivas y tareas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología (SCA), Asociación Médica Sindical (ASMEDAS), Sociedad Colombiana de Anestesiología (S.C.A.R.E.), Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), Colegio Médico de Cirujanos (CMC), Colegio Médico Colombiano (CMC) y Asociación Nacional de Profesiones de la Salud (Assosalud), organizaciones médicas donde participó en juntas directivas y a las que representó en múltiples oportunidades (40).

En la década del 80 se presentaba un serio deterioro en el ejercicio profesional, derivado de los cambios que se sucedían en el ambiente laboral con las crisis de la red pública hospita-

Desde la Sociedad Cundinamarquesa y la Colombiana, lideró un grupo de profesionales para presentar una ley que regulara el ejercicio de la especialidad, lo que se logró concretar el 16 de enero de 1991 con la expedición de la Ley 6ª, que la rige en la actualidad.

laria, de las cajas de previsión a nivel nacional, departamental, municipal, y del Seguro Social, y con la incursión de la "medicina prepagada", lo que modificó las modalidades de contratación y reguló los ingresos a través del sistema de tarifas. Se incrementaba el número de demandas originadas en el ejercicio profesional, las cuales se reflejaron en el aumento de procesos éticos, disciplinarios, penales, civiles y administrativos. Ante esta realidad, el Dr. Ruiz propuso a las asociaciones científicas impulsar en el Congreso de la República una reforma a la Ley 14 de 1962, que reglamenta el ejercicio profesional médico. Ante la imposibilidad de poner de acuerdo a los diferentes sectores médicos para buscar "dinamizar y flexibilizar la norma", se centró posteriormente en crear un marco legal para el ejercicio de la anestesiología en Colombia y un fondo de protección para las posibles demandas que pudieran surgir del ejercicio profesional. Entre sus frustraciones estaba el hecho de no haber logrado un espacio legal como marco del ejercicio de la medicina y las especialidades médicas, lo que de seguro hubiera sido una gran herramienta para el fortalecimiento gremial y laboral de todo el cuerpo médico del país (40).

El Dr. Ruiz manifiesta su inconformidad ante la apatía de las asociaciones médicas y del cuerpo médico frente al movimiento de reforma de la Constitución de 1886, que dio origen a la Asamblea Constituyente de 1991. Un pequeño grupo de médicos que intervinieron en ese momento histórico lograron introducir un texto en el capítulo I sobre los "Derechos fundamentales", en el cual se abría la posibilidad de organizar los colegios profesionales que regularan el ejercicio; pero el Dr. Ruiz lamenta que solo 11 años después se iniciara el debate para su implementación, y que 23 años después de la expedición de la norma apenas se iniciara un tímido intento para su reglamentación (41).

Desde la Sociedad Cundinamarquesa inicialmente, y después desde la Sociedad Colombiana de Anestesiología, lideró un grupo de profesionales para presentar una ley que regulara el ejercicio de la especialidad, lo que se logró el 16 de enero de 1991 con la expedición de la Ley 6ª, que la rige en la actualidad. Por primera vez en Colombia se lograba la expedición de una ley específica que regía el ejercicio profesional de una especialidad. Estas acciones fueron impulsadas personalmente por él durante casi cuatro años en el Congreso de la República. Los esfuerzos por defenderla, mientras se implementaba exito-

samente y comenzaba a reflejarse en el ejercicio de la anestesia, debieron fortalecerse cuando, en 1994, dos demandas, una en agosto y otra en septiembre, intentaron destruirla y específicamente declararla inconstitucional. Una de las demandas estaba orientada contra la exigencia de título de anestesia para poder ejercer, y la otra, más amplia, rechazaba lo relacionado con tarifas y requisitos mínimos para aplicarla. Con el liderazgo del Dr. Ruiz, de las directivas de las sociedades y de abogados especializados, se abordó la defensa ante la Corte Constitucional. La posición planeada por la S.C.A.R.E. durante la audiencia pública, "defendiendo los derechos de nuestra nación para ejercer una medicina de primera línea, altamente calificada, en beneficio de nuestros pacientes", fue definitiva para la Sentencia 280 de junio de 1995, que resolvió declararla exequible con excepción de dos artículos (42).

Otro desarrollo importante de la Sociedad impulsado por el Dr. Ruiz fue el Fondo Solidario Para Demandas FEPASDE, el cual, con su iniciativa e investigaciones, y luego de infructuosos intentos de que otras organizaciones médicas como ASMEDAS y la Asociación de Sociedades Científicas se involucraran en el proyecto, puso a consideración de la S.C.A.R.E. en diferentes oportunidades; esta, luego de importantes trámites, consultas y modificaciones de la propuesta inicial, la aprobó en 1992 y la puso en funcionamiento en mayo de 1993. Se abría así una serie de servicios a la comunidad de la anestesia y a la comunidad médica en general, que últimamente se ha ampliado a los oficios de esta disciplina. "Al FEPASDE lo mira la gente como un negocio, y eso no es el FEPASDE, es un servicio que surgió de una necesidad y fue una solución para todo el gremio" (ver Capítulo V: Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas [FEPASDE].

Pensando en generar valor agregado a los miembros de la Sociedad y los afiliados al FEPASDE, se convocó a diferentes seccionales de la S.C.A.R.E. para constituir una organización que se encargara de desarrollar proyectos orientados a crear nuevos servicios y productos para sus miembros; así, en diciembre de 2002 se consolidó la Corporación de Servicios Integrales (CorpoSCARE), que buscaba la promoción, el apoyo y la protección de las actividades científicas, gremiales, sociales e institucionales adelantadas a través de ella. Dentro de este ámbito estatutario se consolidaron líneas de negocio que se ofrecían a los clientes y buscaban brindar servicios, fidelización de los afiliados y unidad gremial. En 1996 la S.C.A.R.E. realizó una importante reforma estatutaria, rediseñando su estructura organizacional en tres Unidades Estratégicas de Servicios (UES): la UES Científica Gremial, la UES de Publicaciones y la UES de FEPASDE, cada una presidida por un director ejecutivo. El Dr. Ruiz fue presidente del FEPASDE de 1993 a 1996, luego su director ejecutivo nacional, y en noviembre de 2006 fue elegido para el cargo de director ejecutivo del Grupo Corporativo S.C.A.R.E. (43).

Todos estos hechos ocurrían en un momento histórico para el desarrollo de la salud, con la Constitución de 1991 y la expedición de la Ley 100 de 1993. Se sumaba a ello la aparición de la Ley 6ª y del FEPASDE, y de ese modo, desde la S.C.A.R.E. se impactaba el ejercicio profesional de la salud, en espacios donde el Dr. Ignacio creó, impulsó y consolidó estas instituciones y organizaciones. Su labor no se desarrolló solo en las sociedades de anestesia, sino que se proyectó en otras organizaciones gremiales: lo llamaron de la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud (Assosalud), creada por ley, y una de sus últimas actuaciones en el Congreso de la República fue cuando trató de unir las 17 asociaciones de la salud en una sola organización. Lamentablemente esta posibilidad de asociación, contemplada en la ley, se dejó morir, pese a que tenía "todo el soporte legal y podría convertirse en la forma de interactuar del sector con el Gobierno".

Otro importante logro de la Sociedad impulsado por el Dr. Ruiz fue el FEPASDE, que puso a consideración de la S.C.A.R.E., y luego de trámites, consultas y modificaciones, se aprobó en 1992 y se puso en funcionamiento en mayo de 1993.

SU TRABAJO POR EL SECTOR

Luchó por la normatización de los Colegios de las Profesiones de la Salud desde 1991:

Fue un artículo que hicimos tres personas, pero el común de la gente no lo entendía. El colegio de las profesiones, no de los profesionales, quedó regulado por la ley. Unos no lo quería entender y a otros no les convenía entenderlo, porque creían que le quitaba poder a las asociaciones, pero eso no tenía nada que ver. Si se quiere crear el Colegio de Profesiones del Valle, eso no se puede hacer, tiene que crearse el colegio de tal o cual profesión, que tendrá la responsabilidad de regular el ejercicio de esa profesión, imponer sanciones, resolver problemas, entregar tarjetas profesionales. Infortunadamente se ha perdido esa oportunidad para cada profesión, y la de asociarse en colegios para defender la salud como un todo.

Trabajó en el tema de la recertificación, "pues a uno lo certifica la universidad, pero lo recertifican los colegios". Trabajaba calladamente para beneficiar el ejercicio profesional en el país, para fortalecerlo, y en ese proceso pudo construir muchas cosas; pero no estuvo solo, "siempre hay personas que ayudan y en este caso fueron parlamentarios". Pero había muchos intereses: ASMEDAS, la academia, la Federación Médica, etc., las cuales no querían perder el poder. "Había que dejar leyes para que lo que se hiciera fuera jurídicamente válido, porque si no, se diluía. Las herramientas están, son Ley de la República, en contravía de muchas personas". Esto, al igual que la Ley 6ª, se aprobó con la ayuda de los parlamentarlos médicos o del sector de la salud, y se trabajó con una visión amplia que cubriera todo el sector.

SU RETIRO

En cuanto a su retiro, el Dr. Ruiz afirma:

Me retiré de todo. Era el presidente del Colegio Médico, vicepresidente de Assosalud, director ejecutivo de la S.C.A.R.E., director del proyecto Multipro para la creación de una EPS. Un desastre, me amenazaron de muerte porque creían que era un negociado gigantesco, amenazaron a mis hijos, me llamaban unos paramilitares de la cárcel de Soledad, Atlántico, para que me retirara de ese proyecto "si apreciaba la vida de los hijos". Tomé la decisión de retirarme. Cuando salí, no tenía ni un solo trabajo, me fui para la casa sin empleo, sin un solo peso, y duré un mes replanteando las cosas. Mi última etapa en la Sociedad fue muy dura, no me reconocieron lo que había hecho, me insultaron, me maltrataron, me trataron de ladrón, que yo me robaba las cosas, y

cuando le tocan a uno la dignidad, el tema se torna muy complejo (38).

La gente se equivocaba en sus apreciaciones: él no jugaba a intereses particulares, a intereses de grupos; lo llamaban de un lado y de otro, "que hiciera tal o cual negocio, tal o cual proyecto", y nunca se quiso parcializar hacia uno u otro lado, lo cual lo llevó a que, al final, todo el mundo lo dejara solo:

Personas a las que yo les tendí la mano en su momento, me dejaron solo, y no solo eso, sino que me criticaron y se pusieron en contra mía. Me traicionaron y me desprestigiaron. Afortunadamente yo no vivo de esos momentos agrios que tiene la vida, mi mundo es diferente, siempre busco caminos claros. Cuando me comenzaron a llover los rechazos en la Sociedad, terminé confrontando a las personas, porque después de tantas cosas ya no me importaban, y decidí no quedarme callado. Vino el periodo de desmontar lo que se había hecho, porque había personas muy hábiles en desmontarlas, con funcionarios de la organización que trataban de hacer que las cosas se vieran mal. Todo tiene una razón de ser, por algo se hacen las cosas, conocer el pensamiento de quien tiene una idea es muy importante, qué lo motivó, qué lo llevo a proponerla.

Había trabajado en el Seguro Social durante 23 años, y cuando cumplió los 55 años salió su jubilación: "Les dije a mis hijos: 'tengo unos pesos como para dos meses, vamos a vivir con eso mientras yo reorganizo mi vida'; estuve vacante seis meses, me llegó la jubilación y vino una base para sobrevivir".

En los últimos siete años, luego de la crisis que lo llevó a salir de las directivas de la S.C.A.R.E. y de su renuncia a continuar cualquier vínculo con situaciones pasadas, se ha dedicado a la anestesia particular:

Gentes que yo no sabía que me querían y me apreciaban muchísimo, me dieron la mano, me llamaron, me abrieron las puertas, particularmente cirujanos plásticos que no sabía que me estimaban, me han ayudado muchísimo. Todo esto me ha abierto un espacio de tranquilidad, y este mundo es intocable.

No quiere volver a la Sociedad de Anestesiología a posiciones de mando, porque en su opinión la Sociedad se volvió muy compleja, hay variados intereses de muchos grupos y personas:

Uno construye las cosas y la gente comienza a mirarlas diferente, y vienen las ansias de poder y de querer mandar. En mi conciencia no cabía la idea de quitarle siquiera un centavo a la Sociedad, y creo que le dedique mucho tiempo.

Mi profundo respeto por la Sociedad; para mí la Sociedad es sagrada, debajo están las personas y allí pongo mis razones para estar o no estar, porque uno tiene que estar donde lo quieren, lo aprecian, lo estiman.

Vivió, promovió proyectos, los concretó, fue parte fundamental de un periodo de la Sociedad muy importante, de gran crecimiento y muy controversial desarrollo. Por todos esos aspectos del devenir de la Sociedad, el Dr. Ruiz debe considerarse un personaje muy importante, un ilustre de la historia de la anestesia en Colombia.

ÉDGAR CELIS RODRÍGUEZ

MÉDICO ANESTESIÓLOGO LÍDER DEL CUIDADO INTENSIVO EN COLOMBIA

El Dr. Édgar Celis es natural de Neiva, obtuvo su grado de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia e hizo el internado rotatorio en el Hospital Ernesto Moncaleano Perdomo, de Neiva.

¿POR QUÉ LA ANESTESIA?

Al terminar Medicina en la Universidad Nacional, había dos grupos muy definidos: unos querían hacer medicina interna y los otros cirugía, y muy pocos querían dedicarse a las otras especialidades, como ortopedia, anestesia, etc. Él estaba en el grupo de cirugía general, y eso era realmente lo que quería hacer, así que se presentó a un proceso de selección en el cual le fue muy bien, pero al momento de la elección no lo escogieron (44).

Se fue a trabajar a Garzón, Huila, en 1975, como médico general; allí conoció al Dr. Jorge Colmenares, quien le ofreció la posibilidad de ayudarle para que hiciera anestesia. Le presentaron al Dr. Ángel Cruz, quien dirigía el programa de la Samaritana adscrito a la Universidad Javeriana. Era un programa de dos años, pero al avanzar el segundo año hubo la posibilidad de hacer un año más, al ampliarse el programa a tres años. Tomó esta opción, pero con énfasis en la Unidad de Cuidado Intensivo. Así completo dos años y medio de anestesia y uno y medio de medicina crítica.

En esa época el cuidado intensivo era muy básico; la Samaritana tenía seis camas con ventiladores Mark 7 y Mark 14 que se manejaban con cilindros de oxígeno, y había unos tres monitores que lo único que tenían era visoscopio. La monitorización hemodinámica no existía; unos monitores podían medir presión invasiva, pero aún no había catéteres plásticos, no se podía tomar líneas arteriales, porque las agujas eran de metal, y no se podía hacer cateterización arterial permanente. Los gases se tomaban en punción única con aguja metálica; había una maquinita de gases arteriales de las norteamericanas, que había que calibrar cada vez que se tomaba una muestra para analizarla. El monitoreo se hacía con tensiómetros aneroides y control de líquidos. Presión venosa central no se tenía, porque aún no había catéteres venosos centrales de inserción, y quizá lo único que se ponía de vez en cuando eran líneas venosas con equipos de venoclisis, lo que se infectaba, y "causaban unas flebitis terribles"; pero eso era lo que había en la época. Los pacientes se sedaban con morfina y diazepam, y como relajante muscular se empleaba el tucurín.



▲ Dr. Édgar Celis Rodríguez

En su entrenamiento en anestesia pasaba mucho tiempo con el Dr. Eduardo García en cuidado intensivo, "y así nació mi inclinación […] desde ese tiempo he estado involucrado en el desarrollo de la especialidad".

ACTIVIDAD LABORAL

En el año 1981 se trasladó a la Caja Nacional, donde trabajaba el Dr. Alonso Gómez con su grupo de cuidado intensivo. Para la época funcionaban en Bogotá las unidades del San Juan de Dios, de la Samaritana, de la Shaio y del hospital Militar, y comenzaba su actividad una pequeña unidad respiratoria en la Clínica Marly.

El gerente de la Caja Nacional aceptó la renuncia del equipo anterior y nombró al Dr. Eduardo García como nuevo jefe. "Llegamos nosotros a trabajar; en las mañanas estaba el Dr. Víctor Manuel Caicedo, que acababa de llegar de México, del Instituto Nacional de México, de hacer cardiología, y hacía cateterismo cardiaco con electrofisiología cardiaca; nos había contactado porque en México le dijeron que hablara con Eduardo García".

SU INCLINACIÓN POR EL CUIDADO INTENSIVO

Desde su paso por la residencia de anestesia se inclinó por el cuidado intensivo, por la circunstancia especial de que el Dr. Eduardo García era el jefe y "[…] todos sabemos cuánto representaba el Dr. García en la anestesia y el cuidado intensivo del país". En el entrenamiento en anestesia se pasaba mucho tiempo con el Dr. García, "y así nació mi inclinación […] desde ese tiempo he estado involucrado en el desarrollo de la especialidad". Poco después se fue a Estados Unidos a un *Fellow* de cuidado intensivo en Nueva York, con el Dr. Christopher Bryan Brown en el Hospital Montefiori (45).

Su certificación como especialista en esta rama de la medicina se completó en agosto de 2005, en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), en un programa especial diseñado por el Ministerio de Salud para las personas que no se habían certificado, por no existir posgrados en su momento. Varias instituciones organizaron el programa: la primera fue la Fundación Valle del Lili, y la siguieron Popayán, Antioquia, y en Bogotá la Universidad de la Sabana, en la Clínica Shaio. Después se diseñaron los programas formales de especialización, que han aumentado de manera importante.

SU VIDA ACADÉMICA

Desde que terminó la residencia lo nombraron instructor de anestesia en la Samaritana, con la Universidad Javeriana, y cuando pasó a la Caja Nacional a trabajar en la UCI, también fue nombrado instructor, hasta 1984, cuando el Dr. García lo llamó para trabajar en la Fundación Santa Fe de Bogotá como especialista de anestesia y cuidado intensivo, con funciones docentes en un programa estructurado con la Universidad del Rosario.

Actualmente dirige el departamento de medicina crítica, que incluye las unidades médicas y quirúrgicas desde hace diez años, y es profesor en los programas docentes de la Universidad El Bosque y la Universidad del Rosario. Durante su presidencia de la Sociedad, la anestesiología logró obtener la calidad de especialidad primaria en el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, con un tiempo de duración de cuatro años para médicos generales y dos años para especialistas; de ese modo, graduó en el país a seis promociones en grupos de a siete por año.

Una fortaleza de este programa han sido las publicaciones. Ha habido un empeño en publicar en revistas indexadas de anestesia y de cuidado crítico, y algunos de los escritos más importantes hacen referencia al "Primer consenso de sedación, analgesia y delirio en la UCI" del año 2005, publicado en la *Revista de Medicina Crítica* y *Cuidado Intensivo* de la Sociedad Española. Esta es una publicación muy importante, al haberse convertido en un referente sobre este tema para los médicos de América Latina, por tener un marco de enseñanza de "cómo hacerlo mejor". A los cinco años se publicó una revisión en la misma revista, y en otra se publicó en inglés. Hace tres años fue el artículo más leído en Pubmed, algo muy importante para su currículo y para el de quienes trabajaron en el consenso. Por otra parte, un buen número de publicaciones se han hecho con trabajos de los residentes en asocio con los docentes, en diferentes revistas indexadas y no indexadas de la especialidad.

LA ASOCIACIÓN DE MEDICINA CRÍTICA Y LA ESPECIALIDAD

Fue miembro fundador y presidente de la Asociación de Medicina Crítica, la primera que apareció en el país, donde fueron presidentes los Dres. Eduardo García, Alonso Gómez, Juan Martín González, entre otros. Bajo su dirección se consiguieron logros importantes para la especialidad; entre ellos, quizá lo más significativo es que consiguió ser una especialidad primaria no dependiente de otras, y que se aprobaron los *Fellows* de algunos grupos docentes de forma independiente, lográndose así una mejoría significativa en su desarrollo.

No todas las UCI tenían personal formado; la mayoría de los que trabajaban en ellas eran especialistas de medicina interna o anestesia, y médicos generales "formados en servicio". Hoy hay siete programas aprobados que forman a unos 25 intensivistas anuales. Sin embargo, las necesidades para todo tipo de unidades de cuidado crítico, cardiovascular, médico, quirúrgico, pediátrico y neonatal, pueden ser de unos 1 000 especialistas, lo que significa que se está muy lejos de una cobertura profesional significativa.

LA INTEGRACIÓN DE ANESTESIA Y CUIDADO INTENSIVO

El cuidado intensivo surgió de la mano de la anestesia; son dos especialidades hermanas, complementarias:

Como sociedades nos hemos separado, pero somos sociedades hermanas, muy afines y complementarias en el ejercicio del día a día. Nos entendemos, somos partícipes de los programas, porque se parecen y tienen como fin primario que los pacientes bajo anestesia o con patologías críticas reciban una atención adecuada.

El paciente de anestesia necesita en muchas ocasiones ser atendido en la Unidad de Cuidado Crítico para el posoperatorio, y muchos pacientes de la unidad necesitan un servicio de anestesia óptimo para su atención.

El Dr. Celis logró una interacción completa en el ejercicio de las dos especialidades. Considera la anestesia una especialidad básica para la salud pública, muy completa para el conocimiento médico, así como un complemento para la medicina crítica: "Son el súmum de las especialidades en las cuales tenemos que tratar pacientes que, de otra manera, muy posiblemente fallecerían".

Luego de la Ley 100 de 1993 comenzó a crecer el cuidado intensivo en el país, pero en forma desordenada, porque los hospitales, para poder tener pacientes de alto costo, debían tener cuidado intensivo, así que empezaron a abrirse unidades por todo el país, con las pocas personas que habían hecho algo de cuidado intensivo y muchos médicos generales.

En el estudio que hicimos en la Asociación Colombiana de Medicina Crítica en 1997, el 60 % o 70 % de los médicos que trabajaban en cuidado intensivo eran médicos generales. Eran "intensivistas" sin título, pero formados en la disciplina, a los cuales había educado Alonso Gómez en el San Juan y la Caja Nacional, y Eduardo García en la Samaritana, en Cajanal y en la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Otros especialistas en cuidado crítico venían de fuera del país, de México, Uruguay o Argentina, y trabajaban en Medellín y la Costa Atlántica. Se trataba de formaciones de muy diferente categoría y tiempo, y algunos fueron certificados por ASCOFAME.

PRIMER CONGRESO Y PROYECCIÓN DE LA ESPECIALIDAD

El Dr. Juan Martín González ya era miembro de la Asociación Americana de Medicina Crítica; se fue a Estados Unidos y contrató a un grupo de especialistas para que vinieran al congreso de una sociedad que estaba naciendo y que no tenía dinero:

Y la verdad es que invitó a gente de lujo. En el preámbulo de ese congreso comenzamos a contactar a las empresas de medicina y los laboratorios, y con dificultad lo hacíamos, pues estábamos hablando de una sociedad que no conocía nadie. Hasta que un día llegó Juan Martín con la información de que había solucionado el problema.

Había tenido una conversación con el ministro Alonso Gómez, miembro de la Sociedad, quien le ofreció la financiación del congreso, pero lo condicionaba a la elaboración de unas guías cuyos recursos pagaría el Seguro Social, y a que el encabezamiento del congreso debía decir "I Congreso Colombiano de Medicina Crítica Ernesto Samper Pizano y Seguro Social". Bajo estas condiciones les daba 500 millones de pesos. Por esos

PROGRAMAS UNIVERSITARIOS

días, el Dr. Gómez había atendido exitosamente a Ernesto Samper después de un atentado. La posición de rechazo fue unánime y las principales razones para ello fueron: que se estaba iniciando una sociedad científica y no debía estar contaminada con política, mucho menos con un presidente que en ese momento estaba en entredicho y cuestionado por problemas serios. El Dr. Juan Martín no sabía qué hacer, y el Dr. Celis le dijo: "Llame a varias personas de la Sociedad, cuénteles la propuesta, y si todo el mundo está de acuerdo, lo hacemos, pero yo me retiro de la Sociedad". En la siguiente reunión se informó del rechazo unánime, y el Dr. González tuvo que conversar con su profesor, el Dr. Alonso, para decirle que no se había aceptado la propuesta, lo que lógicamente no le gustó al ministro, y desde ese momento nunca regresó a la Sociedad.

Se hizo el congreso y nos fue de maravilla. El evento costó 80 millones cuando se había pensado en uno de 13 millones. Con el resultado económico positivo se le pagó a la Cundinamarquesa lo que se le debía por habernos alojado en sus oficinas, se organizó una oficina propia y seguimos avanzando en el desarrollo y consolidación de la Sociedad. Se hicieron dos congresos más, fui su presidente y la Sociedad creció y agrupó a la mayoría de los profesionales que se dedicaban al cuidado intensivo.

Había un nuevo reto. El cuidado intensivo no tenía figuración académica, porque las personas que trabajan en las unidades venían de anestesia, de cirugía o de medicina interna. Se hizo la solicitud al Ministerio y a ASCOFAME para que el cuidado intensivo se convirtiera en una especialidad médica, lo que se logró en 2002. Aprobado el reconocimiento, se empezó a incentivar a las universidades para que abrieran programas de medicina crítica que no existían. El primero que se autorizó fue el de la Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca, programa que nunca funcionó por causa de los diferentes problemas que se vivían en el país. Se abrió un segundo curso de medicina crítica en el Valle del Lili, con el auspicio de la Universidad del Valle. Lo que se hacía en la Fundación Santa Fe era un programa de formación en servicio, pero no una residencia; era el programa de anestesia con énfasis en cuidado intensivo de un año, lo mismo que se hacía en el San Juan de Dios, de lo cual no se otorgaba título universitario. Así, siguieron los programas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUC) en el Hospital San José, uno en Medellín en la Universidad Bolivariana, y después el de la Universidad de Antioquia. En el Hospital San Ignacio de la Universidad Javeriana, el Dr. Darío Maldonado y el Dr. Jorge Colmenares fundaron una unidad "bastante" médica, en cuyo manejo solo participaban internistas; y se fundó otra en la Universidad de la Sabana con el Dr. Moncayo. "A nosotros nos aprobaron el programa con la Universidad del Rosario después de ocho años de trabajarlo".

La importancia de estos programas consistía en la posibilidad de dar el aval académico a los intensivistas en ejercicio, de modo similar a lo que se hizo con la anestesia en su época. Este proyecto funcionó deficientemente, porque las universidades son reticentes a dar certificados a quienes no han cursado los programas "completos" en ellas, o a quienes no paguen algo por ese servicio. Finalmente se aceptó hacer unos cursos y certificar a quienes trabajaran en las UCI y a quienes hicieran el curso.

De acuerdo con nuestros cálculos, hay unos 80 médicos intensivistas certificados; aún persisten un 40 % de médicos generales trabajando en las unidades del país, y ello no se corregirá fácilmente mientras no haya más programas, lo cual ocurre a pesar de que el país es insuficiente en estas unidades. Lo ideal es que la proporción aceptada UCI / camas de tercer nivel sea de entre el 10 % y el 15 %, pero solo tenemos del 5 % al 8 %, por lo cual se necesitaría más o menos 600 intensivistas. Por ello, el país está lejos de que las UCI estén manejadas por intensivistas graduados y certificados.

"Como sociedades nos hemos separado, pero somos entidades hermanas, muy afines y complementarias, nos entendemos y tenemos como fin primario que los pacientes con patologías críticas reciban una atención adecuada".

ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y PUBLICACIONES

Las publicaciones son una parte destacada de la actividad profesional del Dr. Celis. Se ha empeñado en elaborar trabajos para revistas indexadas de anestesia y cuidado critico, entre las cuales, en primera instancia, debe mencionarse el ya citado artículo sobre el consenso de sedación, analgesia y cuidado intensivo de 2005, que le deparó gran relevancia, así como al grupo que trabajó en él.

También es coautor de libros de objetivos pedagógicos, entre ellos: *Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda, Ventilación mecánica: Aspectos Básicos y Avanzados, Lecturas selectas en Anestesiología y Medicina Crítica*, en colaboración con los docentes del Hospital Universitario de la FSB, y *Sedación y analgesia en paciente politraumatizado, cuidado intensivo y trauma*.

Ha sido organizador y conferencista de numerosos eventos científicos relacionados con diversas aéreas de la medicina crítica en congresos y eventos internacionales, con especial énfasis en ventilación mecánica, monitoría avanzada, organización de unidades intensivas y manejo de eventos críticos. Igualmente ha publicado trabajos de investigación, artículos de revisión y casos clínicos en la *Revista Colombiana de Anestesiología, Critical Care Medicine, Revista Mexicana de Anestesiología, Critical Care Clinics*, entre otros.

UN HOMBRE FELIZ

Por último, en cuanto a su familia, el Dr. Celis señala:

Tengo una familia linda. 44 años casado con una abogada, con tres hijos y un sobrino a los que hemos educado. Todos profesionales, una hija casada con un anestesiólogo intensivista y con dos niñas, un hijo intensivista pero dedicado al manejo del dolor, y una odontóloga. Soy un hombre feliz, hago lo que hay que hacer, un poco psicorrígido en el manejo de los pacientes sin ser dictador, pero por el bien de ellos, y creo que mis alumnos me aprecian a pesar de ello.

LUZ HIDELA PATIÑO SÁNCHEZ

Asegura la Dra. Patiño: "Toda especialidad exige conocimiento, sacrificio, ejercicio con mucho amor, pasión y entrega, y altísimas dosis de paciencia, tolerancia y humanismo".

LA ANESTESIA PEDIÁTRICA Y EL CONTROL DEL DOLOR

Bogotana de nacimiento, cursó los estudios de bachillerato en el Colegio El Carmelo y la carrera de Medicina en la Pontificia Universidad Javeriana. Inició la residencia de anestesia en esta universidad, con el profesor Jorge Colmenares, quien "me dio la oportunidad y el placer de compartir con él, como residente y también como amiga, hasta el momento de su fallecimiento". Quería ser internista, pero al ver los desarrollos del momento, la especialidad que más se acercaba al concepto de medicina clínica era la anestesiología (46).

Terminó la especialidad y llegó a trabajar al Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia, con el profesor Octavio Baquero, a quien le manifestó el primer día: "Necesito que me enseñe anestesia pediátrica, tengo los conocimientos básicos, pero muy poca o ninguna experiencia. Le propongo que comencemos de cero, tráteme por favor como a una residente".

En algún momento de todo este proceso decidió que quería formalizarse como anestesióloga pediátrica, y decidió viajar a Estados Unidos, a la ciudad de Detroit, al *Children's Hospital*. Inicialmente la idea era hacer anestesia cardiovascular, y estuvo dedicada a ella un tiempo, pero al final terminó haciendo anestesia pediátrica. Su última rotación fue en el *Sick Children's Hospital* de Toronto: "Allí le dicen cariñosamente 'el hospital de los niños enfermitos'. Tuve la oportunidad de estar con Gerald Lerman, uno de los grandes anestesiólogos pediátricos que hay en el mundo, y gran investigador".

A su regreso al país fue a trabajar inicialmente a la Fundación Cardioinfantil, y luego regresó al Hospital Pediátrico de la Misericordia, donde,



Dra. Luz Hidela Patiño Sánchez

"Muchas inquietudes me rondaban la cabeza: los niños gritando de dolor en la sala de recuperación, que los controlaran con un 'póngale tal cosa', pero sin una atención integral y dirigida al tipo de dolor que el niño padecía".

con el Dr. Baquero, comenzaron a hacer investigaciones sobre temperatura, sistemas y circuitos, y a escribir juntos sobre estos temas.

Había gran cantidad de inquietudes que me rondaban en la cabeza, como por ejemplo los niños gritando de dolor en la sala de recuperación, y oía que los controlaban con un "póngale tal cosa", pero sin una atención integral y dirigida al tipo o tipos de dolor que el niño padecía a consecuencia de la patología o patologías que le habían generado la intervención quirúrgica.

Se dedicó a buscar cursos por fuera del país sobre manejo del dolor en niños, pues en Colombia no había nada en ese campo, y se fue al *Danbury Hospital*, cerca de Nueva York, y a Harvard, en Boston, con el Dr. Charles Berde. Poco a poco fue haciendo contactos y tomando cursos cortos. Asistió también al Hospital del Niño en Amsterdam.

Al regresar, motivó al profesor Baquero, quien muchos años antes había sido pionero en las técnicas regionales en niños, principalmente en anestesia epidural caudal, para que rescataran el uso de dicha técnica:

Jamás la había empleado, y arreglé los insumos para hacerla, pero el profesor Baquero me respondía: "Un día de estos la hacemos". Después de mucho tiempo llegó el día, y teniendo las bases teóricas y habiendo visto la técnica en Harvard con el equipo de anestesiólogos comandados por Charles Berde, se decidió practicarla en un prematuro cuya patología era una atresia del píloro, y funcionó espectacularmente, el resultado para mí fue casi mágico.

De ahí en adelante comenzaron las observaciones clínicas de los resultados en la sala quirúrgica y la sala de recuperación, para poder constatar los enormes beneficios en el posoperatorio. Después de eso se dedicó a realizar investigación con los pocos recursos que tenía, y a publicar sobre dicha técnica.

Se concentró en adquirir experiencia, enseñar, leer sobre nuevas técnicas de bloqueos periféricos y su aplicación, mejorar las ya desarrolladas, observar cómo mejorar los procedimientos para disminuir los tiempos de realización de cada técnica, enseñar a los residentes de la Universidad Nacional, del Hospital de la Samaritana y de la Javeriana, quienes, en aquella época, rotaban por el Hospital de la Misericordia.

APRENDIENDO Y ENSEÑANDO POR Y PARA LATINOAMÉRICA

Se dedicó a enseñar en diferentes países de Centro y Suramérica y para la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Viajó a San José de Costa Rica, al Centro Nacional de Manejo del Dolor, dependiente del Hospital General Calderón Guardia, a entrenarse con el Dr. Isaías Salas, jefe del servicio de dolor, "un hombre absolutamente extraordinario en el manejo del dolor, ciento por ciento científico en la práctica de la medicina basada en la evidencia. Nos complementamos muy bien, me enseñó muchísimo". Allá reafirmó todo el conocimiento sobre el dolor agudo y el crónico de origen benigno y maligno, aprendió sobre tratamientos de patologías que podían producir los tres tipos de dolor, enseñó y viajó por el país dictando conferencias. Naturalmente, amplió el aprendizaje en el conocimiento del dolor en el adulto y aprendió el manejo del dolor de los pacientes de cuidados paliativos domiciliarios. "Me sentí fortalecida con estos conocimientos y al terminar regresé al país".

La jefe del servicio de anestesiología del Hospital J. M. de los Ríos, en Caracas, la contrató por un año (terminó quedándose cuatro años) como profesora internacional invitada, y allí fundó la primera Unidad de Tratamiento de Dolor en Niños. Al finalizar su labor, fue invitada al Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, donde organizó el primer Centro Multidisciplinario para Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos en Niños. Allí trabajó durante otros cuatro años. Viajó por Venezuela dictando conferencias, talleres y cursos de entrenamiento en dolor: "En los últimos años, en los plegables donde anunciaban mis conferencias, me colocaban como venezolana".

Decidió irse a vivir a Canadá por circunstancias personales y allí se dedicó al entrenamiento en medicina clínica. Por la misma época la nombraron *Chairman* del Comité Pediátrico de la Federación Mundial de Anestesia, cargo así primera vez ocupado por un profesional colombiano y por una mujer. Desde allí desempeñó una labor importante tanto para el país como para Centroamérica y Latinoamérica.

A su regreso inició un diplomado de dos años en Medicina Tradicional China. Retornó a Montreal y realizó estudios de intervención en duelo y risoterapia. En la actualidad realiza estudios en el *Collège des Médecines Douces du Québec* como alumna internacional. De dichos estudios ya recibió el título de *Conseillére de la Santé* (Consejera en Salud).

POR EL PAÍS, MANEJANDO EL DOLOR

Creó en San José de Cúcuta, Norte de Santander, el Centro Multidisciplinario de Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Erasmo Meoz, y orientó todo sus conocimientos a tratar el dolor de distintos orígenes: agudo, crónico de origen maligno y benigno en niños y adultos; infortunadamente, al terminar su labor, dicho centro dejó de funcionar. Uno de los logros de ese periodo fue la atención del dolor con enfoque de equipo, con el concepto de abordaje interdisciplinario, teniendo en cuenta el tratamiento preventivo, y cuando era posible, el manejo terapéutico, profiláctico y psicoterapéutico. Fue invitada a Armenia a dedicarse a la atención de pacientes de todas las edades para el tratamiento del dolor, y allí permaneció dos años.

EL PERIODISMO Y LA PUBLICACIÓN DE LIBROS

Su padre de crianza, Omar Morales Benítez, le preguntó un día por qué no escribía:

"Te has criado y levantado en medio de intelectuales, por qué no te provoca escribir"; veía en ese momento que mi padre escribía sobre un tema para una revista, y le dije: "No puedo sentarme de un día para otro a escribir"; "¿Y lo has intentando?", preguntó. Desde ese momento quedé con la inquietud, busqué una persona muy amiga en la Universidad Javeriana, el Padre Álvaro Gonzáles, que en aquella época era Secretario de la Universidad y había sido mi director espiritual, y le manifesté: "Álvaro, tengo una inquietud, me gustaría escribir".

Inició entonces un año de estudios en el llamado Énfasis en Periodismo de la Universidad Javeriana, con el objetivo de aprender a escribir. Al terminar, en la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación la nombraron jefe de redacción y publicidad de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, cargo que entonces fue creado y donde comenzó con mucho entusiasmo. Fue la primera mujer que en la historia de la *Revista Colombiana de Anestesiología* ha ocupado el cargo de editora, el cual desempeñó durante cinco años; durante ese tiempo introdujo muchas innovaciones tanto en diseño como en diagramación, y en el concepto de alcanzar una mayor internacionalización. Al mismo tiempo continuaba en sus labores asistenciales y académicas en anestesia pediátrica e inició labores en la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, como líder de los grupos de interés en dolor en niños. En esta entidad ocupó otros cargos, como el de secretaria e invitada internacional para la edición de la revista de dolor.

El primer libro que publicó fue *Conceptos básicos en anestesiología pediátrica*, escrito en compañía de Jairo Muñoz:

Buscamos desentrañar las bases fisiopatológicas de las enfermedades que teníamos que enfrentar en el día a día, y cuando prácticamente lo habíamos finalizado, nos informaron de la editorial que se había borrado por accidente toda la información. Pensamos si desistíamos, pero finalmente decidimos reescribirlo. A los tres años sentí una gran satisfacción: al ser invitada como conferencista en uno de los países centroamericanos, encuentro que el libro de texto en ese país, en anestesia pediátrica, era el nuestro.

PROFUNDIZANDO EN LA ANESTESIA REGIONAL

Se dedicó al estudio de las anestesias conductivas y los bloqueos periféricos en la población pediátrica, y redactó un "librito" llamado *Conceptos básicos en anestesia regional en pediátrica.* Publicó también una colección de quince folletos ilustrados sobre el tema de los bloqueos periféricos:

Cuando los edité me parecieron muy feítos, y comencé a sacarlos a color, con buenas fotografías, con dibujos más elaborados. En algunas técnicas hice modificaciones a través de la experiencia; un ejemplo de ello fue el bloqueo ilioinguinal e iliohipogástrico: recuerdo que en la Misericordia se colocaba el volumen de acuerdo a la

"¿Le duele al feto?". A partir de esta inquietud empezó a estudiar el concepto para concluir que las evidencias científicas demuestran que, a partir de la semana 26 de gestación, hay sensación dolorosa.

técnica, y comencé a tener problemas con uno de los cirujanos que argumentaba que eso le distorsionaba la anatomía local; entonces decidí hacer una serie de modificaciones en el manejo de los volúmenes, propuse la "técnica de dispersión" y se acabó el conflicto.

En el libro *Anestesia epidural en niños: Conceptos básicos*, se describen todos los aspectos que deben tenerse en cuenta en las diferentes edades, "porque es muy diferente el manejo de la técnica en un niño de tres meses, en uno de un año o en un adulto". Y también se hace un reconocimiento a todas las personas que han desarrollado este campo. "En ese entonces también entendí la enorme importancia de dedicarme a la enseñanza de la humanización del concepto del dolor a nivel pediátrico y del adulto, labor que continúo hasta el momento".

Por la misma época inició otro proyecto, la enseñanza a través de la multimedia, tanto en anestesia regional como en temas específicos de la anestesia pediátrica, y los presentó en CD entregados en sus conferencias.

¿LE DUELE AL FETO?

Al manejar el problema del dolor pediátrico, el Dr. Germán Ochoa, ortopedista líder del manejo del dolor en Colombia (q. e. p. d.), le hizo la pregunta: ¿le duele al feto?

A partir de esta inquietud comenzó a estudiar el concepto desde esa época, para llegar a la conclusión de que las evidencias científicas demuestran que, a partir de la semana 26 de la gestación, hay sensación dolorosa. Decidió escribir el libro *Manejo del dolor en el niño: Conceptos básicos*, donde analiza el desarrollo de las vías del dolor desde la concepción, la anatomía y la biología del dolor, los conceptos de las diferentes terapias farmacológicas y no farmacológicas, los medicamentos coadyuvantes, casos clínicos, y presenta algunas investigaciones y protocolos, además de examinar las terapias intervencionistas. El capítulo "Analgesia multimodal preventiva" era totalmente novedoso para la época. "Es un libro bastante amplio; allí traté de cubrir los tópicos más importantes de las dificultades […] y las precauciones en el manejo del dolor en la población pediátrica, en sus diferentes edades".

TRATANDO LOS NIÑOS CON CÁNCER O AMPUTADOS

Estableció para los niños lo que llamó 'Consulta de analgesia preventiva': se inicia la analgesia 48 horas antes, en especial en el niño que va a ser amputado, se usa un protocolo específico, cinco días antes se inicia la preparación psicológica y psiquiátrica y la intervención de trabajo social, no solo para el niño sino también para la familia y su entorno social; en el posoperatorio y hasta los seis meses y más, se recibe el apoyo de un equipo multi e interdisciplinario. En su época estas fueron grandes innovaciones.

Los niños con cáncer sufren muchísimo desde el diagnóstico, pasando por los tratamientos invasivos y no invasivos y las secuelas que muchas de las intervenciones farmacológicas les producen, entre otras las neuropatías muy dolorosas. Hay procedimientos que parece que solo generan dolor leve, como las tomas de biopsias de médula ósea y la quimioterapia intratecal, pero en la realidad todos son procedimientos muy dolorosos.

Para las patologías de cáncer escribió protocolos muy específicos de manejo del dolor en las diferentes edades.

LA EDUCACIÓN CONTINUADA

Los directivos de la Sociedad, entre ellos el Dr. Gustavo Reyes, la llamaron para que hiciera una serie de presentaciones muy cortas, en video, de máximo 10 minutos, donde mostrara el tratamiento del dolor agudo y crónico en niños; esto "exigía muchísimas horas de trabajo y edición, y desafortunadamente nunca se logró terminar". Por lo demás, señala que la educación continuada es vital, no solo para mantenerse actualizados, sino para que las personas que trabajan en las instituciones también estén al día. "Considero que dentro de mi misión personal de vida tengo la obligación de educar".

Creo que es fundamental, por ejemplo en la anestesia pediátrica, que las personas que están especializadas y tienen la experiencia sean quienes eduquen, pero con programas muy definidos, sin improvisaciones, con protocolos específicos y teniendo en mente ejercer la especialidad basados en la ciencia. Obviamente hay que hacer ciertas modificaciones en cada paciente ajustadas a su patología en particular. Hay que individualizar a los pacientes desde el punto de vista de la anestesia pediátrica y desde el punto de vista de la algesiología. En el país se han desarrollado mucho estos aspectos, pero es lamentable llegar a ciertas zonas y ver cómo continuamos casi en la época de la prehistoria.

Hay que realizar investigaciones en cada población de niños, porque, aunque tienen características comunes, tienen ciertas particularidades dependiendo de las diferentes zonas de nuestro país, y eso hay que transmitírselo a nuestros estudiantes y a los médicos en general. Tanto en anestesiología como en algesiología, el campo es inmenso en ese aspecto, y tenemos que continuar trabajando muchísimo para seguir mejorando.

En su opinión, otra área fundamental donde hay que intervenir es en la prevención, la cual "está en nuestras manos aplicarla". Este es el caso del llamado "dolor anticipado". Se sabe que el procedimiento va a ser doloroso, y ejemplo de ello son los niños que van a ser amputados o los que tienen patologías oncológicas y serán sometidos a diferentes procedimientos. Estos son procedimientos diagnósticos, pronósticos, quirúrgicos, terapéuticos, en los que se generan dolores de diferentes tipos por los procedimientos médicos de tipo curativo o paliativo, y que no solo producen dolor físico, sino también emocional, psicológico, familiar, social, cultural, terminando muchas veces en el conocido "sufrimiento total" del niño y la familia.

UN CURRÍCULO MUY AMPLIO

Entre sus títulos están: Especialista en Anestesia Pediátrica, Algesióloga, Énfasis en Periodismo, Medicina Clínica del Instituto Kaplan de Montreal; título en Medicina Tradicional China, y actualmente realiza estudios en Canadá, en Medicina Alternativa, en el C*ollège des Médecines Douces* de Québec.

Es conferencista a nivel nacional e internacional, y ha recibido varios premios y homenajes también nacionales e internacionales.

Es socia de la Federación Mundial de Anestesiología, la Asociación Mundial de Cuidados Paliativos, miembro de la S.C.A.R.E., de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y de la Sociedad de Anestesia Seccional Quindío.

RICARDO NAVARRO VARGAS

LÍDER DE LA ANESTESIA COLOMBIANA DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

Nació en La Unión, Valle, en junio de 1960, de padre oriundo de Manta, Ecuador, y madre de Chaparral, Tolima. Su padre, que fue mecánico de motores Diésel, llegó de Guayaquil, Ecuador, a Cali y luego a La Unión.

MEDICINA EN EL VALLE, RURAL EN BOYACÁ Y RESIDENCIA

Estudió en el seminario menor tres años, y ya estaba listo para el seminario mayor de Cartago, perfilado como posible sacerdote, "pero el director espiritual que estaba a cargo de mi formación murió cuando cursaba quinto de primaria, el sacerdote Julio Rómulo, de La Unión, Valle, quien había dicho que de 230 estudiantes del Colegio Nuestra Señora del Rosario, él era el que tenía madera para ser sacerdote". Esto lo aprovecho su papá, quien le dijo: "Usted no va a ser sacerdote", y lo pasó al Colegio Oficial Argemiro Escobar (47).

Por el traslado de su padre a Cali, empezó a estudiar en el Colegio Oficial Alfredo Vásquez Cobo, y al terminar se presentó a la Universidad del Valle en 1978 para estudiar Medicina, de donde se graduó en 1985. Cumplió el año rural en Chita, Boyacá, ya que en ese tiempo en Cali salió la primera promoción de médicos de la Universidad Libre, y por ello no fueron suficientes los 42 municipios del Valle que tradicionalmente cubrían todos los egresados de la Universidad del Valle; entonces fue difícil conseguir rural en ese departamento, y logró ubicase en el tercer pueblo más frío de Colombia, donde permaneció un año y medio. Cuando terminó se fue a trabajar a Bogotá, porque se ennovió con una chitana; ella era profesora de música en Bogotá, pero había ido de visita a Chita, y faltando dos meses para terminar el rural, "por las cosas de la vida, me ennovié con ella y me quedé en Bogotá".

Se presentó a Anestesia, primero a la Universidad del Rosario, donde pasaron cinco a la entrevista y cuatro se quedarían: "Ya se sabía quiénes iban a quedar, y era yo el que iba a salir. Me hicieron, además del examen, una entrevista en la mañana, preguntándome otra vez por conocimientos de anestesia, y por la tarde hubo otra entrevista muy horrible, donde prácticamente tra-



▲ Dr. Ricardo Navarro Vargas

"Y una de las cosas de las que me enorgullezco es de haber fortalecido la institucionalidad de la Sociedad Colombiana, el respeto por sus valores, haber actuado y demostrado que con honestidad se pueden hacer muchas cosas, y eso es lo más importante".

taban de rajarme para sacarme". Un buen amigo, psiquiatra, lo animó a presentarse a la Nacional: "Usted tiene madera para ser anestesiólogo".

Su orientación hacia la anestesia comenzó en Chita, donde no había quién la administrara; los pacientes se remitían al pueblo más cercano, Soatá, donde la daban las monjas, dirigidas por un médico, el Dr. Mateo Balboa, quien había hecho un curso de tres meses en Duitama. "Lo que veía era la necesidad de alguien que la administrara, y cuando trabajé en Chiquinquirá, en el Seguro Social, como médico general, pude ver la falta de personal entrenado en anestesia en todo el departamento de Boyacá".

A modo de anécdota, el Dr. Navarro relata:

Estando de rural en Chita, un día jueves hubo muchos heridos, con puñal y machete. Nos desplazamos a Tunja, porque en Soatá tampoco había quién administrara la anestesia, así que viajamos directamente a Tunja, donde había cuatro anestesiólogos, uno de ellos el Dr. Max del Valle, que nos enseñaba algunos trucos de anestesia. Nos decía: "Cuando vean una herida muy grande, no se pongan a hacer nada, déjenlo quietico, pónganle una compresa y tráiganlo acá, no se compliquen dando anestesia, porque ustedes no pueden, eso tiene muchos riesgos desde el punto de vista médico-legal, ustedes no se pongan a hacer cosas que no sepan hacer". Cuando estuve en Chiquinquirá, conocí a un médico general que operaba y a la vez daba anestesia, el Dr. Flaminio Palacios; yo vivía en su casa, y en cirugías de apéndice me enseñaba a intubar al paciente y me decía: "Usted hágase acá, que usted va a dar la anestesia". Lo acompañé en dos cirugías.

Todo esto lo llevó a pensar que debía haber más profesionales que administraran la anestesia: "'Esto no puede ser así'; a Chiquinquirá iban dos anestesiólogos de escuela, del San José, daban las anestesias y no enseñaban nada; la situación era crítica".

Para presentarse a la residencia se preparó con la orientación de su amigo, el psiquiatra Dr. Antonio Sánchez Jerez, y la lectura de un libro sobre *Cómo presentar una entrevista*. Los entrevistadores eran el Dr. Pedro Sánchez, el Dr. Guillermo Torres, un psiquiatra, el Dr. Octavio Martínez, internista, y el residente mayor, el Dr. Javier Eslava. Los entrevistadores no sabían cómo le había ido en el examen, y cuando le preguntaron su opinión, él dijo que muy bien, que estaba completamente seguro de que sería admitido. En la entrevista no estaba el jefe de posgrados, el Dr. Fernando Flórez Burgos, que había estado en el congreso de la ASA de ese año:

Quise conocerlo antes de entrar a la residencia, y cuando llegó en diciembre, saqué una cita; eso le gustó mucho, y dijo que en todos los años que llevaba de jefe de posgrado ninguno de los que pasaban venían y se presentaban: "Me parece muy bien lo que usted ha hecho"; y en definitiva el Dr. Flórez fue una persona muy importante en la formación mía y en la de todos los de esa escuela.

Tuvo la oportunidad de asistir al primer congreso de residentes cuando cursaba el tercer año, al Congreso Nacianceno Valencia en Medellín, y allí conoció, entre otros, al Dr. Gustavo Reyes, a la Dra. Angélica Arelis, al Dr. Baltazar, que ahora está en Cúcuta, "mejor dicho, unas personalidades que luego han hecho parte de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y han sido sus directivos".

Su trabajo de grado consistió en la comparación entre el bromuro de vecuronio y el cloruro de mivacurio, ya que en ese tiempo iban a introducir este último a Colombia, "y logramos demostrar que era un relajante muscular de acción ultracorta, y mientras lavaban el paciente desaparecía el efecto; era una droga que no tenía mayor utilidad en la práctica clínica". El trabajo se presentó en el Congreso de Cuba.

LA ACTIVIDAD GREMIAL

Se interés por los aspectos gremiales se inició desde la época de residente, cuando ocupó el cargo de jefe, lo que implicaba ser interlocutor entre sus compañeros y las sociedades. Aspiró a vocal académico como miembro de la Sociedad Cundinamarquesa:

Conocí al Dr. Rafael Sarmiento en el año 2000, y luego de una charla muy larga, me dijo: "Ricardo, usted es una persona que por encima de todo le veo ese amor por la anestesia, pero también veo que es una persona muy honesta en sus apreciaciones y comprometida, y quisiera que entrara a la S.C.A.R.E.".

Se vinculó al Comité de Reanimación, se veía con el Dr. Sarmiento cada ocho días, y así fue entrando a la Junta Directiva. Luego de ser vocal académico lo propusieron para presidente, después de la Dra. Claudia Niño, y cumplió dos periodos en la Sociedad Cundinamarquesa. Invitó a compañeros de la Universidad Nacional a colaborarle, como el Dr. Javier Eslava, su vocal académico, y la Dra. Nohora Madiedo; así se conformó un gran equipo.

El aspecto gremial ha primado en su participación en la Sociedad; esto lo ha priorizado en su presidencia en la Sociedad Colombiana, pensando que aún falta mucho por desarrollar. Quien lo comprometió y lo impulsó fue el Dr. Sarmiento, "y luego conocí al Dr. Jaime Jaramillo, hombre polémico pero positivo en sus planteamientos", con quien tuvo muchas discusiones cuando fue presidente de la Cundinamarquesa, antes de Claudia Niño, lo cual fue muy productivo dentro de las reuniones. "En varias oportunidades intenté que el Dr. Sarmiento hiciera parte de la S.C.A.R.E. nacional, que fuera presidente; pero hubo oposición de varias seccionales, se decía que no valían los amiguismos, y el Dr. Sarmiento nunca fue presidente"; sin embargo, la Dra. Miriam Hincapié, quien le sucedió en la directiva, pudo concretar que este fuera presidente honorario de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología.

LA ACTIVIDAD ACADÉMICA

Al terminar su entrenamiento trató de ser anestesiólogo en Tunja, pero allí encontró un ambiente muy cerrado y se devolvió a Bogotá, a trabajar en el Materno Infantil y la Clínica Avellaneda. Se presentó al concurso docente y en 1996 ingresó a la carrera docente en la Universidad Nacional. Recorrió el camino de instructor asistente y asociado, de profesor asistente y asociado y de profesor titular, siendo el primer anestesiólogo de la Nacional que tomó el año sabático. Fue además el primer anestesiólogo en ser director de la carrera de Medicina de la universidad.

Desde estas posiciones he intentado que la Universidad Nacional y la Sociedad Colombiana trabajen en alianza permanente, imitando las alianzas de Caldas, Valle y Antioquia, que han sido tan benéficas para ambas partes. Las universidades públicas tienen que crear alianzas fuertes, ya que en estas se prioriza la formación en principios y la académica por encima de los aspectos económicos.

"Íbamos hacia el abismo, el subdirector financiero hacía lo que le daba la gana, no había una presencia de la cabeza de la Sociedad, de su presidente, en la dirección de la sede".

SU PRESIDENCIA EN LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA

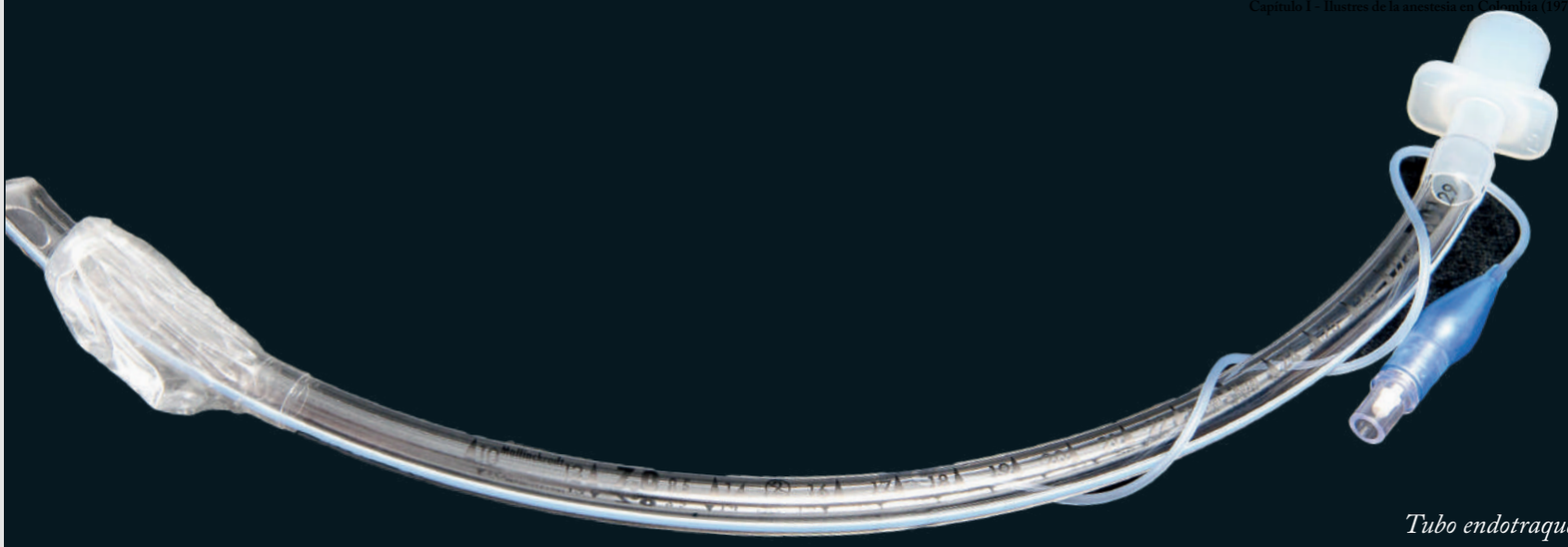
Su vinculación a la S.C.A.R.E. se inició como coordinador del Comité de Reanimación en reemplazo del Dr. Sarmiento, y luego, cuando entró a la Junta Directiva, le propusieron ser presidente, para lo cual compitió con el Dr. Diego Calero, quien resultó electo. "Cuestioné la presidencia del Dr. Calero porque consideraba que él no podía ser Secretario de Salud y a la vez presidente de la S.C.A.R.E.; había una incompatibilidad, conflicto de intereses. Mi posición fue importante y a los dos años me dieron todo el apoyo para llegar a la presidencia de la Sociedad".

Uno de sus principales logros en esta dirección, trabajando con el Dr. Gustavo Reyes y la Dra. Olga Marina Restrepo, fue haber salvado a la S.C.A.R.E.:

Íbamos hacia el abismo, el subdirector financiero, cuando asumí la presidencia, hacía lo que se le daba la gana, no había una presencia de la cabeza de la Sociedad, de su presidente, en la dirección de la sede. Siempre he dicho que fue muy importante que hubiera un presidente que estuviera tres veces por semana aquí, mirando lo que pasaba. Y una de las cosas de las que me enorgullezco es de haber fortalecido la institucionalidad de la Sociedad Colombiana, el respeto por sus valores, haber actuado y haber demostrado que con honestidad se pueden hacer muchas cosas, y eso es lo más importante.

Nunca he cobrado un peso por la participación en comités o por otras actividades dentro de la Sociedad; la Sociedad me ha dado mucho. Cuando fui candidato a la presidencia por primera oportunidad, cuando me derrotaron, una de las banderas mías fue que el presidente no debía cobrar, porque a los miembros de Junta les pagan por su presencia en las reuniones. El presidente, fuera de que le pagaban por su asistencia a juntas, quería cobrar un sueldo especial, doble cobro, y yo me opuse a eso.

Considera que la Sociedad ha aportado mucho. Es bien sabido que a los estudiantes de pregrado de medicina, durante mucho tiempo, cuando estuvo cerrado el Hospital San Juan de Dios, la S.C.A.R.E. les facilitó todos los equipos de simulación para que hicieran las prácticas. "Así como la S.C.A.R.E. es de nosotros y me ha ayudado, yo también la he apoyado, es nuestra obligación".



Tubo endotraqueal

TRABAJANDO POR LA REANIMACIÓN

Desde su posición en la directiva de la Sociedad, ha apoyado la producción intelectual de sus miembros.

Después de que conocí al Dr. Ocampo y lo invitamos a la Sociedad Cundinamarquesa, y cuando tuvo la magnífica idea de publicar el libro Pioneros *para resaltar todo lo que es la Sociedad de anestesia desde sus orígenes, reconociendo a sus fundadores e impulsores de su desarrollo, le he dado todo el apoyo. Soy un admirador y apoyador del esfuerzo de la publicación de nuestra historia. La historia hay que enseñársela a los residentes de anestesia, porque si conocen la historia, pueden ahorrarse mucho tiempo y prepararse para mantener a la Sociedad Colombiana como la máxima organización científica no solamente del país, sino de Latinoamérica, y por qué no, del mundo, porque eso puede ser así.*

En el primer congreso de anestesia del año 1995, el Dr. Nacianceno Valencia invitó a la Universidad Nacional a moderar el panel de reanimación. La universidad encargó al Dr. Navarro de dicha moderación, y allí comenzó su interés por el tema: "Me tocó leer y estudiar mucho para ser moderador de esa sesión". En el congreso de 1999 se invitó al Dr. Carlos Ruiz a dictar las conferencias sobre farmacología de la reanimación, pero él no pudo venir, así que el Dr. Sarmiento, coordinador del comité, le pidió el favor de asumir esas charlas. Comenzaron a escribir las cartillas de reanimación, a organizar las conferencias y los talleres de arritmias; consideraban que ese conocimiento era una necesidad de los anestesiólogos, que debían capacitarse en arritmias, y reunieron a los expertos en el tema, los Dres. Víctor Neira, Pedro Ibarra, Rosendo Cáceres, Juan Manuel Gómez, Fernando Torres, al Dr. Sarmiento como coordinador, y concretaron el proyecto. Allí se tomó la decisión de iniciar los talleres a partir de la experiencia de otros comités internacionales. Se había tenido ya una vivencia en la Secretaría de Salud con el Dr. Gabriel Paredes, en una capacitación de los profesionales del Distrito en las técnicas de reanimación, y se decidió dedicar tiempo a la capacitación de los instructores, a fin de tener personal de alta calidad en la dirección de los talleres; de ese modo, la S.C.A.R.E. inició la implementación de estos.

Durante su vida académica y con la Sociedad, ha escrito sobre temas de anestesia y reanimación tanto en la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, como en la *Revista Colombiana de Anestesiología*, incluyendo las diferentes cartillas de arritmias, síndrome coronario y código azul.



LA ANESTESIA OBSTÉTRICA Y DE LAPAROSCOPIA

Durante mucho tiempo fue líder de la anestesia obstétrica. Después del Dr. Fernando Aguilera, fue él quien manejó la anestesia obstétrica en el Materno Infantil, y además escribió artículos sobre el Síndrome Help y los trastornos hipertensivos del embarazo, ya que el Instituto era un centro de referencia de esas patologías. Después llegó el Dr. Carlos Restrepo de Medellín, quien formó el grupo de anestesia obstétrica que ha sido líder en Colombia y Latinoamérica.

El Dr. Restrepo fue el personaje por quien se declaró santa a la hermana Laura; fue a él a quien ella le hizo el milagro. Él era un hombre casi muerto, con una perforación del esófago en estado crítico, y de la noche a la mañana se curó. Él dice que fue un milagro que le hizo Sor Laura.

El Dr. Navarro dejó luego ese campo al dedicarse a la administración; con la coordinación de la carrera en la Universidad Nacional, se alejó del Materno Infantil y se orientó a la anestesia para laparoscopia en Profamilia, donde lleva 21 años, escribiendo además sobre la técnica anestésica para este procedimiento. Ahora trabaja en el Hospital Universitario Nacional de Colombia, el hospital de la universidad, donde le corresponde aplicar diferentes tipos de anestesia.

SUS AFICIONES

Le encanta el fútbol, lo ve mucho, pero también es amante de la música, de la salsa, "y como a la señora también le gusta, nos divertimos yendo a bailar". Pero además ha escrito poesía, y su libro del *Anecdotario médico* era un sueño que tenía desde hacía mucho tiempo. Tiene un libro de poemas que espera publicar algún día. "Si me habla de prioridad, yo diría: el fútbol, la música salsa y la literatura".

Atiendo a mi esposa y a mis hijos. Los anestesiólogos les quitamos mucho tiempo a nuestras familias; entonces, cuando uno está con ellos, toca hacer lo que

"Las universidades públicas tienen que crear alianzas fuertes, ya que en ellas se prioriza la formación en principios y la académica por encima de los aspectos económicos".

SU VISIÓN DE LA SOCIEDAD

digan. Tengo tres hijos, un ingeniero de sistemas que trabaja en Panamá, otro que es diseñador industrial, y la niña, que pasó a estudiar medicina. Pero la gran satisfacción con la familia es que siempre me han apoyado y han visto con muy buenos ojos todo lo que he hecho, y eso ha sido muy importante para mi ejercicio profesional.

La anestesiología le ha brindado muchas satisfacciones, no solo en la parte humana; aunque, por otra parte, nunca ha dejado de ser médico general: "Tal vez, de todos los anestesiólogos que existen en Colombia, soy el único que sigo viendo pacientes en la consulta médica general". Todos los martes en la tarde atiende consulta en el Ismael Perdomo, un barrio muy pobre de Bogotá; coloca dispositivos intrauterinos, hace suturas, resecciones parciales de uña y mucho más. Antes atendía partos como médico general, hasta la expedición de la Ley 100, la cual limitó al médico en muchas actividades que le permitían tener más responsabilidades: "Hoy, a este médico se le ha limitado mucho en su trabajo, pero bueno, sigo haciendo la consulta y aportando a mis pacientes".

El Dr. Navarro considera que, una vez se logren las metas de organización, se debe conquistar el pilar gremial, propuesta estratégica para el año 2019. La fortaleza gremial tiene que estar al pie de la científica y la empresarial, siendo un objetivo central.

Desde el punto de vista de proyección mundial, creemos que hemos hecho un papel muy importante en la CLASA. Se debe fortalecer para que la gente que viene detrás de nosotros, los que nos van a suceder muy pronto, a reemplazar, sean personas que ocupen puestos muy importantes dentro del concierto latinoamericano, y que a nivel mundial la Sociedad Colombiana de Anestesiología brille en la parte científica.

Lo anterior ya se está viendo, por ejemplo, a través de la coordinación del Dr. Mauricio Vasco en el Comité de Anestesia Obstétrica de la Federación Mundial, o el cargo del Dr. Pedro Ibarra en el Comité Mundial de Seguridad. Ellos son dos latinoamericanos, colombianos, que nos representan a nivel mundial, es la Sociedad Colombiana comenzando a figurar, y la idea en este sentido es fortalecer todas las alianzas.

La S.C.A.R.E. viajará a Chicago y tendrá reunión con el comité directivo, el gerente, el presidente y toda la junta plena de la *American Asociation of Anesthesiology* (ASA). Se tendrá por primera vez un *stand* de la Sociedad en un congreso de la ASA, y ellos tendrán un *stand* en el congreso de junio en Barranquilla. Se impulsarán unas buenas relaciones, porque se considera que la ASA puede potenciar muchas investigaciones que se quieren hacer. "Allá van a encontrar libros, revistas y publicaciones nuestras".

El Dr. Navarro no cree que la anestesiología, como dicen, vaya a ser reemplazada por sistemas, por computadores; considera que eso está muy lejos. Piensa que, no antes de mucho tiempo, volveremos a ser líderes en todo el quehacer de la parte integral en el manejo del dolor y en la sedación fuera de los quirófanos, rodeados de mucha gente, pues solo los anestesiólogos no son suficientes. Vamos a ser los líderes en todo lo que tiene que ver con el cuidado critico que comenzó desde los cuartos de recuperación, seguiremos liderando eso y muchas potencialidades que tiene la anestesiología: "Veo el papel de la anestesiología como una especialidad modelo para la atención del paciente en el perioperatorio, es decir, en el antes, en el intra y en la casa, lo cual es la cuarta fase de la anestesia.



PERFILES

MAGDALENA

Alberto Carrillo Millán, pág. 216
Ricardo Carrillo, pág. 218



Balanza de precisión

ALBERTO CARRILLO MILLÁN

PIONERO DE LA ANESTESIA COLOMBIANA

Médico javeriano, el Dr. Alberto fue uno de los formados en el Curso de Posgraduados de Anestesiología dirigido por el Dr. Gustavo Delgado Sierra en 1954, en el Hospital San Juan de Dios; allí se graduaron colegas como los Dres. Eliseo Cuadrado, Roberto Nel Peláez, Jaime Téllez, Álvaro Niño, entre otros, así como los Dres. Jaime de la Hoz, cirujano cardiovascular, y Yamure Hernando Barreto (48).

Fue un pionero de la anestesia que trabajó en el Seguro Social. Hizo el internado en la Clínica Primero de Mayo y la Clínica San Pedro Claver, donde trabajó hasta su jubilación. Fue iniciador de la Clínica del Seguro Social. Cuando se iba a pensionar en 1982, solicitó el certificado de paz y salvo necesario para ello, y le dijeron que había un papel firmado que lo responsabilizaba de todo el inventario de la clínica, inaugurada en 1973. Fue muy difícil resolver este impase para su pensión, según cuenta su hijo anestesiólogo, el Dr. Ricardo Carrillo.

Participó en el movimiento del Seguro en el año 1973, y por ello se quedó sin trabajo, lo que lo llevó a vincularse a la Clínica San Diego, y regresó a la San Pedro cuando terminó el conflicto para trabajar en el servicio de maternidad. Fue considerado uno de los expertos en anestesia obstétrica de la época, y cada vez que se hablaba en la Cundinamarquesa del tema, él era el conferencista y consultor. Ponía las peridurales en forma temeraria y con una habilidad sorprendente, con una aguja 23 para anestesia raquídea, pues aún no se conocía la aguja especial para ello. Usaba la lidocaína pesada al 5 % y la diluía para la epidural. La incidencia de cefaleas en la raquídea era muy alta por el calibre de las agujas, lo que casi que obligaba a utilizar la anestesia peridural.

Fue tesorero de la Sociedad Cundinamarquesa en la época en que era una bolsa de empleo para los contratos con el Seguro Social. A él le correspondía buscar a los especialistas; conocía dónde los había, los ubicaba y los contrataba.



▲ Dr. Alberto Carrillo Millán

Fue tesorero de la Sociedad Cundinamarquesa en la época en que era una bolsa de empleo para los contratos con el Seguro Social. A él le correspondía buscar a los especialistas; conocía dónde los había, los ubicaba y los contrataba.

Dice su hijo:

Mi padre era anestesiólogo en el servicio de maternidad de la Clínica San Pedro Claver, era el jefe de anestesia de esa época, era el jefe de los contratos del Seguro Social en Bogotá, todos los que llegaban a Bogotá tenían que pasar por sus manos y él los ubicaba en las diferentes instituciones, la Primero de Mayo, la Clínica de la Magdalena y la Clínica Bogotá. Estas eran las instituciones que tenían contrato con la Sociedad Cundinamarquesa.

RICARDO CARRILLO

GREMIALISTA INSISTENTE Y PERSISTENTE

Es hijo de Alberto Carrillo Millán, uno de los pioneros de la anestesia en Colombia. Bogotano, médico de la Universidad Nacional graduado en 1976, especialista en anestesia de la Universidad del Rosario en el Hospital San José en 1979. Se considera el primer anestesiólogo hijo de anestesiólogo (49).

Tuvo experiencias de anestesia durante la carrera, porque su padre, el Dr. Carrillo, anestesiólogo de la vieja guardia, desde su quinto semestre lo llevaba al quirófano a la Caja Nacional, al Hospital Militar y a la Clínica Marly. "En esos sitios mi padre me enseñaba a poner epidurales y bloqueos de plexo braquial. Eso se podía hacer en aquellas épocas". Durante su internado había posibilidades de estar en cirugía y anestesia, y por el limitado número de especialistas se podía hacer apéndices y cesáreas. En no pocas oportunidades era una monja la que administraba la anestesia.

Cumplió el internado en Girardot y al terminarlo se desplazó a Chaparral, Tolima, a cumplir el año rural. El médico director era un político que le dejaba a él encargado del hospital mientras hacía sus correrías, y fue quien le consiguió una beca del departamento para hacer la especialización en el Hospital San José. En el internado y el año rural tuvo de nuevo variadas experiencias quirúrgicas y de anestesia.

Ingresó a la residencia del Hospital San José porque su padre la consideraba la mejor escuela del momento; estaba dirigida por el Dr. Rafael Peña, fisiólogo, experto en bloqueos, que hacía anestesia con procaína y alcohol absoluto, y quien imprimió en él un gran espíritu anestesiólogo. En el Hospital Militar conoció al Dr. Julio Enrique Peña y al Dr. Carlos Julio Parra, entre otros, y cada vez que tenía la oportunidad, durante su residencia se desplazaba a esa institución a intercambiar conocimientos con ellos. Igual sucedía en la Clínica Marly, de nuevo gracias a su padre, y allí sus padrinos eran el Dr. "Chepe" Silva, el Dr. Mojica y el Dr. Téllez. "Todos ellos influyeron en mi carrera de la anestesia".

Para cumplir la contraprestación, trabajó dos años en Ibagué, y luego se residenció en Bo-



Dr. Ricardo Carrillo

Tuvo bajo su responsabilidad el manejo del Comité de Asuntos Laborales, organismo en el cual se trataron temas tan importantes como el Manual de Tarifas del Instituto de Seguros Sociales.

gotá, trabajando en la Clínica San Pedro Claver del Seguro Social. Siendo el más joven de los anestesiólogos del grupo fue nombrado jefe del servicio, cargo que ocupó cinco años, trabajando igualmente en la Fundación Oftalmológica Nacional durante ese tiempo. Trabajó también en el Hospital de la Samaritana, donde era jefe la Dra. Marta Mantilla y dirigía el cuidado intensivo el Dr. Édgar Celis. Allí fue donde conoció al Dr. Ignacio Ruiz. "Me presenté a concursar en el Materno Infantil y perdí frente al Dr. Germán Sandoval (q. e. p. d), excelente anestesiólogo pediatra".

Trabajó en Ibagué dos años y otros dos en Bogotá, y decidió residenciarse en Santa Marta para disfrutar de otro ambiente, "porque allí se vive la vida y en Bogotá se sufre la vida; allí cumplo 20 años de ejercicio profesional".

Durante su vida profesional ha tenido vinculaciones académicas con universidades que tenían a sus estudiantes rotando en las instituciones en las que trabajaba, y así fue profesor de pregrado en la Universidad Juan N. Corpas, la Universidad del Magdalena y la Universidad Cooperativa de Colombia, en Santa Marta, con responsabilidades docentes en el pre y el posgrado.

LAS MÁQUINAS DE ANESTESIA

Su gran interés por la estructura de las máquinas de anestesia lo llevó a ser director científico de *Medical International* de Colombia. Al recorrer el país, pudo apreciar cómo el usuario de la máquina desconocía su funcionamiento, y por ello tenía poca probabilidad de usarla correctamente, lo que lo llevó a escribir el "Manual de máquinas de anestesia para residentes", donde describe su estructura, la descripción de sus partes, su revisión y su cuidado. Cuando estaba listo para la publicación de su trabajo, recibió una llamada del profesor Antonio Aldrete, quien le ofreció incluirlo como capítulo en su libro de anestesia, y así participó posteriormente en las nuevas ediciones de esta obra de gran difusión en Latinoamérica.

Con este interés por el mantenimiento y su vinculación a la empresa internacional, recorrió como conferencista diferentes países de Latinoamérica, dictando cursos de manejo del equipo de anestesia. Fue a Costa Rica, Brasil, Panamá, Venezuela, y participó en el curso de la Federación Europea "Mecanismos de seguridad de las máquinas de anestesia".

EN LAS JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS SOCIEDADES

Perteneció a las juntas directivas de la Sociedad Cundinamarquesa y de la Colombiana, y en esta última estuvo por tres periodos.

Durante su participación en la Junta de la Cundinamarquesa, se habló de la contratación de un grupo de abogados que pudiera defender a los médicos, y en especial a los anestesiólogos, de las demandas que cada vez eran más frecuentes. Allí se encontró con el Dr. Ignacio Ruiz, quien trabajaba en la misma idea; con él y el Dr. Manuel Galindo se impulsó el proyecto, que se concretaría con la fundación del FEPASDE años después.

En 1989, durante la presidencia de la Dra. María Eugenia Gómez y la secretaría ejecutiva del Dr. Galindo, se constituyó el Comité de Seguridad bajo la coordinación de este último, y con la participación de los Dres. Pedro Ibarra, Juan Camilo Giraldo y María Cristina Zapata. Una de las primeras tareas del comité fue el lanzamiento de una agresiva campaña contra la mala práctica de las anestesias simultáneas. Justo es reconocer que esta actividad tuvo su inspiración en la información que trajeron de la Argentina los Dres. Mario Granados y Manuel Galindo, quienes tomaron la idea de lo observado en el país austral durante el Congreso Latinoamericano de Anestesiología de Buenos Aires de 1989. En el desarrollo de esta iniciativa, prácticamente se empapelaron los quirófanos de Colombia con una hoja que decía: "Un paciente, un anestesiólogo". Se trataba de socializar esta idea no solamente entre los anestesiólogos, sino entre toda la comunidad hospitalaria.

Por la misma época y como miembro del Comité de Seguridad, el Dr. Carrillo tuvo bajo su responsabilidad el manejo del Comité de Asuntos Laborales, organismo en el cual se trataron temas tan importantes como el Manual de Tarifas del Instituto de Seguros Sociales, donde participó activamente el Dr. Jorge Osorio, y la adecuada dotación en el área de anestesiología de las salas de cirugía del Instituto.

Sus posiciones firmes para promover los sindicatos y liderar propuestas de asociación lo han perjudicado en varias ocasiones, como cuando quiso regresar a la Junta Directiva de la S.C.A.R.E. y fue rechazado por eso y por pertenecer a ASMEDAS.

GREMIALISTA

En el Tolima fue cofundador y presidente de la Sociedad Tolimense de Anestesia, con el Dr. Armando García, el Dr. Julio Sánchez, el Dr. Hernando Lozano y el Dr. Bishnof. Perteneció a la junta de la Cundinamarquesa y estuvo durante tres periodos en la Junta de la Colombiana; asimismo participó activamente en la concepción y organización del FEPASDE en la regional, y propuso la creación de los sindicatos, una idea que no prosperó, "y ahora estamos trabajando por formarlos y darles vida".

Ha sido un entusiasta de la actividad gremial y ha luchado por su desarrollo dentro de la anestesia. En la asamblea de 1991 en Manizales planteó la formación de una cooperativa, lo cual fue rechazado y no se pudo concretar. "Esto contrasta con la tendencia actual, que es la de los sindicatos, y no solo básicos, sino de segundo piso, como se les dice en el argot económico financiero". Ha sido miembro de ASMEDAS y su presidente. Sus posiciones firmes para promover los sindicatos y liderar propuestas de asociación lo han perjudicado en varias ocasiones, como cuando quiso regresar a la Junta Directiva de la S.C.A.R.E. y fue rechazado por eso y por pertenecer a ASMEDAS, al presentarse un empate con el Dr. Mauricio Vasco y perder en el desempate. En el Magdalena fue miembro activo por ocho años, retirándose para dejar espacio a las nuevas generaciones.

SU VISIÓN DE LA SOCIEDAD

Sobre este aspecto, el Dr. Carrillo comenta:

Infortunadamente la Sociedad se preocupa por nosotros, pero nosotros no nos preocupamos por ella y esperamos que todo se nos dé. Tenemos una visión muy personal y no una colectiva, y cada uno tira para su lado. Ejemplo de ello es el contrato que en un momento teníamos colectivamente con el Hospital, y llegó un colega –si así se le puede llamar–, ofreció unos servicios más económicos y se quedó con el contrato. Él solo trabajaba los 30 días, las 24 horas, y lo peor es que a nadie le importó la calidad del servicio ni los riesgos para él, los pacientes y la institución.



PERFILES

QUINDÍO

Jorge Hernán Gómez, pág. 224



Aspirador de la sala de cirugía

JORGE HERNÁN GÓMEZ

DESDE LA ANESTESIA, LÍDER DEL DESARROLLO DEL CUIDADO INTENSIVO EN EL QUINDÍO

Manizaleño raizal, terminó la carrera de Medicina en la Universidad de Caldas y ejerció como médico general por cinco años. Buscó la especialización; en esos momentos se requería un patrocinio para poder acceder a ella, y en esta búsqueda le ofrecieron la residencia en patología, neurología o anestesiología en la Seccional de Salud de Cundinamarca, lo cual, sin embargo, nunca se llegó a concretar. Entonces se presentó en la Universidad de Caldas e inició la especialización en 1978, para terminar en 1981, en un programa de tres años (50).

AL CUIDADO INTENSIVO SIN DEJAR LA ANESTESIA

Para los últimos seis meses de la residencia se trasladó a Bogotá, a un programa de entrenamiento en cuidado intensivo con el Dr. Eduardo García, quien dirigía la incipiente unidad del Hospital de la Samaritana y el bien establecido servicio de la Caja Nacional de Previsión. Su interés por esta naciente rama derivada de la anestesia surgió de la atención de los pacientes críticos del Hospital Universitario de Caldas, que se hacía en el "cuarto de recuperación" del quirófano. No había una unidad propiamente dicha, pero tuvo la oportunidad de ejercer la atención intensiva de pacientes durante toda la residencia. Desde un principio tuvo la intención de dedicarse, por lo menos parcialmente, al cuidado intensivo. Tuvo además la oportunidad de hacer anestesia para oftalmología en la Clínica Barraquer, con el Dr. José María Silva Gómez, y anestesia para neurocirugía en el Instituto Neurológico de Colombia adscrito a la Universidad Javeriana, con el Dr. Fernando Vélez de Castro.

ANESTESIÓLOGO E INTENSIVISTA EN EL QUINDÍO

Cuando terminó la especialización con todos los complementos, se fue a La Dorada como único anestesiólogo, y después de cuatro años se trasladó al Quindío, donde en 1989 le abrieron espacio para trabajar en el Hospital Departamental San Juan de Dios, que luego tomó el nombre de Universitario.

Con su entrenamiento, y viendo la necesidad de abrir un servicio de atención intensiva para los pacientes, al no existir uno en la región, se propuso implementarlo. En 1977, durante la remode-



▲ Dr. Jorge Hernán Gómez

Su interés por el cuidado intensivo, rama naciente derivada de la anestesia, surgió de la atención de los pacientes críticos del Hospital Universitario de Caldas, que se hacía en el "cuarto de recuperación" del quirófano.

lación del hospital y la reorganización de los quirófanos, se organizó un espacio para tres camas que se dedicarían al cuidado intensivo, pero que nunca se pusieron a funcionar con ese fin. Había unos ventiladores de presión que fueron conseguidos por un político, quien los había intercambiado por café; eran unas máquinas que no tenían ninguna representación en el país, las únicas tres que existían en toda Colombia, y por supuesto no tenían ningún tipo de mantenimiento.

Estaba trabajando como anestesiólogo y se presentó un paciente con un trauma severo del tórax y una insuficiencia respiratoria severa. Hasta ese momento no se había utilizado la sala mencionada, sino solo para pacientes intoxicados, sépticos o de recuperación de paros cardiacos, pero sin una atención intensiva establecida. Los pocos casos que ameritaban un "cuidado intensivo" y que se presentaban esporádicamente,

[…] se atendían en el cuarto de recuperación, como lo había aprendido en Manizales. Hablé con el director del hospital y le propuse que nos dejara abrir dos camas; luego de no pocos esfuerzos para convencerlo, él autorizó su apertura "oficial", pero con el mismo personal que se tenía en recuperación, pues no había recursos para aumentarlo.

Se abrió el espacio con las dos camas y estas fueron las camas de cuidado intensivo del Quindío por unos cuatro o cinco años.

El monitoreo de los pacientes era manual, con fonendoscopio y tensión arterial manual, el visoscopio siempre estaba dañado, la monitorización cardiaca se hacía con el electrocardiógrafo del hospital, y solo en 1991 se logró conseguir un equipo con electrocardiógrafo y tensión arterial automática, un Dinamap. Estos equipos no se dejaban con los pacientes de manera permanente, sino que se tomaban los signos y se anotaban en una hoja especial diseñada para ello. Se introdujo la presión venosa central a la medicina del

"Manejaba los pacientes desde el quirófano administrando anestesia, y desde mi casa, porque estaba completamente solo, incomprendido, nadie me ayudaba, y así pasé por lo menos tres años, sin ningún reconocimiento económico adicional por este trabajo".

Quindío y se instauró el control de gasto urinario. "Esto era todo".

El paciente de trauma de tórax mencionado se manejó intubado, con un catéter peridural para la analgesia, y con él se pudo evidenciar las dificultades de un servicio de estas características, en cierta medida empírico:

Una mañana, cuando estaba en proceso de recuperación avanzado y no había médico de turno en esta incipiente unidad, el paciente se desconectó accidentalmente del ventilador, hizo un paro cardiaco y un interno que pasaba por allí lo revivió, pero con un masaje tan activo que el trauma de tórax se reactivó y debimos empezar de nuevo, de cero.

El paciente se manejó con un Bird Mark 7, no había gases sanguíneos, pero sí un espirómetro con el cual se medía el volumen corriente. Con los dos ventiladores franceses que prácticamente nadie sabía manejar, se intentaba mantener a algunos pacientes.

Cuando necesitábamos colocar un PEEP se recurría a la técnica de introducir una manguera que salía de la fase espiratoria del ventilador en un frasco con agua; hasta que logramos conseguir una válvula especial para PEEP que tenía el problema de que debía estar permanentemente vertical, y cuando se inclinaba, el PEEP bajaba a cero.

Manejaba los pacientes desde el quirófano administrando anestesia, y desde mi casa, porque estaba completamente solo, incomprendido, nadie me ayudaba, y así pasé por lo menos tres años, sin ningún reconocimiento económico adicional por este trabajo. Era una goma mía, ignorada, pero todo en búsqueda de hacer presión para la Unidad de Cuidado Intensivo definitiva.

Otro caso de interés, en aquella época de pocos recursos, fue un Guillain-Barré de una profesora de Calarcá, quien duró siete meses intubada en cuidado intensivo y tres meses más en su habitación del hospital:

Pero lo particular es el apego, la dependencia y el cariño, si se puede llamar así, que estos pacientes le cogen al ventilador […] Cuando la subimos al cuarto después de los siete meses, ya desconectada de la ventilación mecánica, tocó subirle el ventilador para que lo pudiera ver, y cuando se necesitó el ventilador para otro paciente, se debió organizar una intervención médica y psicológica para convencerla, para explicarle que ya no lo necesitaba más; pero fue un trauma, fue muy difícil retirar el ventilador, que no estaba en uso, de la habitación. Esta paciente, que ya caminaba, cuando sabía que había algún un paciente con ventilador por Guillain-Barré, todavía

con sus prótesis en los pies se trasladaba a la unidad a conversar con ellos, a animarlos y decirles que de allí se podía salir, que la miraran a ella; los tranquilizaba, les decía que muchas veces quiso morirse, que también había tenido traqueotomía y se había recuperado.

La monitorización de esta paciente fue igualmente mínima, no había gases sanguíneos, lo que sirvió para motivar a las directivas del hospital que consiguieron el equipo de gases sanguíneos, el cual finalmente llegó hacia 1990. "Esa paciente nos inhabilitó una cama por siete meses, y cuando teníamos otros pacientes, estos se atendían en camillas de recuperación". La cateterización arterial solo se vino a hacer hacia 1998, pues no había transductores, "pero de todas maneras éramos poco invasivos en la Unidad de Cuidado Intensivo". El manejo de enfermería se hacía con personal auxiliar, no había sino una jefe de enfermería, no se tenía personal de terapia respiratoria, pero como el Dr. Gómez lo había conocido en la unidad de Manizales, se entrenó a las auxiliares en todas las técnicas, "y la verdad es que la diferencia, cuando se tuvieron las terapistas respiratorias, no fue muy grande, a excepción del manejo del ventilador, que las auxiliares no hacían".

En 1991 llegó un nefrólogo a la ciudad, pero los internistas no le abrieron mucho campo de acción. El director del hospital lo llamó y le propuso trabajar en la unidad, porque a aquel también le gustaba esa atención médica; se aceptó y solo así se pudo organizar turnos de disponibilidad: se pasaba una ronda en la mañana y otra en la tarde, pero cada uno seguía con sus actividades de anestesia y él con la consulta de nefrología. "Al personal de enfermería que trabajó en esa época hay que hacerle un reconocimiento muy especial por su sentido solidario, su gran voluntad y su preocupación por los pacientes y por el apoyo a los médicos de la unidad". Por lo demás, solo hacia 1998 se abrió la unidad de ocho camas que hay en la actualidad.

El ventilador que se consiguió tiene una historia muy interesante:

Un día, estando en el aeropuerto, vi a un político de la región y me fui directamente a conversar con él. Me le presenté como un médico del hospital y de cuidado intensivo: "Usted ha ayudado a muchas causas en la región, a construir escuelas, carreteras; en este caso soy muy egoísta y quiero preguntarle si nos puede ayudar a conseguir dos equipos para la unidad […] Si usted o el gobernador o el arzobispo se enferman por un infarto u otra enfermedad delicada, nosotros tendremos con qué atenderlos". Él me dijo: "Usted lo que necesita es un ventilador de buena calidad". Nos consiguió un ventilador moderno, repotenciado en Estados Unidos, con 5 000 horas de trabajo, pero muy bueno; sin embargo, el equipo se perdió en el barco, fue a dar al Ecuador y casi no logramos recuperarlo.

Entre otras anécdotas interesantes sobre las dificultades de la época, cuenta el caso de un niño con Guillain-Barré, a quien

[…] bajaron del servicio de pediatría a la unidad donde normalmente no había pediatra. El jefe del servicio bajó a visitarlo y a formularlo, pero vio que los anestesiólogos de la unidad ya lo habíamos hecho, leyó la historia clínica, se fue a la dirección del hospital y preguntó que desde cuándo los anestesiólogos podíamos formular pacientes. Por supuesto que el director del hospital nos apoyó y seguimos manejando al paciente. Después un cirujano, en una comida con sus colegas, preguntó quién era el Dr. Jorge de Intensivos, que si había venido de la Clínica Mayo de Estados Unidos de especializarse, y por qué estaba formulando pacientes delicados en la unidad; que lo que él sabía era que el Dr. Gómez venía de La Dorada, y que si mucho, tal vez, debía saber cortar carne en canal.

RECONOCIENDO A SUS "PROFES"

Así fueron las primeras épocas del manejo de los pacientes en cuidado intensivo, muchas veces con resistencia y otras veces con desprecio frente a lo que se hacía; y solo poco a poco, con persistencia, con constancia, sin pudor, se logró estabilizar un buen servicio. Muchos cirujanos que en un principio rechazaban remitir los pacientes a cuidado intensivo, hoy quieren que incluso pacientes que no necesitan este servicio se cuiden en la unidad. "Cambiar estas actitudes negativas exigió respeto y tolerancia".

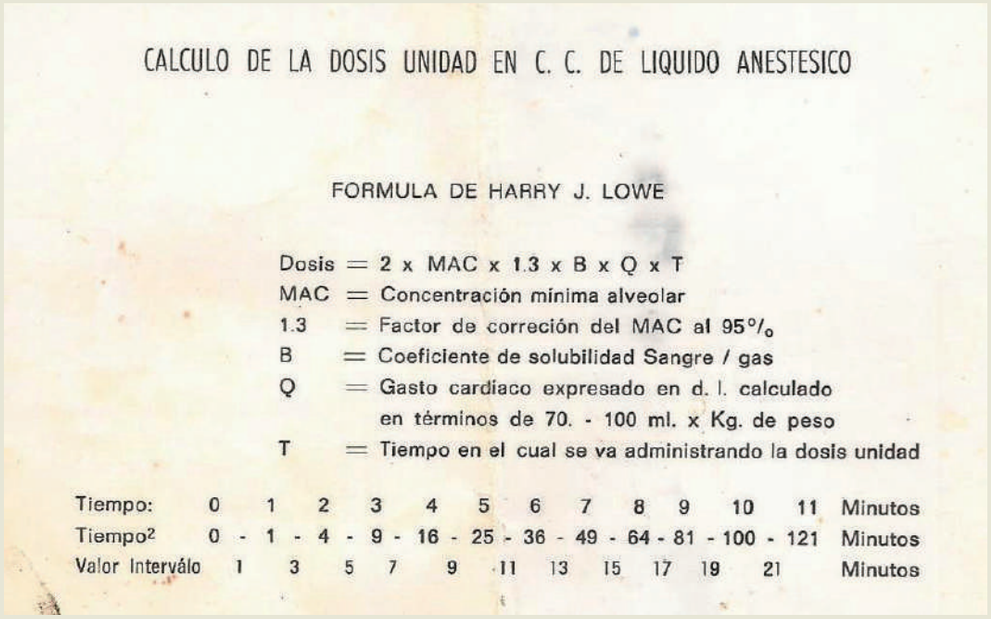
En la actualidad la unidad funciona con dos especialistas: el Dr. Gómez, certificado por la Universidad de la Sabana, por derecho adquirido y por una complementación de seis meses programada en 2004, y el Dr. Esmeribal Osorio, con certificación de México; y cuatro médicos generales que hay en la Universidad de Pereira, todos entrenados en el servicio, se pueden certificar con una complementación. "Los turnos solo se empezaron a remunerar en el año 2001; todo lo anterior fue hecho a punta de voluntad, cariño por los pacientes y responsabilidad profesional, como nos lo enseñaron en la residencia".

Del Dr. Eduardo García tiene un recuerdo muy importante; fue un gran profesor que abrió en la Samaritana una unidad todavía en formación, y la de la Caja Nacional, mucho más organizada. "Él me llevaba a sus sitios de trabajo para mi entrenamiento. Me tocó ver al Dr. Eduardo ganar controversias científicas con argumentos técnicos muy bien sustentados, especialmente con cirujanos muy encopetados de la época".

"La experiencia y el trabajo del cuidado intensivo parte de la formación de la Universidad de Caldas, porque allí había criterios clínicos supremamente importantes para sobrevivir a las deficiencias que había de tecnología a la hora de manejar a los pacientes". Un caso crítico era el de los gases sanguíneos en sus primeras etapas, pues los equipos eran muy difíciles, había muchos inconvenientes para su funcionamiento y los resultados eran muy erráticos en los primeros años, "teniéndonos que regir por una correlación clínica al lado del paciente".

Su formación con el Dr. José María Silva, "Chepe" Silva, en anestesia para oftalmología, fue muy positiva, pero más importante fue la calidad humana que él le imprimió a su formación.

"Así fueron las primeras épocas del manejo de los pacientes en cuidado intensivo, muchas veces con resistencia y otras veces con desprecio frente a lo que se hacía; y solo poco a poco, con persistencia, con constancia, sin pudor, se logró estabilizar un buen servicio".



CALCULO DE LA DOSIS UNIDAD EN C. C. DE LIQUIDO ANESTESICO

FORMULA DE HARRY J. LOWE

Dosis = 2 x MAC x 1.3 x B x Q x T
MAC = Concentración mínima alveolar
1.3 = Factor de correción del MAC al 95%
B = Coeficiente de solubilidad Sangre / gas
Q = Gasto cardiaco expresado en d. l. calculado en términos de 70. - 100 ml. x Kg. de peso
T = Tiempo en el cual se va administrando la dosis unidad

Tiempo:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Minutos
Tiempo²	0	1	4	9	16	25	36	49	64	81	100	121	Minutos
Valor Interválo		1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	Minutos

Cálculo de la dosis de anestésico para anestesia cuantitativa

SU VISIÓN DEL CUIDADO INTENSIVO

Las unidades de cuidado intensivo, o mejor aún, los espacios donde se atendía a pacientes críticamente enfermos, eran en sus primeras etapas un problema para las directivas del hospital: no sabían cómo organizarlas, dónde ubicarlas en el organigrama del hospital, y además eran un problema financiero, por la exigencia de equipos, personal de enfermería y terapia respiratoria. "Creo que todos tuvimos que luchar contra la resistencia de las directivas y contra la incomprensión de los colegas". Cuando se regularon estos servicios la situación ya había cambiado, y de ser una carga para las instituciones, se han convertido en una importante fuente de ingresos.

Mi visión del cuidado intensivo y la que hemos impuesto en el medio, es que este no es un servicio para atender pacientes premortem, *sino una unidad médico-quirúrgica para ayudar a recuperarse a pacientes con críticas posibilidades de vida. Esto no ha sido fácil en el medio, especialmente en sus inicios, aunque todavía hoy existe esa tendencia, una forma de desencartarse de los pacientes, de dejarlos los fines de semana para que los médicos tratantes se vayan a descansar. Desde allí se ha evolucionado a una estrategia técnica científica, y ahora quien define quién va a la unidad es el médico que allí trabaja.*

Por otra parte, cree que el objetivo del médico de cuidado intensivo es hacer una "atención básica general" de conservación del paciente y no convertirse en actor especialista responsable de todo: "No creo que pueda hacer de hematólogo, nefrólogo, cardiólogo, etc.; allí hay un error, muchas veces somos llamados para ver al paciente de cardiología sin que antes lo haya visto el especialista, con la intención de enviar al paciente a la unidad".

Por último, cuenta el Dr. Gómez:

Sigo trabajando en anestesia, esta sigue siendo mi profesión primaria, ya no hago administración, no soy jefe, soy un anestesiólogo proyectado en la unidad, y así hemos logrado desarrollar un servicio de calidad sin dejar de lado mi formación primaria. Trabajo con la universidad, recibo estudiantes de pregrado, pero no les enseño anestesia; allí van a aprender el manejo básico de la via aérea, monitoreo, anestésicos locales, a conocer la especialidad, además porque en el tiempo que me da la universidad no hay oportunidad de enseñar más.



PERFILES

SANTANDER

Guillermo González, pág. 232
Carlos Ortiz, pág. 235
Álbaro Yepes Martínez, pág. 239
Hugo Castellanos Escobar, pág. 243
Fabio Laguado, pág. 244
Jorge Suárez Motta, pág. 246
Héctor Aponte, pág. 250



Electrocardiógrafo, 1950

GUILLERMO GONZÁLEZ

Se graduó de médico en 1977 y de anestesiólogo en 1984, en la Universidad Nacional de Colombia. Trabajó unos meses como profesor de esta universidad en el Instituto Materno Infantil, y después se trasladó a Bucaramanga con vinculación laboral completa en el hospital y de dos años en la UIS. En 1989 se vinculó al Seguro Social, donde estuvo hasta que la entidad se acabó cinco años después. En 1995 ingresó a la Fundación Carlos Ardila Lulle (51).

LA LUCHA POR LA REIVINDICACIÓN GREMIAL

Cuando llegó a Bucaramanga la Sociedad no existía, y no había sociedades científicas. Personajes muy ilustres, como el Dr. Armando McCormick Navas, el Dr. Manrique o el Dr. Fernando Vásquez, la habían constituido formalmente, pero con el tiempo se diluyó, y no existía el Hospital González Valencia, que fue después el núcleo fundamental de la anestesia.

Hacia 1985 un grupo de personas que tenían no solo la necesidad de alinearse, sino un espíritu que posibilitaba formar la organización, dieron los primeros pasos. De ese modo se creó nuevamente la Sociedad Santandereana de Anestesia, que en esa época logró la vinculación de todos los anestesiólogos, con lo cual se iniciaron las primeras luchas gremiales, "si se pudiera decir así", por el reconocimiento de la especialidad. Entonces, la UIS aceptó a un miembro de la Sociedad dentro de los comités de currículo y evaluación de los residentes, y con ello se inició el programa de residentes.

En el aspecto gremial, se inició la lucha para que los honorarios de la anestesia fueran desglosados de los honorarios del cirujano; se contó con el apoyo de otras especialidades, se crearon las sociedades de las especialidades quirúrgicas, se promovieron algunas escaramuzas laborales por la mejora de salarios en el hospital, que era un gran empleador en la época, y se inició un proceso en aras de la unificación de tarifas, lo



Dr. Guillermo González

"Con la especialidad me he sentido realizado, pleno, agradecido, convencido de que se puede mejorar y entusiasta ante cualquier perspectiva de unidad o de conformación de equipos".

RESOLVIENDO PROBLEMAS REGIONALES

cual continuó posteriormente, cuando se le entregó la presidencia al Dr. Jorge Suárez.

Se logró empezar a hablar de tarifas como parte del reconocimiento laboral, así como del honorario médico por aparte, pues hasta esa época no había una voluntad favorable por parte de los cirujanos, quienes decidían: "¿Cuánto le pago al anestesiólogo? ¿Cuánto de lo mío es suyo?"; o la clínica le decía: "A usted le pago por una cesárea tanto"; esto era variable.

Perteneció a la Junta Directiva Nacional de la S.C.A.R.E. como revisor fiscal, y allí le correspondió llevar una propuesta por un problema que había en Bucaramanga: había colegas que llevaban mucho tiempo en la anestesia y no tenían entrenamiento oficial, lo cual era un problema en todo el país. Se estudió el caso en la Junta Directiva, se buscaron alternativas y finalmente le dieron el aval para iniciar una solución; él habló con el decano de la facultad de la UIS y se aprobó un programa donde, en 1989, se entrenaron en anestesia los colegas, resolviéndose así una encrucijada muy difícil de la época.

Toda la vida ha pertenecido a la Sociedad y ha participado como directivo en el devenir de la anestesia regional y nacional.

SU VISIÓN DE LA ANESTESIA

El Dr. González asegura:

Con la especialidad me he sentido realizado, pleno, agradecido con ella, convencido de que se puede mejorar y entusiasta ante cualquier perspectiva de unidad o de conformación de equipos. Es una especialidad que me llenó todas las expectativas que yo tenía como médico y como persona.

No he entendido muy bien y no he aceptado la creación del FEPASDE en la Sociedad; modestamente, el FEPASDE es como el hijo bastardo que en un futuro puede llegar a opacar a la S.C.A.R.E., se puede llegar a perder el control del fondo. Una preocupación natural ha sido que la S.C.A.R.E., que la Sociedad, que la anestesiología, pierda el control sobre esa empresa, y preocupa el control derivado de convivir con los otros especialistas.

Le gustaría una Sociedad más Colombiana y Santandereana, más cercana al quehacer de la cotidianidad del anestesiólogo: "Aparte del congreso nacional y de la revista, son pocos los reales anestesiólogos que viven la Sociedad Científica; esta teóricamente da directrices, pero debe acercarse más al público". Otra cosa que le gustaría de la Sociedad es que pensara en la posibilidad de que los programas de residencia tengan un año más de duración, que sean de cuatro años, con objeto de que se termine con entrenamiento en un tema especial de la anestesia, de que el ultimo año el especialista pueda decidir: "quiero tal cosa, tal subespecialidad". "Me parece que la tendencia va hacia allá, a la conformación de un programa más especializado en cirugía obstétrica, cirugía cardiovascular, neuroanestesia, etc. Seguir entrenando anestesiólogos generales, teniendo la infraestructura para poder subespecializarse, creo que es desaprovechar un recurso humano académico muy valioso".

Los cuatro años de residencia, el último dedicado a una subespecialidad, como cuidado intensivo, dolor, neuroanestesia o anestesia cardiovascular, puede ser una opción, pero el Comité de Especialidades Médicas de ASCOFAME y las mismas directivas de las clínicas y los centros de entrenamiento no lo han considerado prudente, ya que es un anexo más que se agrega al residente.

Quien quiera, motu proprio, *puede hacer alguna subespecialidad en una de estas áreas, pero tiene que viajar a otra parte, al exterior; sin embargo, la Sociedad viene impulsando estos programas, y de hecho el Hospital de la Misericordia ha conformado un programa para el anestesiólogo pediatra. Pero no es ninguna intervención estatal, oficial, ni lo apoyan las universidades; se esperaría que esto cambie y haya opciones para ampliar la especialidad a los esperados cuatro años, ya que para allá vamos.*

Desde el punto de vista oficial, gubernamental, piensa que deberían regularse las residencias en Colombia desde el Ministerio de Educación Nacional y el ICFES, porque hay residencias sin mucha calidad, con prácticas en entidades particulares, las cuales tienen muchos residentes sin ninguna homologación académica bien calificada.

Según considera, otro aporte necesario de la Sociedad sería en la reforma del Sistema de Salud, donde ha sido muy activa, especialmente en la reforma al POS. Pero aún debe participar en tratar de revertir esa tendencia que se ha impuesto, de que el culpable de todo es el especialista, el médico, y no las directivas del POS o de las clínicas. Se ha trabajado en la Ley 100, pero hay otras cosas que son prioritarias, por ejemplo las relaciones con las EPS y las relaciones de docencia con las universidades privadas y oficiales.

CARLOS ORTIZ

DOCENTE INTEGRAL E INICIADOR DEL PROGRAMA DE POSGRADO EN SANTANDER

EL PRE Y POSGRADO Y EL INICIO DE LA CARRERA DOCENTE

Estudió el pregrado de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia de 1973 a 1980, y realizo el posgrado de Anestesiología y Reanimación entre 1983 y 1985 en la Universidad Nacional y el Hospital San Juan de Dios; manifiesta sentirse muy orgulloso de haber pertenecido a estas instituciones (52).

Ejerció la anestesia en Málaga entre 1985 y 1990, con ejercicio de tiempo completo y dedicación exclusiva. En 1991 se vinculó a la Universidad Industrial de Santander como docente de cátedra y en 1992 ingresó a la carrera docente. Desde un comienzo coordinó el posgrado de Anestesiología y Reanimación en la Escuela de Medicina de la Facultad de Salud, conformada por cinco escuelas del área de la salud: Medicina, Enfermería, Nutrición, Fisioterapia y Bacteriología. Entre 1992 y 1995 ocupó el cargo de jefe del posgrado de Anestesiología, y posteriormente, entre 1998 y 2005, ascendió a la jefatura del departamento de cirugía y a la coordinación del programa de Anestesia. En este periodo hizo la especialización en docencia universitaria y en administración universitaria. En 2005 fue designado director de la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander, cargo equivalente al de decano, para un periodo de dos años, y para el cual fue reelegido.

ACTIVIDAD GREMIAL

Fue presidente de la seccional de Santander por dos periodos entre 1999 y 2003, y miembro principal de su Junta Directiva entre 1995 y 1997. Ha ejercido como coordinador científico de asesoría profesional especializada en la Sociedad Colombiana de Anestesiología Regional Santander, en la modalidad de asesoría por caso, y de planta desde 2001.

El Dr. Ortiz explica que su condición de docente por un largo periodo en la Escuela de Medicina, y sus labores gremiales como presidente de la Sociedad Santandereana, miembro de Junta Directiva en varios periodos y coordinador científico en asesoría profesional en apoyo



▲ Dr. Carlos Ortiz

Su conocimiento de la problemática laboral, científica y asistencial de los asociados, a través de una experiencia adquirida durante años, generó en él un liderazgo y un papel conciliador en los diversos conflictos laborales resultantes del trajinar profesional.

SUS LOGROS EN LA ACADEMIA

al FEPASDE, no han sido antagónicos, sino al contrario, complementarios. El conocimiento de la problemática laboral, científica y asistencial de los asociados, a través de una experiencia ganada durante años, generó en él un liderazgo y una misión conciliadora en los diversos conflictos laborales resultantes del trajinar profesional. En ese contexto, se lograron unas negociaciones, justas para las partes, con los hospitales, sus directivos, las EPS y la industria farmacéutica. Su crítica se centra en la mínina colaboración del Servicio Seccional de Salud, que ha mostrado oposición a la convocatoria del Comité del Ejercicio Profesional de la Anestesiología reglamentado por la Ley 100.

Cuando empezó como profesor de planta en el posgrado de Anestesiología y Reanimación, la universidad mostraba una acentuada crisis por déficit de docentes, ausencia de programas y desinterés en continuar con algunos de los posgrados. En esa situación, el decano de la Facultad de Salud de la época le pidió el favor de coordinar el posgrado, dado su carácter y ánimo conciliador, al saber dialogar con facilidad y tomar decisiones consensuadas. El Dr. Ortiz le respondió que aceptaba esa designación a condición de facilitarle la reorganización del departamento de anestesia, advirtiendo que, en caso de no lograr su cometido, él mismo establecería los trámites para terminarlo con la colaboración de la universidad. Para lograr lo propuesto, la universidad debía nombrar nuevos docentes, ampliar el número de residentes y extender el programa de posgrado de dos a tres años.

En poco tiempo se fue instaurando una escuela de posgrado con categoría. Celebraron convenios con instituciones de salud y educación, universidades oficiales de Bogotá, Medellín y Cali, instituciones prestadoras de salud del Nororiente y entidades privadas, como la Fundación Cardioinfantil y la Fundación Cardiovascular de Bucaramanga, con las cuales se establecieron labores docentes de intercambio que generaron gran impulso y desarrollo al posgrado. Se extendieron las rotaciones por el Hospital San Juan

de Dios de Bogotá, mediante un convenio para hacer docencia con los residentes en la Unidad de Cuidado Intensivo, Urgencias y Trauma, y a la Clínica del Country se envió a otros residentes para la práctica de la anestesia intravenosa. El conjunto de estas actividades le dio un inmenso prestigio al programa, tanto así que a la fecha constituye el área mas disputada entre los aspirantes a realizar especializaciones del área médico-quirúrgica en la Universidad de Santander. Otro aspecto de gran importancia fue su logro al convencer a los profesores de anestesia de formar docentes universitarios, con el apoyo de la sección de pedagogía de la universidad; considera el Dr. Ortiz que esta decisión llevó a un cambio y a una mejora trascendental en la conducción y calidad del programa de posgrado.

Al momento, la planta cuenta con doce residentes: cuatro por nivel, con poca rotación extramural. Al haber logrado la formación del talento humano y el crecimiento paralelo de varias instituciones de salud de la ciudad que facilitaron el traslado de las rotaciones, se cuenta en la actualidad con profesionales especializados en diversas áreas de la anestesia: cuidado intensivo, clínica del dolor y cirugía oftálmica altamente especializada en la Fundación Oftalmológica Colombiana; por su parte, la anestesia pediátrica se desarrolla con mucho éxito en la Fundación Cardiovascular del Oriente.

Fue importante su logro de formar docentes universitarios con el apoyo de la sección de pedagogía de la universidad, decisión que llevó a un cambio y una mejora trascendental en la conducción y calidad del programa de posgrado.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

La universidad cuenta con dos publicaciones reconocidas en el área de salud: la revista formal de la Escuela de Medicina, *Salud UIS*, y la dirigida por estudiantes de medicina, *Médicas UIS*. Los anestesiólogos publican en la *Revista Colombiana de Anestesiología* sus trabajos de investigación, y en las revistas "propias" las revisiones de casos, los foros de anestesia y seminarios diversos. Desde 2010 Colciencias amplió el presupuesto para apoyar la investigación en las universidades, facilidad gracias a la cual el estudiante puede elaborar una propuesta como requisito para graduarse al finalizar el tercer año de residencia. Por su parte, los profesores les dan una formación inicial en investigación teórica y epidemiología clínica. En 2007 la universidad creó la Vicerrectoría de Investigaciones y Extensión, asumiendo una visión actualizada de avance positivo en esta área esencial de la formación.

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y ANESTESIA

El departamento de anestesia se ha convertido en el apoyo de los demás programas de posgrado en el área clínica, con profesores formados en epidemiologia clínica. El programa se desarrolla en la misma universidad en un centro de investigaciones epidemiológicas, con un buen número de profesores especializados en el área y con diplomados, los cuales conforman el grupo de investigadores. El *staff* está compuesto por seis profesores de tiempo completo y diez profesores de cátedra que cubren las necesidades esenciales.

"Desde el punto de vista empresarial, el crecimiento de la Sociedad ha sobrepasado unos límites imaginarios impensables en años anteriores, […] lo que le ha dado un carácter preeminente y decisorio en los conflictos gremiales de los médicos en el país".

VISIÓN DE LA ACTUALIDAD Y DEL FUTURO DE LA SOCIEDAD

A este respecto, el Dr. Ortiz comenta:

Desde el punto de vista empresarial, el crecimiento de la Sociedad ha sobrepasado unos límites imaginarios impensables en años anteriores, específicamente por el cubrimiento realizado por FEPASDE; el inmenso número de profesionales de la salud le ha dado a la Sociedad un carácter preeminente y decisorio en los diversos conflictos gremiales y laborales de los médicos en el país. Paralelo a lo anterior, el desarrollo científico de la Sociedad, iniciado años antes en los programas de posgrado de las universidades públicas y privadas, las publicaciones científicas, la calidad en la prestación del servicio en apoyo de las especialidades médicas y quirúrgicas, y la creación de nuevas subespecialidades, le han generado a la anestesiología un lugar preferencial en el universo de la atención de calidad a la población.

En lo empresarial, la Sociedad tiene una organización y un crecimiento bien reglamentado en los diversos servicios de apoyo, tendentes al beneficio del crecido número de asociados. Deberá darse mayor énfasis a los aspectos gremiales y laborales que surgen a menudo por razones de las reglamentaciones, las empresas de salud y la contratación. Estimo necesario darle una mayor autonomía a las Sociedades Regionales: que estén coordinadas por la Sociedad, sin que esta exceda la centralización y la toma de decisiones por personas y no por asambleas.

SU VOCACIÓN: LA ANESTESIOLOGÍA

Para finalizar, sobre su vocación de anestesiólogo, el Dr. Ortiz señala:

Nunca dudé que llegaría a ser anestesiólogo. No pensé que fuera tan satisfactorio desde el punto de vista profesional ejercer esta función. Vivo para la anestesia y por la anestesia, con labores esporádicas y con las instituciones públicas y privadas. Solamente he trabajado por la Sociedad, con el hospital y la universidad. Vivo de la docencia, y la anestesia es la profesión que me ha visto crecer personal y profesionalmente. Con la anestesiología me siento muy compensado y muy satisfecho, y ha sido mi proyecto de vida. Desde el punto de vista económico no me ha preocupado tanto, pues tengo lo suficiente, y mientras pueda hacer las cosas bien, con dedicación y tiempo, me encuentro más que satisfecho.

ÁLBARO YEPES MARTÍNEZ

LÍDER REGIONAL Y NACIONAL DE LA ANESTESIA

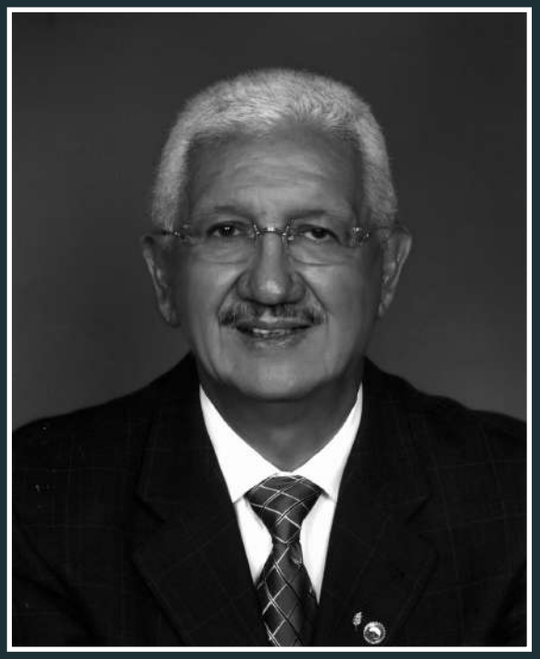
Nació en Carmen de Bolívar el 21 de julio de 1947. Cursó primaria en el Colegio Antonio Ricaurte del Carmen de Bolívar y el bachillerato en el Colegio de la Universidad Libre de Cartagena. Se egresó como médico de la Universidad de Cartagena en la promoción de 1975, y sus estudios de posgrado en anestesiología son de esta misma universidad, los cuales terminó en 1979 (53).

LA ANESTESIA Y LA ACADEMIA

El Dr. Yepes ha sido un miembro activo de la sociedad civil, con participación en innumerables organizaciones de todas las características, dentro de lo cual se puede resaltar: fundador de la Asociación Medica Regional en el Carmen de Bolívar, cofundador de la Cruz Roja y la Defensa Civil, miembro del Club Rotario de la Cámara de Comercio y de la Cámara Junior, y concejal de Carmen de Bolívar cuando pasó por esta ciudad.

Al terminar la especialización se desplazó al Carmen de Bolívar a trabajar en el Hospital Montes del Carmelo, donde ocupó el cargo de jefe de sala de cirugía; allí implementó la consulta preanestésica de los pacientes institucionales antes de su hospitalización y de los pacientes no institucionales la noche antes de la cirugía. Pasó luego a El Banco, Magdalena, como jefe del área quirúrgica, donde desarrollo el primer "Manual de técnicas de asepsia de quirófanos y de área quirúrgica", e implementó la sala de recuperación con vigilancia permanente por parte de una enfermera.

En 1983 se desplazó a Bucaramanga, donde ingresó como anestesiólogo al Hospital Universitario Ramón González Valencia, y a los dos meses se vinculó a la Universidad Industrial de Santander como docente de anestesiología para pre y posgrado, donde estuvo más de 20 años participando en la formación de sendas generaciones de anestesiólogos. Cuando fue encargado de la jefatura del departamento de anestesia, implementó el programa de homologación para los anestesiólogos que ejercían sin tener títulos, lo que había autorizado la reglamentación de la



▲ Dr. Álbaro Yepes Martínez

Como docente, abrió espacios académicos para formar conferencistas, y por ello tiene la satisfacción de que en todos los congresos hay santandereanos alumnos suyos dictando conferencias a nivel nacional e internacional.

Ley 6ª de 1991; con esta modalidad de certificación obtuvieron su título los Dres. Luz Mery de Pavón y Francisco de Montijo. En la primera promoción de anestesiólogos que contribuyó a formar, se graduaron los Dres. Raúl Osorio y Gabriel Ramírez. Más adelante se vinculó como anestesiólogo asistencial del hospital, trabajando de manera simultánea a su condición de profesor asistente de la universidad.

Como docente le dio mucha importancia a dos aspectos. En primer lugar, abrió espacios académicos para formar conferencistas, y por ello tiene la satisfacción de que en todos los congresos hay santandereanos alumnos suyos dictando conferencias a nivel nacional e internacional. En segundo lugar, dedicó tiempo para contribuir a que sus alumnos de anestesia fueran empresarios, y gracias a ello, en los más de veinte grupos que tuvo en sus manos, por lo menos el 70 % de sus alumnos terminaron siéndolo, al convertirse en dueños o socios de clínicas y empresas médicas. "Tenemos que formar a nuestros alumnos para que sean emprendedores, innovadores, confrontarlos, que no sean anestesiólogos de sueldo, sino empresarios de la anestesiología. Esta es otra diferencia con otras especialidades".

SU PARTICIPACIÓN GREMIAL

Su vinculación a la actividad gremial se inició en la regional del departamento, con la llegada de varios especialistas de escuela, con lo cual se reactivó la Sociedad Santandereana de Anestesiología; él fue el primer vicepresidente de esta nueva era, desarrollada con la participación de los Dres. Jorge Suárez, Guillermo González, Adolfo Rodríguez y Fabio Laguado. Desde las directivas de la regional hizo parte del comité organizador del "Primer curso de reanimación cerebro-cardiopulmonar" dictado por la S.C.A.R.E. La reactivación de la Sociedad Santandereana fue una de sus acciones más relevantes, pues a su llegada a Bucaramanga no había Sociedad, salvo por una de papel que tenía el objetivo de manejar las contrataciones, y nada más.

Logramos conformar una Junta Directiva en la que incluimos a todo el mundo, una sociedad de inclusión, y a cada cual le dimos diferentes títulos dependiendo de la formación de cada personaje que trabajaran la anestesia; había miembros de número, miembros asociados (los que no eran anestesistas y ejercían sin título), y se le dio entrada a los residentes.

En esta "nueva" Sociedad regional fue el organizador del primer congreso nacional celebrado en Bucaramanga, en su versión XVIII, del 17 al 20 agosto de 1989. "Fui uno de los primeros 100 socios que tuvo el FEPASDE desde la regional". A nivel local, allí se luchó porque los honorarios de la anestesia no estuvieran ligados a los del cirujano, en una gran pelea que libraron y ganaron; lograron sus propias tarifas independientemente de lo que cobrara el cirujano, y en algunas instituciones, como Capruis, consiguieron que en algunos procedimientos le pagaran más al anestesiólogo que a los cirujanos.

"Siempre estuve vinculado a los aspectos gremiales, y en el año 2000 fui elegido como miembro principal de la Junta Directiva Nacional; en el 2003 llegué a la vicepresidencia y en 2005 llegué a la presidencia, con reelección en el 2007". Fue presidente de la S.C.A.R.E. en dos periodos, de 2005 a 2007 y de 2007 a 2009. Además, su actividad no se centró solo en sociedades de anestesia, sino que ocupó el cargo de secretario nacional de Sociedades Científicas en 2007.

SUS REALIZACIONES COMO PRESIDENTE

Su papel principal como presidente fue el de promover e implementar la reestructuración de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, lo que dio a esta un nuevo ordenamiento jurídico y empresarial, como punto de partida de la nueva estructura económica.

Presidió dos congresos, uno de ellos en Santa Marta, el primero que se hizo con un apoyo, no total pero sí parcial, ddiferente al de las casas farmacéuticas:

Creo que fue de lo más importante, porque fue el viraje que le dimos a la Sociedad, que no dependiéramos de las casas comerciales en un ciento por ciento; dejamos de depender de las empresas farmacéuticas y distribuidoras de equipos médicos, porque conseguí el patrocinio de la Constructora Jiménez, la cual aportó 50 millones de pesos para el congreso, y de la Gobernación del Magdalena a través de la Secretaría de Cultura y Turismo.

El otro congreso que dirigió fue el de Bogotá en 2009, el primero que tuvo trasmisión simultánea por internet, un experimento que permitió que anestesiólogos de fuera de Colombia participaran con algunas conferencias: "Fue un hecho relevante con el que nos abrimos al mundo, muy positivo". No obstante, esto se ha querido ocultar al asignar esta primera salida a otros; pero no, él fue el primero que logró este tipo de éxitos a nivel nacional e internacional.

SU VISIÓN DE LA SOCIEDAD

Respecto a su visión de la Sociedad, el Dr. Yepes comenta:

Como expresidente, la veo como la institución científico-gremial más importante y organizada del país, con una proyección empresarial limitada frente a las nuevas normas y reglamentaciones próximas a implementar por el Gobierno, ante las que tenemos que crear el mayor blindaje posible en los temas fiscales y del funcionamiento interno, con una acción más participativa de los miembros de la Sociedad y de la Junta Directiva.

Considera que hay en el ambiente ciertos celos por parte de otras organizaciones con objetivos científico-gremiales similares, lo cual debe servir como una voz de alerta frente al producto estrella, el FEPASDE. Cada vez aparecen en el mercado productos que tratan de competir con este, ofreciendo algunas gabelas que no se sabe qué tan perdurables puedan ser en el tiempo, pero que no dejan de ser una amenaza. Cree que se debe aportar cierto *plus*, como la ayuda psicológica y psiquiátrica a nuestros demandados, dado que la condición del médico frente a los procesos éticos, penales o civiles causa demasiado desgaste, estrés, lo cual, sumado al estrés propio de la profesión, puede ser dañino para la salud física, mental y espiritual:

Dedicó tiempo a contribuir a que sus alumnos de anestesia fueran empresarios, gracias a lo cual al menos el 70 % de ellos terminaron siéndolo, al convertirse en dueños o socios de clínicas y empresas médicas.

SATISFACCIÓN COMPLETA

Los demandados de la regional de Santander, como saben que fui presidente y suponen mi conocimiento del interior de la empresa, me llaman, que están en problemas, y les noto sus angustias; son amigos y cercanos y me dicen: "es que yo no duermo"; considero que vale la pena que comencemos a dar apoyo psicológico y psiquiátrico, porque no estamos acostumbrados a esos menesteres.

Cree que hay situaciones que los expresidentes, que son asesores de la Junta por mandato estatutario y su conocimiento de la empresa, deberían conocer, para aportar soluciones a situaciones especiales. Un ejemplo de ello está en la salida del director ejecutivo anterior: con frecuencia le preguntan: "¿que pasó?", y él piensa que se debería tener la oportunidad de opinar o a lo menos enterarse de ciertas decisiones. "Estas cosas son como la historia: si no se cuenta, se extingue, se olvida. Considero que en cada seccional debería haber un foro de expresidentes nacionales como lo hay en Bogotá, y que eso sea una oportunidad de acercarse más a la Sociedad, de compromete más".

Como médico y anestesiólogo, el ejercicio de la anestesia llenó las expectativas de su vida por completo:

Repetiría en mi vida el estudiar lo mismo, con la misma pasión, la misma entrega, y ahora, cuando me dedico más a la labor social y al ejercicio de la profesión médica, puedo entender más fácilmente la angustia de la gente frente a los actos quirúrgicos: me llaman a que los acompañe como amigo, como familiares. Este aspecto los anestesiólogos no lo vivimos en nuestro ejercicio diario, porque la actividad cotidiana no nos da ese espacio, no tenemos oportunidad de mirar la angustia de cada persona cuando un familiar está frente a una cirugía, así sea la más sencilla. Sabemos que una simple circuncisión es un drama terrible para los papás.

Su vida profesional está totalmente llena de satisfacciones: "Y lo puedo decir con voz en cuello, me siento feliz con la labor cumplida como anestesiólogo, como formador de anestesiólogos con una visión académica, científica, gremial y empresarial". Le han otorgado dos veces el máximo galardón que se puede entregar a un anestesiólogo de Santander, la "Medalla al Mérito Fernando Vásquez Ordóñez", quien es el padre de la anestesiología en Santander. El Dr. Yepes fue el primer ganador de este galardón en 1996 y se lo entregaron una vez más en 2001.

No hay duda de que el Dr. Yepes, con sus acciones, es uno de los ilustres de la anestesiología colombiana de ahora y todos los tiempos. Sus ejecutorias son visibles y se prolongarán en el tiempo.

HUGO CASTELLANOS ESCOBAR



▲ Dr. Hugo Castellanos

Nació en San Andrés, provincia de García Rovira, Santander, y se casó en 1963 con Victoria Chalela Chalela, con quien tuvo tres hijos: Hugo, anestesiólogo, Smaya, administradora hospitalaria, y Omar, administrador de empresas. Es bachiller del Colegio Provincial de los Hermanos Cristianos en Pamplona, Norte de Santander, donde se graduó en 1949. Y es médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, graduado en 1957 (54).

Recibió entrenamiento en anestesiología y fue a Toledo, Norte de Santander, a ejercer su profesión. En 1962 ingresó al Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, al servicio de anestesia, donde se iniciaba el paso de esta de las manos de las religiosas y los empíricos a los médicos con entrenamiento en anestesia. Con ello concluyó el ciclo de la hermana de La Presentación, Belarmina, y la ayudante Fanny.

En 1967 ingresó como anestesiólogo a la Clínica Bucaramanga, donde ejerció hasta su muerte. Tuvo tiempo para la docencia informal en compañía del Dr. Jorge Enrique Chona Vásquez y la Dra. Martha Trujillo Cabrera, después especializados en la Universidad Industrial de Santander en el programa especial para personas sin curso formal de anestesia.

FABIO LAGUADO

Médico de la Universidad Industrial de Santander con estudios de posgrado en la Universidad de Antioquia, donde se graduó en 1982 (55).

Se vinculó como docente a la Universidad Industrial de Santander, donde colaboró en la organización de los estudios de posgrado en anestesiología por diez años y medio. Esta fue la primera residencia que tuvo la Escuela de Medicina de Bucaramanga. Primero se fortaleció el pregrado y después se dio énfasis al posgrado, mediante la rotación por los hospitales de Bogotá en las áreas de cuidado intensivo, neuroanestesia y pediatría, debido a la estrechez de los espacios de práctica en el Hospital González Valencia.

Con la organización del posgrado y la acción decidida del Dr. Carlos Ortiz y el Dr. Jorge Suárez, se dio preponderancia a la especialidad y se iniciaron las residencias propias en los hospitales de la ciudad, en las áreas de neuroanestesia cardiovascular y cuidado intensivo.

La Universidad Industrial de Santander ha tenido en las dos últimas décadas áreas de especial reconocimiento, como la anestesia para oftalmología, anestesia cardiovascular, cuidado intensivo y pediatría. Ha sido muy gratificante el número de alumnos que se presentan a la especialidad, y el desempeño de calidad y éxito de los residentes egresados del posgrado, quienes han replicado las enseñanzas de su preparación en el programa.

Al inicio de estas actividades hubo diferentes tropiezos por razones de la forma empírica como se ejercía la anestesia; al igual que en otras ciudades de Colombia, no había academia o sociedad que la regulara, y los anestesiólogos trabajaban en forma aislada en sus clínicas particulares. Con la creación de la filial, con un número mínimo de socios y el apoyo de la S.C.A.R.E., se generó la conciencia de gremio, la organización laboral, la mejoría en las relaciones interpersonales y la necesidad de la prestación de un servicio seguro y eficaz.

"La anestesiología me ha dado la oportunidad de integrar en ella muchas áreas de la medicina: cardiología, farmacología, neumología y cirugía, y al final observar los resultados de esta integración médico-quirúrgica en la resolución de las diversas patologías".

AFILIACIÓN A LA SOCIEDAD

Con las gestiones de los médicos anestesiólogos recién graduados se iniciaron las labores para crear la filial de Santander; allí tuvo activa y decidida participación el Dr. Jorge Suárez Motta, quien impulsó la conciencia y los cambios académicos y gremiales en los que participaron los Dres. Adolfo Rodríguez, Guillermo González, Héctor Aponte, Álbaro Yepes y Carlos Ortiz; ellos crearon la necesidad y fueron partícipes de las luchas en esta organización gremial, las cuales, a su vez, fueron sucedáneas del trabajo aislado del Dr. Fernando Vásquez.

El Dr. Laguado opina que debe fortalecerse la parte gremial desde el currículo de la especialidad y la tarea de los docentes, dándole a la anestesia una conciencia humanística como ejemplo de vida sana y noble ejercicio, además de los intereses de grupo y los económicos. Considera que la unión gremial hace la fuerza para el logro de mejoras en calidad de vida laboral y oportunidades de ascenso en la escala profesional. Cree que los anestesiólogos tienen un apoyo importante en la Sociedad, la cual les presta servicios de apoyo científico, laboral, asesoría jurídica y profesional.

En su opinión, cada uno de los afiliados debe dar ejemplo de liderazgo y fortaleza, y distinguirse en el ejercicio limpio y honesto de la especialidad, al no permitir prácticas indebidas que vayan en contravía del respeto a la vida del paciente y a la dignidad de la profesión, como ocurre con la práctica de las anestesias simultáneas en algunas regiones del país; a este respecto, está seguro de que, con el trabajo decidido de los afiliados a la Sociedad, podrá eliminarse esta práctica ilegítima a veces amparada por factores económicos de los administradores y las empresas prestadoras de salud.

IMPACTO DEL EJERCICIO EN LO PERSONAL

Sobre este impacto en su vida personal, el Dr. Laguado afirma:

Considero que la anestesiología ha sido la realización de mi vida, por haber tenido la oportunidad de integrar en ella muchas áreas de la medicina: cardiología, farmacología, neumología y cirugía, y al final observar los resultados de esta integración médico-quirúrgica en la resolución de las diversas patologías. Llegar al paciente y analizar la solución de sus problemas, con el alivio del dolor, es muy gratificante y valioso, y luego de tratar al paciente urgente o en estado crítico, verlo reintegrado a la sociedad con el pleno goce de sus facultades físicas y mentales. Como persona, vivo altamente agradecido con la anestesia, porque me ha dado oportunidad de vivir sanamente, tener logros y una familia unida y alegre.

JORGE SUÁREZ MOTTA

EXCELENCIA Y LIDERAZGO GREMIAL

Nació en la ciudad de Bucaramanga en 1949, en una familia numerosa compuesta por 12 hermanos. Hizo la primaria y el bachillerato en el Colegio Provincial de Pamplona, donde se graduó en 1968, y al terminar se inscribió a un curso preuniversitario en Bogotá, en la universidad INCCA. De allí ingresó a la Facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional, pero su anhelo juvenil era la medicina, por la cual se sentía especialmente atraído y motivado.

SU INGRESO A LA ACTIVIDAD ACADÉMICA

En forma solitaria y sin apoyo paterno, se presentó a la Universidad Javeriana en 1970, y luego de pasar el examen de admisión ingresó a la Universidad Nacional, donde se graduó en julio de 1978 (56).

Prestó el servicio social obligatorio en Vélez, Santander, y a continuación inició el programa de posgrado en Anestesiología de la Universidad del Rosario en el Hospital San José, en 1986. Regresó a Bucaramanga al Hospital Universitario Ramón González Valencia, y se vinculó un año más tarde al posgrado de Anestesia en Ciencias de la Salud de la Universidad Industrial de Santander.

En esta nueva actividad le impresionó sobremanera la falta de un programa estructurado, por la debilidad de los contenidos y a raíz de la incipiente creación del servicio. Dado que venía de un posgrado organizado, el de su formación en la Universidad del Rosario, comenzó aplicando la metodología docente del Hospital San José: instaló una réplica en la parte organizacional e inició una actividad académica basada en reuniones frecuentes con los profesores y residentes, discusión de casos y clubes de revistas; insistió en la necesidad de impartir clases teóricas a los residentes, quienes en aquella época estaban dedicados casi en exclusiva a la práctica asistencial y de urgencias.

En 1991, al retirarse de la universidad e ingresar al Instituto de Seguros Sociales, ya se había creado unas bases sólidas y sostenidas en la docencia del posgrado, y entonces organizó el Primer Simposio de Actualizaciones en Anestesia del Oriente Colombiano. Mientras tanto, ya se daba énfasis a las reuniones docentes, y celebró por primera vez el Día del Anestesiólogo con la presencia de los 18 profesionales que ejercían en la ciudad.



▲ Dr. Jorge Suárez Motta

"La Sociedad debe implementar la campaña de combatir, por todos los medios administrativos y jurídicos, las anestesias simultáneas, mediante un compromiso de los anestesiólogos de todas las regiones".

BREVE HISTORIA DE LA REGIONAL SANTANDER

Anteriormente la anestesia se ejercía en forma aislada e individualista en las distintas clínicas de Bucaramanga, y la actividad gremial era nula, con un restringido sentido de unidad. En un trabajo perseverante, el Dr. Suárez, junto a otros profesionales recién llegados, consiguió en forma sucesiva la certificación, con médicos que ejercían anestesia sin especialidad ni formación académica, pero que aportaban una buena tradición y un reconocimiento en el medio quirúrgico. De esta forma se estableció contacto con los Dres. Gilberto Suárez, Miguel Manrique León, Carlos Castellanos y Álvaro Manrique, entre otros, y con el aporte de los residentes que laboraban en sus prácticas en asistencia, se formó un conjunto que llegó a concretar el grupo en los preliminares de la creación de la sociedad filial.

CARGOS DIRECTIVOS EN LA SOCIEDAD

Una vez instalado y comprometido con las labores asistenciales y académicas, el Dr. Suárez fue nombrado vicepresidente de la Sociedad Santandereana de Anestesiología en 1989. Como docente en propiedad, fue designado coordinador del posgrado de Anestesia de la UIS y jefe del servicio durante dos años. Se presentó a concurso abierto para el Seguro Social y fue nombrado especialista, gracias a la calidad de su examen de admisión y al perfil adecuado a las necesidades de la institución. Por la misma época fue elegido presidente de la Sociedad Santandereana de Anestesiología, cargo honorífico que ejerció durante diez años en diversas oportunidades. En 1995 resultó elegido vicepresidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, bajo la presidencia del Dr. Saúl Charris Borelly, y entre 1995 y 1997 se desempeñó como miembro del Comité Ejecutivo de la S.C.A.R.E. Estas posiciones lo proyectaron a un liderazgo gremial en el ámbito regional y nacional, donde dedicó un gran interés a la creación del Fondo Especial Solidario de Demandas FEPASDE, iniciativa presentada con su apoyo en la asamblea de Pasto en 1990.

Con base en los resultados de una encuesta aplicada en Santander en 1991, sobre la conveniencia y la favorabilidad del fondo, que resultó ser apoyada en forma positiva por los anestesiólogos de la época, la asamblea de la Sociedad, reunida en Barranquilla en 1992, aprobó su creación, luego de serios análisis consensuados y por razones de conveniencia expuestos por los delegados, debido a la reciente sanción de la Ley 6ª de Anestesia. El fondo comenzó a funcionar en Santander el 16 de mayo de 1993, y por falta de espacio apropiado y de oficina, el Dr. Suárez manejó las

"La Sociedad debe perseverar en la preparación de sus afilados con inclinaciones directivas, promoviendo la formación en sólidas bases en aspectos jurídicos, financieros y de auditoría, con la meta de lograr el autocontrol de su propia asociación".

tareas de dirección por tres años desde la sala de su domicilio, donde inscribió personalmente a 180 médicos, en su mayoría anestesiólogos.

El 1 de noviembre de 1986 la S.C.A.R.E. organizó una oficina y lo encargó a él como gerente regional, para representar los diferentes productos del portafolio del fondo: créditos, agencia de seguros, cursos virtuales de actualización jurídica y apoyo a la gestión del conocimiento. Toda esta fue una labor valiosa y eficaz en extensión, que le ha aportado inmensos beneficios a la Sociedad. Su gestión finalizó en 2010, cuando por decisión de la Junta Directiva Nacional se creyó conveniente fusionar cuatro grandes regionales: Caribe, Antioquia, Valle y Centro. Las dos filiales de Santander se incluyeron en la Regional Centro con sede en Bogotá.

IMPACTO DE LA LEY 6ª DE ANESTESIA

Para 1991, en razón a que un buen número de profesionales llevaban más de diez años ejerciendo la anestesia sin haber cumplido las exigencias de la especialidad consignadas en la Ley 6ª, el Dr. Suárez, desde la coordinación de posgrados, participó en la planeación de un programa dirigido a estos médicos, para que convalidaran el título y se actualizaran en las diferentes áreas de anestesia en los diversos centros de posgrado del país, en un término de cinco años, de acuerdo a la reglamentación de la Ley. Cuatro colegas de la ciudad cumplieron con la normatividad: el Dr. Enrique Chona, el Dr. Gilberto Suárez, la Dra. María Trujillo y el Dr. Arias (57).

ASPECTOS FAMILIARES

Su familia está compuesta por su esposa Myriam, pediatra de la Universidad Nacional, y tres hijos. El mayor de estos, Jorge Augusto, se especializó en Gobierno y Relaciones Internacionales en Estados Unidos, y ahora está dedicado a la política y asuntos urbanos en Ciudad de México; Margarita es médica de la Universidad Javeriana, estuvo en un programa de investigación en malformaciones congénitas, y en la actualidad está vinculada a la Universidad de Harvard en programas de investigación; y la hija menor tiene estudios de posgrado en la Universidad Javeriana.



Cánula orofaríngea

VISIÓN FUTURA DE LA ANESTESIOLOGÍA

En su concepto, la S.C.A.R.E., en sus facetas empresarial, académica y gremial, debe trabajar en forma coordinada y coherente para generar mejores oportunidades de conocimiento y actualización a los afiliados, así como elevar las condiciones laborales dignas en calidad de ingresos, exigiendo a las entidades de salud equipos de protección y monitoría modernos que mejoren la atención y el control del paciente, en aras de disminuir el riesgo operatorio y detectar precozmente los posibles errores en la administración de la anestesia.

Para él, la Sociedad debe implementar la campaña de combatir, por todos los medios administrativos y jurídicos posibles, las anestesias simultáneas causantes de morbilidad y mortalidad, mediante un compromiso con los anestesiólogos de todas las regiones, y el apoyo de los cirujanos y las directrivas universitarias y hospitalarias, en un seguimiento de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia, que forman parte de la Ley 6ª y cuya no observancia implica al profesional sanciones penales y administrativas. En los numerales 1, 2 y 3, sobre el monitoreo básico intraoperatorio, la Ley dice: "Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía" (58).

Por otra parte, considera que la Sociedad debe darles preponderancia a los socios eméritos, para que estos, con voz y voto en las asambleas, muestren sus cualidades académicas, expongan iniciativas y sean voceros de los demás socios, mediante sus oportunas observaciones y experiencias anteriores, en razón a su antigüedad y a los servicios prestados por años a la Sociedad.

EXPECTATIVAS, LOGROS Y TRIUNFOS PERSONALES

Sobre estos temas, el Dr. Suárez señala:

Como médico tengo que decir que en la especialidad de anestesiología encontré una de mis mayores satisfacciones personales y espirituales. Ejercí por 24 años la profesión en diversos centros, y me tocó en suerte liderar el grupo en la dirección de distintas instituciones y en el largo camino de labores en la filial de Santander. Me enorgullece haber sido postulado en tres asambleas a la orden Ombredanne de Oro. La Sociedad debe perseverar en la mayor preparación de sus socios con inclinaciones directivas, en relación a la formación con sólidas bases en aspectos jurídicos, financieros y de auditoría, con la meta de lograr el autocontrol de su propia asociación.

HÉCTOR APONTE

DE CHECOSLOVAQUIA A LA UIS COMO DOCENTE

Inició sus estudios en la Universidad Carolina de Praga, antigua Checoslovaquia, y una vez terminados los seis años hizo su posgrado en anestesia de 1970 a 1973, ya que este era de tres años. Regresó al país con su señora y una hija checa, y cuando llegó a Bucaramanga, el Dr. Fernando Vásquez era jefe de anestesia del Hospital González Valencia, y el único docente de la universidad. Su título no le fue reconocido, porque había una barrera en el campo para los países socialistas y el ICFES no admitía el título de médico; solo le reconocieron el título de anestesia, "porque en esa época el posgrado en Colombia era de dos años y yo traía tres", pero el titulo médico debió revalidarlo en la UIS (59).

En 1975 terminó la validación y se fue a la ciudad de Barrancabermeja, donde a su llegada la anestesia estaba en manos de los internos. "Diría que fui el primer anestesiólogo de escuela que llegó a la ciudad de Barrancabermeja; el director del hospital, muy complacido, me dijo que había mucho accidente a nivel de urgencias, porque lógicamente los internos no estaban en capacidad para esa atención". En "Barranca" permaneció tres años hasta 1978, y ese año, una vez revalidado el título y cumpliendo con el reglamento del año rural, regresó a Bucaramanga.

"Tengo un certificado como docente de medio tiempo de la Facultad de Medicina de la UIS". Dirigía el servicio el Dr. Vázquez y era jefe de anestesia el Dr. Miguel Serrano. Existía un posgrado de patología, y el Dr. Pedro Russi, decano de la facultad, estaba interesado en que se iniciara un segundo posgrado, y decía que debía ser el de anestesia. Surgió una controversia: el Dr. Serrano decía que no se podía organizar ese posgrado porque los docentes venían de diferentes escuelas: el Dr. Vásquez venía de la escuela de Canadá, el Dr. Aponte de la escuela de Checoslovaquia y el Dr. Serrano de la Universidad Nacional, y consideraba muy difícil unificar esos criterios. Hasta que llegó un momento en que el Dr. Pedro Russi le dio el ultimátum: "Empieza el posgrado o usted renuncia", y el Dr. Serrano prefirió renunciar. Entonces, el Dr. Vásquez fue nombrado jefe de anestesia y se inició el posgrado en esta especialidad. La sociedad de la anestesia en esa época estaba muy fragmentada: existía el grupo de los anestesiólogos del hospital, que eran los mismos del Seguro Social, y el grupo de las clínicas particulares, que era un grupo fuerte, pero por algún motivo este no congeniaba con los anestesiólogos del hospital.

En la Sociedad había muchos problemas, los colegas no asistían a las reuniones y era difícil que pagaran las cuotas económicas. Así, el inicio del posgrado fue un aspecto importante en la evolución de la Sociedad, ya que se juntó una nueva fuerza. El posgrado se inició en 1982, y con la fuerza de los residentes y la vinculación del Dr. Guillermo González, se empezó a mover "la fibra gremial" dentro de los mismos anestesiólogos; se empezaron a organizar las charlas científicas, que no existían, se invitó al Dr. Alonso Gómez, quien dictó algunas de ellas, y el "nuevo" grupo se propuso como meta organizar el XVIII Congreso Nacional de Anestesia en Bucaramanga, del 17 al 20 de agosto de 1989, el cual fue el primero y el único, porque no se volvió a hacer ninguno en la ciudad.

Después del congreso la Sociedad empezó a tomar fuerza, y al llegar el Dr. Jorge Suárez, "a mi modo de ver el pilar, el motor central de la Sociedad de Anestesia de Santander durante muchos años", el Dr. González se fue retirando de las actividades gremiales y aquel tomó las riendas.

El Dr. Aponte estuvo vinculado a la docencia en la universidad por 11 años. Cuando se inició el posgrado, se aceptaba a tres residentes.

Como a los tres o cuatro meses de iniciado vino una comisión de Bogotá, que tenía la misión de hacer un control de calidad; venían con la idea de que aquí se estaba engañando a los estudiantes, que no se estaban haciendo las cosas como se debía. Recuerdo que el colega que vino en esa oportunidad a hacer la revisión, pidió una reunión "a puerta cerrada" y presentó las dudas existentes. Había tres residentes y en ese momento éramos tres docentes […] y todos los días a cada docente se le asignaba uno de ellos. Finalmente el delegado bogotano reconoció que había docencia desde las 7 de la mañana en el quirófano, donde se explicaban y se enseñaban las técnicas; las dudas se aclararon y reconocieron que el posgrado estaba andando bien, con todas las de la ley.

Permaneció en la docencia hasta que se expidió una ley que prohibía hacer trabajo de docente y a la vez trabajo asistencial:

Trabajaba en el seguro en actividad asistencial y como docente en la UIS; se intentó cuestionar esta limitación, pero finalmente pasé mi renuncia y me dediqué a la asistencia desde el año 1990. Fue una norma para los docentes, porque en realidad a los del Seguro no los tocaron para nada. Nos tocó ir hasta la Procuraduría porque se decía que hacíamos "doble turno", lo cual no era cierto.

Trabajó en el Seguro Social hasta 1996 y de ahí pasó a la actividad privada, inicialmente a la Clínica Materno Infantil San Luis y después a la Clínica Confenalco, donde ha trabajado hasta los últimos días.

Su actividad académica fue muy interesante, en especial en las primeras épocas, cuando se encontraron en el Hospital González Valencia varias escuelas de anestesia. Como anécdota, recuerda que el Dr. Moya venía de la escuela americana, donde toda anestesia se hacía con el paciente intubado, mientras él venía de la escuela europea, que consideraba la intubación un acto demasiado delicado y comprometedor para un paciente que no la necesitara; entonces, cuando inició sus técnicas con mascarilla en el González Valencia, que tiene unos ventanales de vidrio grandes en cada quirófano y dan al pasillo, cuando estaba "dando mi anestesia con mascarilla a una fractura cerrada o en cirugías menores de una hora, se veía en la ventana al Dr. Moya con los residentes, para que vieran una anestesia peligrosa que nunca se debía dar".

"Me siento afortunado de mi trabajo de todos los días; si tengo que hacer un programa en la universidad, en la Clínica Comuneros, en el hospital, lo hago con gusto, y siempre para mí ha sido una gran satisfacción hacer mi trabajo".

SU VINCULACIÓN A LA SOCIEDAD

Por la misma época era tesorero el Dr. Carreño, quien se quejaba permanentemente de que los colegas no pagaban las cuotas y además lo insultaban. En ese entonces la Sociedad ofrecía pocos beneficios. Él lo reemplazó y organizó la tesorería, pero con la vinculación del Dr. Jorge Suárez el despegue fue definitivo. De esa especie de parálisis en que estaba sumida la anestesia en la región, sin ninguna actividad científica, con ningún tipo de conferencia, las cosas cambiaron, y ahora, con la actividad docente con los residentes, se implementaron reuniones para todos los anestesiólogos de la ciudad.

Afirma el Dr. Aponte:

No ocupé cargos directivos. Un día recibí un llamado del Dr. Jorge Gómez para que asumiera el cargo de jefe del posgrado. Ya llevaba como dos años de iniciada la residencia y no había satisfacción con el manejo que el Dr. Vásquez le daba al programa. Entonces él me llamó y me dijo: "El Dr. Vásquez está haciendo las cosas mal, no me gusta cómo está manejando el posgrado, así que lo voy a nombrar a usted jefe"; le pregunté si le había informado de las fallas al Dr. Vásquez, qué faltas estaba cometiendo, en qué estaba fallando, y él respondió: "No, usted acepte y después le decimos". No me gustó esa posición ni las condiciones, y no acepté el ofrecimiento. Ocupé el cargo de la tesorería por muchos años, y respecto a la presidencia del Dr. Jorge, no había mucho afán de darle un "golpe de Estado".

GRAN SATISFACCIÓN EN SU EJERCICIO PROFESIONAL

Siempre ha tenido una gran satisfacción en su vida, la de haber ejercido la profesión con mucha honestidad y mucho gusto. Recuerda a muchos colegas de otras especialidades que llegaban por ejemplo a las 7 a.m. y empezaban su jornada de trabajo renegando, "que aquí me tengo que meter cinco horas, con el sueldo que me van a pagar, si estuviera haciendo esto por allá, en una clínica particular, ganaría el doble, el triple"; iban como envenenados a hacer su trabajo.

Me siento afortunado de mi trabajo de todos los días. Que tengo que hacer un programa, llámese universidad, llámese Clínica Comuneros, hospital, lo hago con gusto y siempre para mí ha sido una gran satisfacción hacer mi trabajo.

"Cuando el anestesiólogo, en su rutina y trabajo, depende exclusivamente de los aparatos, va caminando hacia su deterioro; es importante durante todo el acto anestésico verificar el pulso, mirar la coloración de las mucosas, escuchar el corazón…".

SU VISIÓN DE LA ANESTESIA

Eso pudo haber impactado en mis honorarios, pero afortunadamente, sin que dejara de ser un aspecto importante, diría que en mi vida profesional trabajé muy tranquilo como anestesiólogo. Alguien me decía: "Pero usted no se estresa, usted no se angustia"; no me estresaba porque estaba haciendo mis cosas con mucha calma y no llegaba indispuesto a trabajar, me sentía contento.

Su esposa, después de que se jubiló, esperaba que dejara un programa que hizo por mucho tiempo en la Clínica San Luis y que ahora hace en la Confenalco. Para él no ha sido un estrés, "lo he hecho con gusto y lo seguiré haciendo así. Por ejemplo, ahora con el problema de salud, dije: 'Voy a hacer un alto en el camino, a solucionar mi problema, y si puedo volver a dar anestesia, lo haré con gusto'".

En su opinión, los cambios han sido muy radicales, los aparatos, los monitores, los anestesiólogos son mucho más técnicos. Recuerda que cuando llegó al González Valencia no había monitores cardiacos, todo el monitoreo se hacía con el fonendoscopio precordial y más adelante con el esofágico, tomando el pulso y la TA cada cinco minutos, mirando la pupila del paciente, y así duró mucho tiempo; fue una de las razones por las cuales se decía que no se podía organizar el programa de residencia, porque no había monitor cardiaco.

Los contrastes son enormes. Un conferencista en uno de los congresos decía:

Cuando el anestesiólogo, en su rutina y en su trabajo de anestesiólogo, depende exclusivamente de los aparatos, va caminando hacia su deterioro; es importante durante todo el acto anestésico verificar el pulso, mirar la coloración de las mucosas, escuchar el corazón, porque los aparatos pueden fallar marcando TA por encima de 90, y de pronto ese no es el dato correcto.

El avance de hoy es grande, todos los aparatos que existen para la conducción de la anestesia han sido un paso gigantesco y provechoso tanto para el paciente como para el anestesiólogo.

Recuerdo una anécdota interesante que da una perspectiva del cambio. Recién llegado me llamaron de la Clínica Santander para dar una anestesia, y tenían un monitor cardiaco para esa época bastante completo; le dije a la enfermera: "Pongámosle el monitor a este paciente", y la respuesta fue: "El Dr. anestesiólogo que trabaja aquí dice que no, porque se le van a acabar los dispositivos para fijar los electrodos".



HISTORIA DE LA ANESTESIA EN

SANTANDER

Gilberto Ortiz González, pág. 256



Espectrómetro para medición de electrolitos, 1980

GILBERTO ORTIZ GONZÁLEZ

Los inicios de la anestesia en Santander están relacionados, en la primera mitad del siglo XX, con el uso y la aplicación de la anestesia por parte de las hermanas de la caridad que prestaban sus servicios en el Hospital San Juan de Dios, ente creado en 1853 frente al Parque Romero de Bucaramanga (60).

A finales de la década de los 40, dos hermanos que habían realizado sus estudios de medicina inicialmente en Argentina y luego en Chile, llegaron a la ciudad a su práctica profesional: Gilberto Ortiz González y Luis Guillermo Ortiz González, este último, un eminente profesional de la psiquiatría que prestó sus servicios en el Hospital Psiquiátrico San Camilo y la Universidad Industrial de Santander (UIS). El Dr. Gilberto había recibido entrenamiento en anestesia durante sus estudios en Chile, del Dr. Ernesto Frías Montero (1908-1977), importante anestesiólogo que inició su carrera administrando anestesia con el aparato de Ombredanne, y desarrolló la especialidad en ese país.

En marzo de 1947, en compañía de varios profesionales y comerciantes de la ciudad, fundó la Clínica La Merced y se dedicó al ejercicio profesional de la anestesia hasta 1989, siendo durante muchos años el principal anestesista. En 1966 la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) lo certificó como anestesiólogo por su experiencia. Fueron sus colaboradores el Dr. Armando McCormick Navas, primer médico graduado en la escuela de anestesia del Dr. Juan Marín Osorio; el Dr. Álvaro Romero León, quien también prestaba sus servicios en la Clínica Santa Teresa; los Dres. Rigoberto Valencia y Manuel Guerrero, quien había estudiado en Argentina y posteriormente se radicó en dicho país; su hijo, el Dr. Gilberto Ortiz Suárez, graduado en la primera promoción de médicos de la Universidad Industrial de Santander en 1974, quien ejerció como anestesista y en 1999 convalidó su título de anestesiólogo en la UIS; el Dr. Gabriel Gutiérrez Giraldo desde 1981, también anestesista que convalidó su título de anestesiólogo en la Universidad El Bosque de Bogotá en el año 2000; y el Dr. Francisco Montijo Francisquelo, anestesiólogo graduado en la UIS en 1990. Al momento del retiro del Dr. Gilberto Ortiz González, su hijo continuó en la anestesia de la clínica hasta la actualidad. Por su parte, en la Clínica La Merced inició como radiólogo el Dr. Rocha, quien posteriormente se radicó en Barranquilla.

Había recibido entrenamiento en anestesia durante sus estudios en Chile con el Dr. Ernesto Frías Montero (1908-1977), importante anestesiólogo que inició su carrera administrando anestesia con el aparato de Ombredanne y desarrolló la especialidad en ese país.

El 5 de junio de 1949 se fundó la Clínica Bucaramanga y al principio sus anestesiólogos fueron los Dres. Hugo Franco, Armando McCormick, Hugo Castellanos Escobar, Luis Sanabria y Jorge Chona. La monja Omaira por muchos años acompañó la práctica anestésica en la Clínica Bucaramanga.

En 1950 el servicio de anestesia en el Hospital San Juan de Dios recibió al Dr. Hugo Franco Camacho, exalumno de la escuela de Marín en 1948, quien ejerció por poco tiempo en Bucaramanga para después radicarse en Barranquilla. Lo reemplazó el Dr. Armando McCormick, quien asumió sus funciones en el servicio compartiendo su trabajo con las hermanas de la caridad, especialmente la hermana Belarmina y su ayudante Fanny. En 1959 ingresó el Dr. Álvaro Romero León y posteriormente, en 1962, el Dr. Hugo Castellanos Escobar. En 1968 llegó el Dr. Fernando Vásquez Ordóñez, quien venía de Canadá, donde había adelantado estudios de anestesiología, y se vinculó a la academia en compañía del Dr. Humberto Moya en la Facultad de Medicina de la UIS.

El Hospital Ramón González Valencia había empezado a construirse en 1955. En 1974 se da al servicio la totalidad del hospital y se entrega a la Facultad de Medicina de la UIS la función docente-asistencial. Para 1974 el servicio de anestesia del Seguro Social y del hospital estaba conformado por el Dr. Miguel Manrique, quien también ejercía como pediatra; el Dr. Abelardo Carreño, quien había estudiado en Argentina; el Dr. Rigoberto Valencia; el Dr. Manuel Guerrero, quien también estudió en Argentina; el Dr. Luis Sanabria, quien colaboraba en la Clínica Bucaramanga; el Dr. Héctor Aponte, con estudios de anestesia en Checoslovaquia; el Dr. Carlos Rey Vargas, quien estudió en la Universidad Nacional; el Dr. Armando Uribe Toro, venido de Argentina; y los Dres. Humberto Moya y Fernando Vásquez Ordoñez, profesores de la Facultad de Medicina.

En julio de 1977 la entonces Sociedad Santandereana de Anestesiología, presidida por el

Dr. Vásquez, en asocio con la Oficina de Educación Médica de la UIS y el Departamento de Enfermería del Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV), organizó el Primer Simposio sobre Terapia Respiratoria dictado por el Dr. Carlos Salinas (boliviano) y la hermana Rose Karels (norteamericana), al servicio del Hospital Infantil de Bogotá y del Instituto Franklin Delano Roosvelt, en respuesta a las necesidades del hospital, relacionadas con la epidemia de poliomielitis y de Guillain-Barré. Y se inauguró en recuperación de cirugía un proyecto de cuidado intensivo con los respiradores Bird Mark 7, Mark 8 y Mark 10.

En agosto de 1985 se realizó, en asocio entre la Sociedad Santandereana de Anestesiología y Reanimación y la Sociedad Colombiana, el 2° Curso Nacional de Reanimación Cardiorrespiratoria, que otorgó a los asistentes el título de instructores en reanimación cardiopulmonar. En septiembre de 1987 una nutrida delegación de anestesiólogos santandereanos asistió al XVII Congreso Nacional de Anestesiología y reanimación en Cartagena, y coordinados por el Dr. Jorge Suárez Motta, consiguieron para Bucaramanga la sede del siguiente congreso nacional. En febrero de 1989 la Sociedad Santandereana y la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología realizaron el Curso de Insuficiencia Respiratoria.

En agosto de 1989 la Sociedad Santandereana de Anestesiología y Reanimación, presidida por el Dr. Jorge Suárez Motta, y la Sociedad Colombiana, realizaron en Bucaramanga el XVIII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación, con una asistencia numerosa de anestesiólogos nacionales y extranjeros, el cual fue considerado uno de los mejores congresos realizados hasta ese momento. La noche de la fiesta de integración, celebrada en una verbena en Girón, todos fueron sorprendidos por la infausta noticia del asesinato de Luis Carlos Galán Sarmiento, siendo necesario suspender el evento ante la gravedad del magnicidio.

Llegado el Dr. Fernando Vásquez Ordóñez, se dedicó a enseñar el ejercicio de la anestesia a todos aquellos que estuvieran interesados en el tema, y jocosamente se hablaba de la "escuelita del Dr. Vásquez". Formó al Dr. Alfonso Oviedo, quien ejerció en la provincia de García Rovira; al Dr. Antonio Higuera, quien también ejerció allí mismo; al Dr. Ricardo Arias, quien trabajó en el Hospital Ramón González Valencia y luego en Barbosa, Santander; al Dr. Amílkar Rivero, quien ejerció en San Gil y luego convalidó su título en Bogotá; al Dr. Fernando Barragán, radicado en El Socorro; al Dr. Jorge Enrique Chona Vásquez, quien colaboró en la Clínica Bucaramanga y después en la Fundación Oftalmológica de Santander y la Clínica Ardila Lulle; al Dr. Raúl Francisco de Montijo Marchecielo y a la Dra. Luz Mary Romero de Pabón, quienes trabajaron en el hospital y posteriormente se especializaron en la UIS; y a los Dres. Ernesto Ortiz Cala, Gabriel Gutiérrez Giraldo y Adalberto Camperos Torres, estudiantes de medicina que participaron también de sus enseñanzas y colaboraban en las actividades de anestesia en el hospital; al Dr. Camperos se le llamaba "el discípulo amado del Dr. Vásquez".

El servicio de anestesia de la universidad y el hospital se enriquecieron con las experiencias y anécdotas del Dr. Vásquez, quien tenía el apunte adecuado para cada momento y causaba risa en quienes lo acompañaban. Dio los primeros pasos para el inicio de la Especialización en

Anestesiología y Reanimación en la Universidad Industrial de Santander, recibiendo los primeros residentes en 1982.

Los primeros médicos especializados en anestesiología llegaron en 1977: el Dr. Miguel Serrano Gómez y el Dr. Carlos Díaz, quien estuvo por poco tiempo, y luego el Dr. Pedro Arenas, radicado posteriormente en Bogotá; después llegaron el Dr. Fabio Laguado, especializado en Medellín; los Dres. Álbaro Yepes y Adolfo Rodríguez, especializados en Cartagena; y los Dres. Jairo Correa, Carlos Ortiz Amaya y Jorge Suárez Motta, especializados en Bogotá.

La Especialización en Anestesiología y Reanimación se creó mediante Acuerdo del Consejo Superior de la Universidad Industrial de Santander Núm. 81 del 25 de abril de 1982, bajo la coordinación del Dr. Fernando Vásquez Ordóñez, siendo los primeros residentes los Dres. Ernesto Ortiz Cala, Raúl Hernando Osorio Trujillo y Gabriel Enrique Ramírez Guerrero. Meses después fue cuestionada la coordinación del Dr. Vásquez, con el alegato de que él no reunía las condiciones para dirigir al no haber culminado sus estudios en Canadá. El Dr. Vásquez recibió pleno respaldo de las directivas y continuó su labor por un tiempo más. El 25 de abril de 1985 el posgrado recibió la aprobación del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), con la Resolución 077 de 1985. El primer egresado Especialista en Anestesiología y Reanimación fue el Dr. Gabriel Enrique Ramírez Guerrero en 1987. Finalmente, el Ministerio de Educación Nacional otorgó a la especialización el Registro Calificado 4023 del 21 de julio de 2006.



Tensiómetro de mercurio



PERFILES

VALLE DEL CAUCA

Juan Manuel Gómez, pág. 262
Sigifredo Muñoz, Pág. 267
Hernando Barreto Bruce, Pág. 271
Carlos Camayo Ortiz, Pág. 273



Marmita esterilizadora, 1950

JUAN MANUEL GÓMEZ

DE LA ANESTESIA A LA ANESTESIA PEDIÁTRICA

Se graduó como anestesiólogo en la Universidad del Valle, y faltándole tres meses, los de la rotación electiva y las vacaciones, viajó a México a estudiar anestesia pediátrica, lo cual le había inculcado su mentor, el Dr. Arnobio Vanegas, con la ayuda del Dr. Édgar Cantillo, cirujano pediatra que había estudiado allá. Estuvo un año en el Hospital Infantil de México, y en el Hospital Federico Gómez se convirtió en anestesiólogo pediatra (61).

A su regreso se vinculó como profesor de la Universidad del Valle y empezó a trabajar con el Dr. Arnobio en cirugía pediátrica. No había en Cali especialistas certificados en esta subespecialidad. Algunos se dedicaban a ella por experiencia, sabían mucho, pero faltaba más rigor académico. Fue así que entre ambos empezaron a desarrollar otras técnicas, como las anestesias conductivas.

Cuatro años atrás había presentado los papeles para registrar su segunda especialidad con el Ministerio, pero le pusieron problema porque no se había graduado como anestesiólogo "general", así que debió hacer los trámites para resolver esta situación. En 1991, en el Congreso de Manizales, presentaron con el Dr. Vanegas un equipo para identificar el espacio peridural en los niños, trabajo que fue premiado en esa oportunidad. Posteriormente, después de los congresos de Cali, Cartagena y Bogotá en el año 2001, con el Dr. Jaime Jaramillo crearon el primer Comité de Anestesia Pediátrica.

Cuando nos pusimos en la tarea de visualizar la anestesia pediátrica se empezó a intervenir en los congresos, y de ahí nació la idea del libro de anestesia pediátrica, idea mía avalada por el Dr. Vanegas, y que se vino a desarrollar por el impulso que le dio Jaime Jaramillo.

Cuando se decidió que se escribiría este libro, el Dr. Gómez estaba por fuera del país, en Londres, y a su regreso lo invitaron a escribir unos capítulos. Preguntó por los editores, que eran el Dr. Jaramillo y el Dr. Gustavo Reyes, y entonces reclamó el derecho de estar ahí, pues la idea de escribir el libro había sido suya, así que escribió capítulos y fue reconocido como editor. De este modo nació el primer libro y después se publicó el segundo.



▲ Dr. Juan Manuel Gómez

"Pienso que mi principal escuela de relaciones humanas la tuve en la Universidad de Antioquia, un grupo extraordinario".

¿POR QUÉ LA ANESTESIA?

Pero pienso que todo lo de anestesia pediátrica nació del Dr. Arnobio, no hay la menor duda; con él seguimos haciendo trabajos, participando en los congresos, dando charlas, y así creció la anestesia pediátrica. Después volví a México, seguí como profesor de la Universidad del Valle y este año estoy completando 25 años de servicio académico.

Se escalafonó hasta profesor titular con base en el tiempo de servicio y las publicaciones que sumaban puntos; ascendió rápidamente a los 8 o 9 años de profesor, "y así he estado en los últimos 15 años".

Caleño de nacimiento, estudió el bachillerato en el Colegio Berchmans de los jesuitas y medicina en la Universidad Libre, siendo parte de la tercera promoción de esta carrera en 1986.

Su orientación por la anestesia nació de una anécdota personal y familiar. "Soy hijo de la decimocuarta hija de una familia española". Era jugador de tenis, había competido en los juegos centroamericanos y suramericanos por Colombia, tenía 14 años, y un día domingo le dio un dolor hacia la ingle, que supuso un desgarro; hacia el medio día le empezó fiebre y su madre lo llevó a un cirujano que vivía cerca, quien le diagnosticó una apendicitis. El cirujano se programó para operarlo en la Clínica de los Remedios; su mamá le preguntó quién era el anestesista, y él dijoque tenía a alguien que le aplicaría la anestesia; pero ella exigió que fuera el Dr. Alfonso Parra, quien había sido el anestesista de la familia, de 14 personas. El cirujano, Dr. Zuluaga, dijo estar enemistado con el Dr. Parra: "Hace más de un año no me hablo con él". Entonces su mamá prefirió cambiar de cirujano; pero al final el Dr. Zuluaga accedió a llamar al Dr. Parra, quien exigió que la cirugía fuera en la Clínica de Occidente.

Cuando me entraron a cirugía, el Dr. Parra me puso la mano en la cara y dijo: "Te voy a dar una

de las anestesias como se las he dado a Angelita, tu madre". Recuerdo hasta hoy que sentí una protección especial y además una energía tan potente, que dije: "Quiero ser médico, y el día que sea médico voy a ser anestesiólogo, para poder dar este calor humano que el Dr. Parra me dio a mí, y algún día darle esa seguridad a mis pacientes". A todos los pacientes a quienes doy anestesia les pongo la mano en la cara, como lo hizo el Dr. Parra, lo cual me llevó a ser anestesiólogo.

En la carrera no tuvo contacto especial con la anestesia, pero se fue a cumplir el internado al Hospital San Vicente de Paúl con la Universidad de Antioquia, y allá tuvo contacto con el Dr. Nacianceno Valencia, el Dr. Marceliano Arrázola, quien fue su profesor especial, el Dr. Harvey Arara, quien era residente en ese momento, cuando él era interno, y con una cantidad de anestesiólogos que le dieron mucho calor humano:

Pienso que mi principal escuela de relaciones humanas la tuve en la Universidad de Antioquia, un grupo extraordinario. El médico de la Universidad del Valle era un poquito "subido de tono", pero en la Universidad de Antioquia todos los profesores, no solamente de anestesia sino de cirugía, decían: "Venga conmigo, vamos a la cafetería", y uno iba a pagar y ellos decían: "No, usted es un pobre interno, usted no tiene plata, mijo, cómo se le ocurre"; y a todos les pagaban lo que consumían.

Un calor humano que nunca vivió en otra universidad. La Universidad de Antioquia fue su escuela de relaciones humanas y allí tuvo contacto con la anestesia. Había la opción de hacer dos rotaciones electivas, por lo que hizo dermatología y un mes de anestesia, y eso lo definió por esta especialidad.

Cumplió el año rural en Caicedonia, donde tuvo mucho contacto con la anestesia porque el médico director, el Dr. Campillo, egresado de la Universidad del Cauca, quien operaba y daba anestesia, tenía mucha experiencia en ello. Cuando operaba, encargaba a uno de los rurales para que diera la anestesia bajo su supervisión, y hacía las dos cosas; en esa época esto se podía hacer.

Así tuve contacto con la anestesia. Allí conocí el ciclopropano, porque cuando entré de residente en el Valle este ya no existía, o existía pero no se usaba. Lo vi utilizarlo, guardaba un cilindro pequeño, amarillo intenso, una reliquia, y decía que era el mejor anestésico que existía. Nunca lo utilicé. Él decía que era inflamable, pero seguro.

Terminado el año rural, trabajó en Cali unos ocho meses con el municipio, en diferentes partes, sin tener nada fijo, hasta que pasó a la residencia. Las personas que le hicieron la entrevista fueron el Dr. Isaac del Real, el Dr. Roberto Nel Peláez, el Dr. Cuadrado y el Dr. Castro Caliman. Ingresaron con él Víctor Urrueta, Celmira Manzano, hija del Dr. Carlos Manzano, cirujano gastroenterólogo, y un Dr. Brito, que estuvo allí solamente diez meses. Los anestésicos usados eran el halotano, el pentotal, el tucurín, y si estos se agotaban, goteos de succinilcolina. El Dr. Del Real era muy estricto, fue un pionero de que el anestesiólogo nunca saliera de la sala; él vio suspender durante una semana a compañeros que el Dr. Del Real encontró, aun con una conductiva, por fuera de la sala de cirugía. El Dr. Cuadrado, con sus locuras científicas, le enseñaba todo lo que sabía, y de él recibió las primeras enseñanzas de cuidado intensivo cuando regresó de Copenhague en la época del polio. El Dr. Castro Caliman era muy exigente en la puntualidad, y si no se llegaba a tiempo a la sala, entonces se encontraba al paciente ya con la peridural o la raquídea puesta, o lo había intubado y lo entregaba anestesiado: no esperaba. Recuerda con mucho cariño al Dr. Mario Velásquez, su jefe en el momento del grado, a compañeros brillantes como el Dr. Carlos Hugo Salazar, anestesiólogo en España, y los Dres. Fernando Benedetti y Susana Borrero, quien fue su gran compañera y la primera persona que le dejó dar una anestesia solo, siendo ella residente de tercer año. Le correspondió la época en que todos los residentes eran invitados a los congresos, con todos los gastos pagados por Laboratorios Abbott.

Para el Dr. Gómez, mención especial merece el Dr. Édgar Cantillo, una persona brillante, profesor titular y profesor emérito de la Universidad del Valle, cirujano pediatra, el primero que deci-

dió renunciar a la cirugía de adultos y dedicarse solamente a los niños,

[…] y vivir de la cirugía pediátrica en el Valle y creo que en Colombia. Decía que en la cirugía de niños esto era posible, por todos los avances y el desarrollo de la anestesia. Su anestesiólogo era el Dr. Del Real, y cuando después trabajé con él, decía que lo hacía conmigo porque valoraba que me hubiera ido a hacer esta subespecialidad.

No tuvo experiencias en cuidado intensivo ni en dolor durante la residencia. En Cali había muy poco de ello, mientras en otras ciudades estaban más desarrollados en estos temas. Había conciencia del dolor agudo y posoperatorio, pero muy sutil, no como una asignatura, como algo que fuera de mucha consideración.

Les digo a los residentes: "Lo que cambia el perfil de un anestesiólogo es el buen control del dolor posoperatorio", y en ese tiempo este era medianamente controlado. De hecho, me fui a hacer dolor en el 2005 a Barcelona, seis meses, porque quería estar cerca de la anestesia regional, de los bloqueos; allá tampoco existía como especialidad en ese tiempo, y solo me recibieron para manejar dolor, pero yo hice mis artificios para poderme volar los martes y los jueves en las mañanas, y me iba con el Dr. Chaves, quien trabajaba en ese mismo hospital en la parte de anestesia regional.

"Les digo a los residentes: 'Lo que cambia el perfil de un anestesiólogo es el buen control del dolor posoperatorio', y en ese tiempo este era medianamente controlado".

SU EXPERIENCIA EN LONDRES

Se perfilaba el desarrollo de los trasplantes de riñón, corazón e hígado en la Clínica Valle del Lili, y su esposa, patóloga, debía hacer una pasantía en Londres para prepararse en este tema. Cuatro años después de haber hecho la anestesia pediátrica en México, y siendo profesor de la Universidad del Valle, consiguió una rotación en el mejor hospital de niños de Londres como visitante. Estuvo tres meses aprendiendo inglés intensivo, y luego en el hospital, donde aprendió muchísimas cosas:

No me dejaban tocar un solo paciente, solamente dejaban tocar a los que iban a rotar más de un año. Eran unos 15 anestesiólogos pediatras. Me impactó el sistema de trabajo, un hospital con flujo laminar donde los pacientes y el familiar ingresaban a una presala de cirugía, el familiar ingresaba vestido de ropa de calle sin cambiarse, había una enfermera que se dedicaba al paciente, que lo conocía desde el día anterior, y entraba a acompañarlos; en esa sala se hacía la inducción, estaba el anestesiólogo con un técnico solamente dedicados a la parte de anestesia; se anestesiaba al paciente, se abría una puerta y se ingresaba a la sala de operaciones.

Cada anestesiólogo pediatra se dedicaba específicamente a un tipo de cirugía: uno a neuro, otro a cardio, otro a gastroenterología, ortopedia, cirugía general, otorrino, oftalmología, y otro a procedimientos fuera de la sala de operaciones.

Me parecía un desperdicio, pero lo entendí después, porque ellos se especializaban; en esa sala estaba el mismo anestesiólogo, el mismo técnico de anestesia y el mismo personal que operaba con la instrumentadora, es decir, se especializaban, se conocían perfectamente y solo se reemplazaban cuando estaban en posturno; se conocían perfectamente, la posibilidad de error era mínima. En nuestro medio, todo el mundo tiene que saber de todo.

LOS CAMBIOS EN LA MONITORÍA

Le correspondió la época en que lo primero que debía hacer una persona que se dedicaba a la anestesia, al entrar a la residencia, era construirse un estetoscopio con un dispositivo en acrílico para la oreja que le fabricaban los odontólogos; cuando venía alguien de Estados Unidos, traía un esofágico, y cuando este se dañaba, había que tomar una sonda de Nélaton, ponerle un dedo de guante y construir un estetoscopio esofágico propio. Le tocó tomar la tensión arterial manualmente. Había dos cardioscopios que se usaban para neurocirugía y para anestesia de cardio, y solo se oía hablar de los *killer*, dos ventiladores que con el tiempo aprendieron a manejar, así como los ventiladores Bird. "Ningún equipo de ventilación tenía alarmas, si se desconectaban seguían ciclando, y si no se estaba pendiente…".

Lo que más cambió en un comienzo la visión del control del paciente fue la oximetría de pulso. "Si me dieran posibilidad de escoger algo de esa época, escogería la oximetría de pulso, y si tuviera que escoger algo de esta época, pues escogería la oximetría más la capnografía. La oximetría de pulso ha sido el invento más importante y ha salvado muchas vidas". Todo eso contrasta con las disponibilidades de la Clínica Imbanaco, en la que trabaja desde hace años, donde se maneja mucha anestesia intravenosa y se dispone de entropía, índice biespectral y posiblemente nuevos avances, "y podemos ver gráficamente cuánto y cómo estamos administrando un medicamento".

LA SOCIEDAD Y LA ACADEMIA

Siempre ha tratado de vincularse participando en cursos y congresos, "transmitiendo experiencias que he adquirido en la anestesia pediátrica; he tratado de especializarme en aspectos de seguridad, comparándola con la aviación".

Busca infundirle esto a los residentes en los trabajos de investigación, y se especializó en epidemiología en la Universidad del Valle, participando después como jurado en los congresos.

Pero he tratado de no inmiscuirme mucho; en el congreso de Cali estuve muy comprometido en el tema pediátrico, pero pienso que hay gente nueva, que uno tiene que ir saliendo, uno se va cansando, y a no ser que se tenga algo muy nuevo, hay que dar espacios. El último libro de anestesia pediátrica es una obra gigantesca, y pienso que será el último con mi participación.

La Sociedad es una empresa gigantesca. Creo que en los diez años del Dr. Diego Peláez los aspectos administrativos se desarrollaron importantemente, y ahora, con el Dr. Gustavo Reyes, una persona con una visión epidemiológica y sistémica, que impulsó empresas como Telesalud en Caldas, la Sociedad tiene cosas muy aseguradas. La Sociedad tendrá que buscar alternativas para enfrentar las nuevas normas de participación de las empresas relacionadas con la especialidad, de laboratorios farmacéuticos, de equipos médicos, que ya no ayudan mucho en aspectos académicos y apoyos logísticos. Habrá que pensar en cobrarles a los visitadores médicos por la visita, como en Estados Unidos. Estos tienen responsabilidades éticas en aspectos educativos, y deben aportar de alguna manera a la Sociedad, a sus miembros y al personal que se está formando. Sabemos que infortunadamente existen personajes que han abusado de estas relaciones y han deformado esta importante relación, que funcionó muy bien por muchos años.

SIGIFREDO MUÑOZ

DESDE LA ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA HA LIDERADO LA DOCENCIA DE LA ESPECIALIDAD Y OTRAS PROFESIONES

DE LA ANESTESIOLOGÍA A LA EDUCACIÓN MÉDICA INTEGRAL

Nació en Cali, allí se formó, y ha trabajado toda la vida, desde sus estudios de primaria hasta el bachillerato. Graduado de médico general en 1972 y de anestesiólogo en 1978 en la Universidad del Valle, fue alumno de los Dres. Eliseo Cuadrado, Roberto Nel Peláez, Isaac del Real y Fabio Paz (62).

En 1995 fue jefe del departamento de anestesia. Fue ahí donde descubrió el campo de la administración, y pasó de allí a director de posgrado. Desde ese momento ha estado en esta actividad en la Escuela de Medicina, que tiene como programas a Odontología, Enfermería, Salud Pública y Ciencias Básicas, Enfermería y 54 programas de especialización.

DE LO GREMIAL A LA ACADEMIA

Fue presidente de la Sociedad de Anestesiología del Valle durante varios años, "hasta que decidí que no me eligieran más, y estoy hablando de la década del 80 al 95".

Ha dejado muy de lado la anestesia y se ha dedicado a la vida académica administrativa y a la cátedra de tiempo completo. Ha vivido muy bien como "pobre con plata", ha viajado, conocido, no ha tenido una aspiración por el dinero, pero lo ha utilizado con prudencia y rectitud.

Tengo dos hijos en Estados Unidos graduados y ejerciendo, y una niña de 19 años terminando economía. Mi situación financiera está resuelta para la vida actual. Tengo una finquita desde la que veo el Nevado del Ruiz, al otro lado del río, y allí me dedico a pintar y a otras cosas más agradables, como caminar, y sigo viajando.

Tuvo la oportunidad de ser decano de la facultad, pero en esa labor hay mucha responsabilidad económica y financiera, y a él lo que más le atrae es la parte académica. Se vinculó a la docencia desde 1981 y ha permanecido adscrito a la Facultad de Medicina desde 1971, durante ya casi 30 años, como profesor *ad-honorem*, contratista o docente vinculado.

Hice la especialización en dos años, y a la salida me di cuenta de que tenía muchas falencias. Posteriormente,

"Ya siendo docente, cuando se amplió la residencia a tres años, se trató de subsanar esas falencias que yo consideraba que teníamos en el programa de dos años".

ya siendo docente, cuando se trasformó la residencia a tres años, se trató de subsanar esas falencias que yo consideraba que teníamos. Iniciando el ejercicio profesional cuestioné fuertemente a mis profesores, pero cuando tuve un panorama de lo que era la especialidad y de la historia de su desarrollo, entendí y me di cuenta de que ellos habían sido los pioneros, habían comenzado con sus conocimientos básicos, y comprendí que cuando yo hice anestesiología, esta era una especialidad nueva, que apenas estábamos surgiendo, y se debía mirar como un programa nuevo que apenas estaba comenzando a consolidarse; no se podía pretender que tuviera un plan de estudios consolidado. […] Rápidamente se ha logrado una evolución muy importante no solo en la parte académica; la evolución ha sido mucho más amplia, e incluso eso también nos ha dado un estatus muy diferente, pues antes éramos unos especialistas de segunda, muy poco respetados, y no solo a nivel de la universidad, sino en todo el ámbito médico. Los cirujanos nos respetaban muy poco, la anestesia era "dormir el paciente, meter un tubo y dar balón". No daba ningún estatus académico o profesional.

Hoy la especialidad se ha convertido en una verdadera ciencia clínica de gran importancia, se programó la consulta preanestésica, la visita al paciente después de la anestesia, y luego, a medida que se ha desarrollado, se impulsó el cuidado intensivo, el manejo del dolor. "La gente nos ha aprendido a evaluar y a respetar".

De gran importancia en todo este desarrollo fueron los seminarios de educación en anestesia que se lideraron en Caldas, por parte de la Sociedad y la Facultad de Medicina. Con el apoyo de ASCOFAME, la anestesia se convirtió en un área única en el concierto de las especialidades, lo que le dio una enorme dinámica a la docencia y, muy tímidamente, al inicio de la investigación, o mejor, a la escritura de artículos técnicos y científicos en este campo. El papel de ASCOFAME ha variado mucho, al pasar de ser una codirección a ser la supervisión del Ministerio; pero nadie puede negar que la entidad cumplió un papel muy importante en el desarrollo de la formación médica del país, a pesar de haber perdido parte de su liderazgo, y ello impactó en la anestesia.

Me pongo a pensar, desde mi nueva dimensión, qué tipo de médico necesita Colombia, ya no solo qué anestesiólogo, sino qué médico necesita el país. Me ha tocado una mirada más panorámica e insertar la anestesia en el contexto de todas las especialidades. Me he tenido que dedicar a pensar en la prevención, la promoción de la salud, no tanto en la parte curativa, que es lo que más piensa el médico; porque si miramos el caso de una insuficiencia renal, no miramos preventivamente al diabético para que no llegue a ella…

PROMOVIENDO LA ÉTICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Desde la posición directiva que ocupa, el Dr. Muñoz está en una campaña para fortalecer los aspectos éticos en la Escuela de Salud de la facultad. Los cambios del ejercicio obligan a ello, pues hoy las entidades de salud son manejadas por economistas, por administradores, y "¿dónde está la ética, el comportamiento humano frente al ejercicio?". ASCOFAME ha impulsado varias reuniones sobre humanismo y medicina, interrogando hacia dónde va la medicina y qué médico se necesita en Colombia para enfrentar estos desafíos. La Ley 100 le ha dado un golpe muy fuerte al ejercicio profesional; la corriente del asistencialismo, de la medicina curativa, lo ha deformado todo, y es necesario recuperar al médico integral. Esto no es fácil en el contexto nacional con el surgimiento de muchas de las nuevas facultades, sin mucha proyección, con una concepción económica más que académica:

En el campo de las especialidades estas nuevas instituciones se nos presentan buscando convenios para que se les reciban estudiantes en especialización, cirugía plástica, anestesia, medicina interna, etc., y lo que buscan con esos convenios es activarlos para poder presentarlos en la aprobación de los programas. Les cobran a los estudiantes 7 u 8 millones por un semestre, pero quieren pagar a las universidades públicas uno o dos salarios mínimos por una rotación de tres meses. ¿Así es como se va a recuperar un ejercicio ético de las profesiones?

LA ANESTESIA Y LA ADMINISTRACIÓN

La anestesiología influyó en su orientación hacia la parte administrativa. Cuando apareció la Ley 6ª de 1991 estaba en la Junta Directiva de la Sociedad del Valle, así que debió enterarse al respecto y estudiar toda la normatividad que desarrollaba la Ley, tuvo que acompañar y estudiar las demandas que se hicieron para acabar con ella. La preocupación por acoger las normas en todo su contexto lo puso en esa perspectiva administrativa, y cuando llegó a la directiva de la facultad, llevaba la actitud de estudiar las normas para una administración adecuada y eficiente. Haber vivido el surgimiento de la anestesia como una especialidad "nueva" que llevó a confrontaciones y controversias con los cirujanos, le creó un espíritu de tolerancia y adaptación a situaciones difíciles, lo que es fundamental en el área administrativa.

Influyó también en su trabajo administrativo la disciplina que adquiere el anestesiólogo, que debe tomar decisiones rápidamente, pero decisiones ilustradas, basadas en el conocimiento, lo que crea en nosotros una cultura de reflexión y análisis relativamente rápido, algo muy útil en el ambiente administrativo.

LOS CAMBIOS DE PODER EN LA SALA DE CIRUGÍA

Le tocó vivir el cambio de poder en la sala de cirugía. Cuando terminó la residencia, en los años 1978 y siguientes, se sintió el impacto de la llegada de un nuevo profesional a la sala de cirugía. Anteriormente el cirujano era el jefe, el único profesional, pues el personal de la sala no tenía estudios de nivel profesional, sino que la mayoría eran ayudantes de enfermería y, cuando más, auxiliares de enfermería. Al cirujano ortopedista, general, oftalmólogo, etc., solo le interesaba operar sin tener en cuenta las condiciones del paciente. "Les digo a mis estudiantes: 'el anestesiólogo es el internista de la sala de cirugía', y poco a poco se fue entendiendo su posición en ese ambiente". Colaboró en ese cambio, en el que los cirujanos también fueron cambiando, lo que fue más fácil con el tiempo, cuando los compañeros de residencia, que entendían bien el papel del anestesiólogo, llegaron a cumplir su rol en la sala de cirugía.

El especialista de la anestesia en la docencia ha promovido un cambio en el estudiante, futuro médico que pasa por sus manos en la sala de cirugía. Allí se ha comprendido la necesidad de conocer la fisiología de una embarazada a fin de someterla a la anestesia para una cesárea, una analgesia, así como el manejo de dolor y la importancia de su prevención para el posoperatorio. Esto le da al estudiante una visión diferente

a la que tiene cuando llega, porque cree que es una especialidad eminentemente técnica, pero al ponerse en contacto con la anestesia en sus rotaciones, en la sala de operaciones, ve su componente científico. La valoración preanestésica ha influido en ello de manera significativa, pues por ejemplo, cuando se trata de un anciano con una fractura, el ortopedista no ve sino la fractura, y en cambio el anestesiólogo tiene la mirada integral del paciente, lo cual es observado por los estudiantes en su paso por el servicio.

Considera que la visión que se le da al estudiante durante sus rotaciones y las revisiones que hacen de los aspectos teóricos, así como la visita preanestésica y el trabajo en las salas de cirugía, sin duda han influido en su ejercicio en el futuro, pues ellos, 10 o 20 años después, cuando son cirujanos, tienen una visión diferente de la especialidad y son receptivos hacia un trabajo en equipo, que es el ideal de un grupo en la sala de cirugía.

EL LIDERAZGO Y LA ANESTESIA

En una administración de una facultad o de una dirección de posgrados, la cercanía del profesional de la anestesia con todas las especialidades médicas le da una visión integral del colectivo académico. Un oftalmólogo no tiene los elementos para visualizar el ejercicio de un ortopedista, y viceversa. Cuando hay un problema y existe una visión panorámica, se entiende al internista, al ortopedista, al cirujano, al otorrino, etc., y esto es fundamental para una administración ponderada y ecuánime.

Otro aspecto muy importante de la posición del anestesiólogo ha sido el cambio de actitud frente a los honorarios, lo que se ha modificado con la Ley 100 y con la Ley 6ª; pero lo fundamental es que se ha trasladado esa discusión a la importancia de la especialidad y a la dignidad del anestesiólogo, abandonando la controversia económica a favor de un análisis racional sobre la responsabilidad del ejercicio.

"Se ha logrado una evolución no solo en la parte académica; la evolución ha sido mucho más amplia, […] nos ha dado un estatus muy diferente, pues antes éramos unos especialistas de segunda, muy poco respetados, no solo a nivel de la universidad, sino en todo el ámbito médico".

HERNANDO BARRETO BRUCE

Terminó sus estudios de medicina en 1943 en la Universidad Nacional de Colombia, donde en ese entonces la preparación no era de las mejores, había poco contacto con los pacientes y había que complementar los conocimientos por la propia cuenta. Hizo el internado en el Hospital San Juan de Dios, y por su condición económica tenía poca relación con los médicos bogotanos de la época (63).

Comenzó como médico legista en Casanare, donde lo nombraron director del Hospital Regional, exactamente en un pueblo llamado Nunchia, donde cubría una zona de 17 mil kilómetros. Le tocaba hacer de todo; tenía como anestesista a una monjita de la comunidad de San Vicente que les administraba éter con mascarilla a los pacientes; hacía apendicetomías, hernias, a veces colocaba anestesias raquídeas y operaba. No quedaba otro remedio, porque lo más cercano era Sogamoso, a cuatro días a caballo. "En ese pueblo trabajé durante cinco años" (64).

Una situación de violencia lo obligó a salir huyendo. Era médico en Yopal y un día llegaron los Chulavitas armados, mataron a dos o tres llaneros, y "yo les dije: 'no sean pendejos, defiéndanse'; los llaneros se armaron y mataron a ocho policías". Él se quedó solo en el pueblo y se enteró de que lo estaban culpando por el incidente. A los pocos días, en la madrugada, llegó un hermano de Héctor Izquierdo (anestesiólogo) para avisarle que acababan de llegar 40 policías al morro. Le dijo: "Es mejor que se vaya, porque lo andan buscando". Una muchacha que vendía guarapo le había contado a Izquierdo el comentario que escuchó: "Al primero que hay que pasar al papayo es al Dr. Barreto". A las 6 de la mañana salió a caballo, y la botica que tenía se la dejó al señor Roberto Leal, a quien le gustaba aquello de recetar y quería quedarse con ella. "Entre las 7 u 8 de la mañana llegaron los Chulavitas y al primero que mataron fue a Roberto Leal, creyendo que era yo".

"Terminé enrolado por espacio de seis meses con la guerrilla del Llano; era una vida muy dura, cambiando permanentemente de sitio, durmien-

El paso más importante en el Valle del Cauca fue la constitución de la Sociedad que reglamentó el ejercicio y reconoció a los anestesiólogos el título de especialistas.

SU PASO AL DEPARTAMENTO DEL VALLE

do en el suelo". Hacía las funciones de médico y allí conoció a Eduardo Franco Isaza, Tulio Bayer y Guadalupe Salcedo. "Una noche me fugué y llegué luego de cuatro días a Sogamoso, flaco, enfermo y sin un centavo".

En Bogotá se dio cuenta de que sus conocimientos eran obsoletos y ello lo obligó a regresar a la universidad. Comenzó a trabajar y a hacerse conocer de los cirujanos. Estaba recién llegado de Argentina el Dr. Goldenberg, quien le abrió las puertas, y comenzaron a operar casos de labio leporino y paladar hendido en la Clínica de Maternidad.

Sobre la anestesia en el Valle y este episodio de su vida, cuenta el Dr. Barreto:

Para mí, el paso más importante en el Valle del Cauca para la anestesia fue la constitución de la Sociedad que reglamentó el ejercicio y en su oportunidad les reconoció a los anestesiólogos el título de especialistas.

En la Clínica de Los Remedios, un día que le daba anestesia a una niña para una amigdalotomía, el cirujano no podía controlar la hemorragia y lo que hacía era "estremecer" a la paciente. Le dije que me la iba a desintubar o a descerebrar, y me contestó que si no le servía así, él se iba, y se fue. La taponé y comencé a llamar a otorrinos, pero ninguno acudía al llamado por tratarse de una paciente de este médico. Por fin apareció Toño Quintero, quien revisó y controló la hemorragia.

CARLOS CAMAYO ORTIZ

SU INICIO EN LA ANESTESIA

Cuenta que llegó a la anestesia por un accidente en su vida. Inició Medicina en la Universidad del Cauca, donde hizo dos semestres, y terminó los estudios en la Universidad Nacional en 1957. Ese mismo año se vinculó al departamento de anestesia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, como médico residente en entrenamiento; allí permaneció 18 meses. "Inicié con un salario de $80 mensuales; además nos daban estancia y alimentación. En octubre de 1958 me ratificaron como 'residente dos' con una asignación de $500". Estaban vinculados al departamento de anestesia los Dres. George Barreras, Raúl Pardo, residente de segundo año, y Héctor Izquierdo. Como jefe estaba el Dr. Germán Muñoz Wetcher. Eran los inicios de la estructuración de los programas de entrenamiento en anestesia (63).

SU VINCULACIÓN A CALI

Mientras estaba en Bogotá, solicitó vinculación al Hospital Universitario del Valle y fue entrevistado por su director, el Dr. Alfonso Ocampo Londoño, quien lo invitó a entrar; pero en ese momento no lo hizo, pues un condiscípulo, el Dr. Carlos Carvajal, lo desanimó respecto a aceptar la oferta. Posteriormente fue contactado por directivos del Hospital del Valle, que necesitaba anestesistas, y "se decidieron por mí debido a la recomendación del Dr. Izquierdo, que era a quien habían ido a buscar" (65). Renunció al programa de Bogotá, a pesar del disgusto de las directivas por no haber terminado el entrenamiento, y "me vine al San Juan de Dios de Cali con un salario de $1.000 mensuales como residente". Permaneció allí desde marzo de 1959 hasta octubre de 1960.

La falta de programas de anestesia obstétrica, pediátrica, neuroquirúrgica, entre otros, le hizo considerar la oferta del Dr. Roberto Nel Peláez para vincularse al Hospital Universitario del Valle, donde se encontró con profesionales entrenados en Estados Unidos, entre ellos los Dres. Eliseo Cuadrado, Luis Adalberto Erazo, Benjamín Burbano y otros de gran experiencia, como el Dr. Peláez, "que contribuyeron a mi estructuración profesional y docente. Era jefe del departamento el Dr. Samuel Jiménez, profesor emérito de la Universidad de Antioquia".

Cuando él inició estaban vinculados los Dres. José Vicente Sandino, Arnobio Vanegas, Mariano Bettin y Uberto García. Permaneció en este centro docente asistencial durante 28 años, y al retirarse tenía la categoría de profesor

Durante 14 años formó parte de la Junta Directiva de la Sociedad, como secretario, tesorero y fiscal, cumpliendo un papel de relevancia en su desarrollo y consolidación.

PUBLICACIONES

asociado. En 1963 se vinculó por medio tiempo al Seguro Social, donde laboró durante 24 años. "Al cumplir 55 solicité mi jubilación de ambas instituciones para que las cosas continuaran en orden, porque mi vida se ha caracterizado por tener mucho orden" (66).

Durante 14 años discontinuos formó parte de la Junta Directiva de la Sociedad de Anestesiologia del Valle, como secretario, tesorero y fiscal, cumpliendo un papel de relevancia en su desarrollo y consolidación. Dicen sus colegas de docencia que los días miércoles, sus días de estudio, y en el programa de anestesia para otorrinolaringología, nunca faltó (67).

Su primera investigación clínica la hizo bajo la guía del Dr. Vanegas y la presentó en un congreso en Manizales en 1963; se titulaba "La etilnorepinefrina en la hipotensión de la anestesia conductiva". Cuando apareció el fluothane como anestésico, lo consideró una revolución, un paso adelante en el desarrollo de la anestesia y en la sustitución de los anestésicos que entonces se usaban, como el éter y el ciclopropano, así que publicó un artículo titulado "Avances trascendentales en la anestesiología" (68). Otro trabajo de importancia en aquel momento fue el de "Haemaccel y signos vitales", donde caracterizaba un expansor plasmático de gran utilidad para el paciente en estado de *shock* (70).

Pero el Dr. Camayo no se limitó a estas publicaciones; con diferentes profesores y compañeros de docencia realizaron investigaciones sobre el relajante muscular Pavulon, y presentó un excelente trabajo para medir la distancia desde la piel al espacio peridural.

ANÉCDOTAS DE SU VIDA PROFESIONAL

Se refiere a dos casos clínicos como hechos anecdóticos:

En octubre de 1960, cuando empezaba mi carrera de docente en el Hospital Universitario del Valle, se me programó un paciente de la tercera edad para una amputación de miembro inferior. Elegí como técnica una anestesia general con intubación endotraqueal y ciclopropano a flujos bajos. Justo antes de hacerse la incisión diagnostiqué un paro cardiorrespiratorio. En esa época, además de vasoactivos, aún se efectuaba toracotomía para el masaje cardiaco. El paciente se recuperó sin secuelas y posteriormente se operó utilizando hipotermia regional dirigida por los Dres. Samuel Jiménez, jefe del departamento, y Eliseo Cuadrado, con un resultado excelente.

El Dr. Boris Kaim, neurólogo clínico, me invitó a que estuviera presente para que lo asesorara en un procedimiento quirúrgico que consistía en la extirpación, bajo hipnosis, de un gran lipoma supraescapular en una funcionaria de la Universidad del Valle. No fue necesario que yo recurriera a fármacos anestésicos, únicamente fui testigo de algo asombroso: la operación se realizó bajo hipnosis (66).

SU FINAL EN LA PROFESIÓN

En septiembre de 2001 manifestó: "Pienso que estoy retirado de la profesión, no porque yo la haya abandonado, sino porque ella me abandonó a mí". Al final de su profesión se motivó a inspirarse, parafraseando a Montaigne, en un artículo que tituló "Lo triste es así", publicado en el magazín de ASMEDAS y el Boletín de la Sociedad de Anestesiología del Valle, cuyo texto es el siguiente:

Al margen de mis sentimientos y con gran tristeza tuve el valor, en este octubre, de deshacerme de mi colección de Registros de Anestesia de 1960 a 1990, rompiendo mi compromiso de que al terminarse mis días me los colocaran sobre mi catafalco o sobre las cenizas de mi cuerpo para que me acompañaran en mi viaje a la eternidad y decirle a Dios que esos papeles fueron uno de los valores de mi vida.

Eran 7 837 historias donde estaban consignados, minuto a minuto, los signos vitales durante variados procedimientos quirúrgicos, los nombres de los médicos que recibieron nuestra supervisión y de tantos en entrenamientos en cirugía, las equivocaciones de un plan anestésico, las autocríticas del porqué de nuestros errores y nuestras satisfacciones, del por qué las cosas salieron bien.

Cuántos minutos interpretando el proceso anestésico, cuántos de servicio y dedicación a la Sociedad, cuántos nacimientos por partos intervenidos que hoy deben tener 15, 20, 30 años de edad, y cuántos de tercera edad que aún existen o han desaparecido.

En estos papeles nacieron ideas de mejoramiento, de creatividad, que fueron base de datos para que el epidemiólogo contribuyera a presentar observaciones en los seminarios, foros y congresos.

Cuando cumplo 43 años en constante información y estudio, cuando he sido testigo de la evolución de esta apasionante ciencia, me llegó el momento de ver desfilar mis caros papeles a que sirvieran de alegría (66).

MARIANO BETTIN

ESTUDIANTE DE MEDICINA Y ANESTESISTA

En 1950 estaba cursando segundo o tercero de Medicina, y consiguió que lo nombraran ayudante de laboratorio en Cartagena, quedando encargado de hacer leucogramas y coprológicos, por lo cual le pagaban $100 mensuales. Los turnos eran una noche de por medio, y debía estar hasta las 8 a.m., hora en que salía para las clases de la carrera. Al laboratorio iban a buscarlo para una "caretica" de éter o de trilene para un parto, o una "raquicita" para la cesárea, ya que el único profesional nombrado en anestesia era el Dr. Horacio Caballero, quien además era el cirujano (63).

Recuerdo que mi primera anestesia raquídea la hice con una aguja 18. A mí me gustó la cosa y el Dr. Caballero a veces me dejaba con algún paciente por cortos intervalos. Un día me dijo que le controlara un paciente un momento, y resulta que cuando pregunte por él, me dijeron que había salido a hacer una vuelta. Ustedes saben lo que es uno comenzando y que lo dejen solo, en una colecistectomía, relajado con tucurín y la anestesia con una "careta" (70).

En vista de que los anestesistas eran escasos, con el compañero Eliseo Cuadrado y otros comenzaron a administrar anestesias desde que eran estudiantes. "En el cuarto de medicina me creía un anestesista de verdad". Lo llamaron de la Clínica de Manga, donde no tenían sino un enfermero de la Base Naval. "Me nombraron anestesista con un sueldo de $250 al mes, y después de dos meses, cuando ya hacía mis primeras intubaciones, les dije que por cada paciente intubado cobraría $25 más. Aceptaron a regañadientes". A los tres meses les dijo que se tenía que ir y que solo se quedaría si le pagaban por cada anestesia $5, $10 y $20. "En ese momento era estudiante de quinto de Medicina". El gerente, Dr. Haroldo Calvo, le dijo que hablaría con la Junta, pero que estaba poniendo mucho problema; al día siguiente le informaron que aceptaban la propuesta.

Terminó Medicina y se fue a prestar el servicio militar a Bogotá, dejando a Alfonso Martínez Roca, quien daba anestesias en el Hospital Santa Clara de Cartagena, para que lo reemplazara en la Clínica de Manga: "Aceptó a pesar de que no le gustaba la clientela privada" (70). Después de haber prestado el servicio militar se fue a la Armada y llegó a ser Teniente de Fragata.

SE VINCULA A CALI

Lo llamó de Cali el Dr. Pedro Nel Quintero para decirle que necesitaban anestesistas. "Recuerdo que me vine en 1956, después de unas fiestas de noviembre; tuve una entrevista con el Dr. Oscar Gutiérrez, jefe de cirugía, y me nombraron anestesiólogo del Seguro Social, que funcionaba en el tercer piso del Hospital Universitario del Valle". El Dr. Barreto le hizo el primer fogueo: "Se me ponía al lado y comenzaba a preguntarme sobre algunas técnicas. Yo me decía: 'Este tipo me va a joder'. Nosotros hacíamos el trabajo pesado, las urgencias, y además solo nos tocaban los turnos nocturnos".

ANÉCDOTAS DE AQUELLAS ÉPOCAS

Hacía segundo de Medicina en los años 50, cuando llegó una misión francesa que mostró en el Teatro Cartagena unas intubaciones con laringoscopios rectos, larguísimos. Allí vio por primera vez una intubación endotraqueal: "Eso era un espectáculo, no había sino flaxedil o tucurín como relajantes" (70).

Se me presentó una oportunidad: recuerdo que era un paciente con una fractura y decidí intubarlo. El cirujano, Dr. Esquivia, viendo que el paciente ya no se movía, se asomó y cuando miró el tubo me dijo: "Le sacas esa vaina o no opero". No sirvió que le diera explicaciones, me tocó sacárselo; pero luego, ya en plena cirugía, aproveché un descuido y volví a colocárselo.

Por esa misma época, el Dr. Pedro Herrera González, radiólogo, decía que en medicina estaban al nivel de Estados Unidos, porque en Cartagena un sábado a medio día no se conseguía un médico, todos se habían ido para las fincas.

En otra ocasión se presentó un cirujano a la Clínica de Manga con una paciente en camilla, y decía: *"Ustedes van a trabajar conmigo; este es un toro". Nosotros no sabíamos a qué se refería, pero él seguía repitiendo: "este es un toro". Le puse pentotal, la anestesié, y cuando abrieron el abdomen salió un borbotón de sangre. Era un embarazo ectópico. El cirujano agregó: "les dije que era un toro", y se salió de la sala. Tuvimos que buscar otro cirujano para que continuara la cirugía.*

En Lorica, Córdoba, estaban en una gastrectomía en el Instituto de Seguros Sociales; esto significaba una cirugía de tres a cuatro horas de duración. Cuando iba a cerrar, el cirujano observó al paciente intubado respirando espontáneamente y sin anestesiólogo. Alarmado preguntó por el anestesista y le contestaron que, en vista de la demora, este había salido a hacer una vuelta a Barranquilla y dejó razón de que cuando terminaran le sacaran el tubo al paciente, lo despertaran y todo lo demás que fuera necesario.

En la Clínica Vargas tuvo un paciente con una fractura de tobillo. Al terminar la anestesia "el cirujano me echó un billete de $20 en el bolsillo y yo le dije: 'No, señor, este paciente es del Ministerio de Obras Públicas y le pasaré la cuenta'. Al final no fueron $20, sino $100" (70).



Equipo para electrochoques, 1970

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uhran G. Recordando mi vida en la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 2016.
2. Álvarez Echeverri T. Conversatorio sobre mi vida. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 2016.
3. Álvarez Echeverri T. Mis recuerdos de la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 2015.
4. Álvarez Echeverri T. Crónica con invitados a bordo sobre la evolución histórica de la anestesia en Antioquia. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 1998.
5. Álvarez Echeverri T, Noreña A, Ospina SE. Dosificación del Flúor en la orina de los anestesiólogos de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia; 1976.
6. Álvarez Echeverri T, Noreña A, Ospina S. Morbilidad y mortalidad entre los anestesiólogos de Antioquia (tesis de grado en Anestesia). Medellín: Universidad de Antioquia; 1975.
7. Álvarez Echeverri T, González F. Indicadores de Salud Mental en un grupo de médicos anestesiólogos. Medellín; 1991.
8. Álvarez Echeverri T. Cuando los niños se van. IATREIA; 1992.
9. Manrique Valencia H. Contando mi vida en la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 2016.
10. Mena G. Contando mi vida por la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Barranquilla; 2016.
11. Mena G. El inicio del desarrollo intensivo en Barranquilla. Ocampo Trujillo B, editor. Barranquilla; 2014.
12. Gutiérrez R. Contando mi vida. Peña Baquero JE, editor. Bogotá; 2016.
13. Macías Mejía R. Contando mi vida en la anestesia y la Sociedad. Ocampo Trujillo B, editor. Manizales; 2016.
14. Ocampo Trujillo B. Hernán Duque Estrada. Impulsando la anestesia pediátrica en Caldas. En: 50 años del programa de anestesia de la Universidad de Caldas: Apuntes para la historia. Manizales: S.C.A.R.E.; 2011.
15. Duque Estrada H. Mi vida en el ejercicio de la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Manizales; 2011.
16. Paz MX. La vida de mi padre el Dr. José Ignacio Paz. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2015.
17. Wikipedia. Alcayata de oro. (Citado 15-11-2015). Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Semana_Santa_en_Popay%C3%A1n#Glosario.5B45.5D
18. Arias MG. Un recorrido de mi vida por la anestesia. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE, editores. Bogotá; 2016.
19. Castellanos C. Recordando mi vida de anestesiólogo. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE, editores. Bogotá; 2015.

20. Castellanos C. Mi vida en el campo de la anestesia. Bogotá; 2015.

21. Castellanos C. Una mirada a la anestesiología desde el Hospital San José. Recuento histórico. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2011;20(4):262-6.

22. Parra Higuera CJ. El Trilene en anestesia obstétrica. El Médico. 1973 May;8.

23. Parra Higuera CJ. Flujos bajos en circuito cerrado. Rev Col Anest. 1980;8:36-45.

24. Parra Higuera CJ. Esquema práctico para la Anestesia Cuantitativa. Rev Col Anest. 1982;10:7-17.

25. Parra Higuera CJ. Válvula para anestesia con flujos bajos y circuito cerrado. Revista Brasilera de Anestesiología. 1983 Mar-Abr;33(2).

26. Parra Higuera CJ. Anestesia cuantitativa y flujos bajos. Anestesiología. 1984 Ene-Mar;1(8).

27. Parra Higuera CJ. Flujos bajos y circuito cerrado con vaporizadores termo baro compensados. Rev Col Anest. 1994 Jun-Sep;22(3).

28. Parra Higuera CJ. Anestesia en México. 1994 Jul-Ago;6(4).

29. Pinilla Rojas A. Recorriendo mi vida por la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

30. Raffan-Sanabria F. Contando mi historia. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE, editores. Bogotá; 2015.

31. Madiedo Clavijo N. Recorriendo mi vida por la anestesia y la academia. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

32. Eslava Schmalbach J. Contando mi vida. Peña Baquero JE, editor. Bogotá; 2016.

33. Aguilera F. Mi vida como anestesiólogo. Bogotá; 2015.

34. Aguilera Castro F. Anestesiología básica. 1a ed. Bogotá: 1981.

35. Aguilera Castro F. Anestesiología básica y medicina perioperatoria. 4a ed. Celsus; 2006.

36. Jadad A. Randomised Controlled Trials. British Medical Journal; 1999.

37. Mejía Herrera M. Contando mi vida en la anestesia y en la academia. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE, editores. Bogotá; 2015.

38. Ruiz Moreno I. Conversando sobre mi vida. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

39. Aguirre Serrano H. Prólogo. En: Ruiz Moreno I, editor. Sector Salud. Una visión gremial. Bogotá; 2016.

40. Ruiz Moreno I. Una época de mi vida (1980 a 2010): Mi percepción de lo ocurrido. En: Ruiz Moreno I, editor. Sector Salud. Una visión gremial. Bogotá; 2016. p. 17-22.

41. Ruiz Moreno I. Primera parte. Cambios en la estructura de nuestra nación. En: Ruiz Moreno I, editor. Sector Salud. Una visión gremial. Bogotá; 2016.

42. Ruiz Moreno I. Segunda parte. Propuestas e innovaciones en nuestras organizaciones. En: Sector Salud. Una visión gremial. Ruiz Moreno I, editor. Bogotá; 2016.

43. Ruiz Moreno I. Cuarta parte. El gran salto. En: Sector Salud. Una visión gremial. Bogotá; 2016.

44. Celis Rodríguez E. Contando mi vida en la anestesia. Peña Baquero JE, editor. Bogotá; 2016.

45. Celis Rodríguez E. Trabajando por el cuidado intensivo. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2013.

46. Patiño Sánchez LH. Contando mi vida en la anestesia y la academia. Ocampo Trujillo B, editor. 2016.

47. Navarro Vargas R. Conversando sobre mi vida. Peña Baquero, editor. Bogotá; 2016.

48. Carrillo Millán A. La vida de mi padre Alberto Carrillo. Carrillo MR, editor. Santa Marta; 2016.

49. Carrillo R. Mi vida de anestesiólogo. Ocampo Trujillo B, editor. Santa Marta; 2016.

50. Gómez JH. Mi vida de anestesiólogo e intensivista. Ocampo Trujillo B, editor. Armenia; 2014.

51. González G. Mi vida en la anestesia. Peña Baquero JE, editor. 2016.

52. Ortiz C. Recordando mi vida. Peña Baquero JE, editor. 2016.

53. Yepes Martínez A. Mi vida como anestesiólogo. Peña Baquero JE, editor. 2016.

54. SSAR. Hugo Castellanos. Historia de la anestesia en Santander. Bucaramanga: SSAR; 2015.

55. SSAR. Fabio Laguado. Historia de la anestesia en Santander. Bucaramanga: SSAR; 2015.

56. Suárez Motta J. Mi vida en la anestesia. Peña Baquero JE, editor. 2016.

57. Herrera Pontón J. Ley 06 de 1991: Un Hito Histórico de la Anestesiología. En: Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.

58. S.C.A.R.E. Normas minimas de seguridad. Rev Col Anest. 2006;34:165-90.

59. Aponte H. Mi vida de anestesiólogo. Peña Baquero JE, editor. 2016.

60. SSAR. Historia de la anestesia en Santander. Bucaramanga: SSAR; 2015.

61. Gómez JM. Recordando mi vida en la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2016.

62. Muñoz S. Por la anestesia y la academia. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2014.

63. Del Real I. Las vivencias del Grupo Milenio. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2015.

64. Barreto Bruce H. Hernando Barrreto Bruce. En: Relato de 12 anestesiólogos. Cali: Grupo Milenio; 2010.

65. Camayo Ortiz C. Mi vida en la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2010.

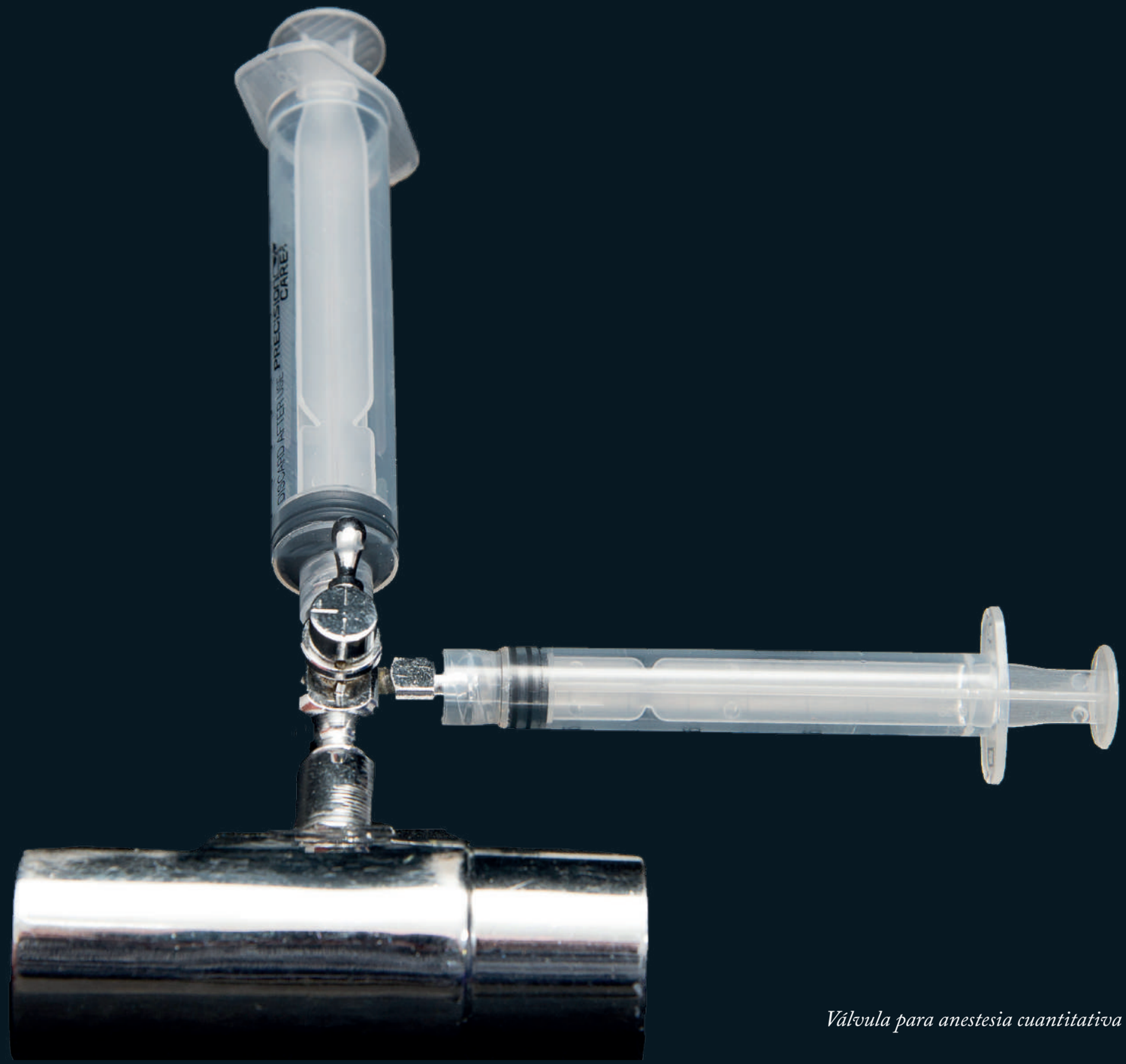
66. Camayo Ortiz C. Carlos Camayo Ortiz. En: Relato de 12 anestesiólogos. Cali: Grupo Milenio; 2010. p. 59-63.

67. Del Real Helo I. Apuntes sobre mi vida. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 2010.

68. Camayo Ortiz C. Avances trascendentales en anestesiología. En: Tribuna Médica. Bogotá; 1967.

69. Camayo Ortiz C, Roure J, Torres H. Haemaccel y signos vitales. En: Tribuna Médica. Bogotá: 1972.

70. Bettin M. Mariano Bettin. En: Relato de 12 anestesiólogos. Cali: Grupo Milenio; 2010. p. 67-70.



Válvula para anestesia cuantitativa

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO II - LA SOCIEDAD DE 1949 A 1957: LOS INICIOS Y LA TRANSFORMACIÓN EN SOCIEDAD CUNDINAMARQUESA DE ANESTESIOLOGÍA



Proyector de cine de 8 mm

"Cómo los médicos anestesiólogos de Bogotá habíamos funcionado con el nombre de Sociedad Colombiana de Anestesia, para lo cual obtuvimos personería jurídica por la Resolución 64 del 4 de abril de 1950, con mucho gusto hoy cedemos esta a la Sociedad Colombiana y la nuestra se llamará en adelante Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología".

Puede decirse que la historia de la anestesia en Colombia, desde la perspectiva de la Sociedad, se divide en dos partes: una inicial, de 1947 a 1956, y otra desde este año hasta nuestros días.

En la primera etapa, partiendo de cero, la anestesia era administrada por personal no médico (enfermeras no tituladas, estudiantes o señoritas con cursos especiales en anestesia), y después, poco a poco, empezó a ser administrada por profesionales, entre los cuales algunos ejercían parcialmente la anestesia y al mismo tiempo otras ramas de la medicina (ginecología, obstetricia, otorrino, cirugía, etc.); algunos otros, pocos, se dedicaban de tiempo completo a ella. Con el surgimiento de la Sociedad, la anestesia se convierte en una especialidad, no totalmente reconocida, pero con una identidad definida en el concierto de las especialidades médicas de la época.

En este periodo, desde la fundación de la 'Sociedad de Anestesiología de Colombia', que luego se registró en la Cámara de Comercio como 'Sociedad Colombiana de Anestesia', la anestesia, con el apoyo de los miembros de la Sociedad, se identifica y fortalece con base en las normas y reglamentos, muchos no escritos, que surgen de sus reuniones; igualmente, la anestesia toma forma y se hace presente en cada uno de los sitios donde los nuevos actores de la especialidad desempeñan sus funciones médicas y anestesiólogas.

El estudio de este periodo, a través de las actas de la Sociedad, permite reconocer la evolución de esta y de la especialidad, en la primera etapa de su existencia, como ente académico pero fundamentalmente gremial. Las sociedades de la época no eran muy fuertes, no todas las ramas de la medicina tenían una agremiación institucionalizada, y en medio de esa realidad, la anestesia logra identificarse y proyectarse en el concierto de la profesión médica.

Tradicionalmente se define el 23 de septiembre de 1949 como la fecha de fundación de la Sociedad Colombiana de Anestesia (1), y desde allí se reconoce un periodo que va hasta el 23 de octubre de 1956, momento en el cual ocurre un hecho histórico reseñado en el acta número 1 de esta nueva época, donde se registra la aprobación, por unanimidad, de la resolución que declara: "Como los médicos anestesiólogos que trabajamos en Bogotá, habíamos funcionado con el nombre de Sociedad Colombiana de Anestesia, para el cual obtuvimos personería jurídica por Resolución número 64 del 4 de abril de 1950 [de la Cámara de Comercio de Bogotá], con mucho gusto, cedemos esta a la Sociedad Colombiana y la nuestra se llamará de hoy en adelante Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología" (2).

Las referencias y los escritos sobre este periodo de la Sociedad se pueden calificar de escasos y muy incompletos, y si bien allí se narran diferentes hechos de este trascendental inicio, desarrollo y consolidación de una empresa académica y gremial de gran importancia, la revisión cuidadosa de las actas permiten evidenciar momentos mucho más significativos que los descritos hasta hoy.

JUNTAS DIRECTIVAS Y PRESIDENTES

Uno de los datos más significativos se refiere a las personas que, a través de la presidencia de la Sociedad, lideraron su administración durante este periodo. Un liderazgo que trasciende el tiempo es el del Dr. Juan Marín, impulsor de la fundación de la Sociedad, quien jamás aceptó el cargo de presidente, pero asumió con dedicación la elaboración de las actas manuscritas, todas ellas con su firma. Fue elegido Secretario Perpetuo de la Sociedad.

A continuación se detalla la forma en que fueron elegidas las directivas de la Sociedad en este periodo.

En el libro *Historia de la Anestesia en Colombia*, del anestesiólogo e historiador Jaime Herrera Pontón, aparece como primer presidente el Dr. Alberto Delgadillo, y como presidente siguiente el Dr. Aníbal Galindo, elegido en la asamblea de 1956, cuando, como se dijo, se da continuidad a la Sociedad Colombiana.

Durante el periodo de 1949 a 1956 se eligieron varias juntas directivas con diferentes dignatarios, los cuales llevaron adelante a la empresa con la que se habían comprometido. La presentación de estas juntas directivas recoge situaciones de la historia desconocidas hasta ahora, y les da una importancia significativa a personajes que en apariencia no habían tenido, en el concierto de la Sociedad, mucha relevancia, pero que aquí aparecen en toda su dimensión profesional.

El 23 de septiembre de 1949 se elige la primera Junta Directiva: "Asume la presidencia de la Sociedad Colombiana de Anestesia el Dr. Alberto Delgadillo, siendo elegido como vicepresidente el Dr. Horacio Martínez, como tesorero el Dr. Armando McCornick y como secretario perpetuo el Dr. Juan Marín" (2).

El 2 de febrero de 1951 se elige nueva Junta Directiva, la cual queda constituida así: como presidente, el Dr. Joaquín Prado Villamil, como vicepresidente, el Dr. José Vicente Sandino, como tesorero, el Dr. Gustavo Scioville, y como secretario reelegido, el Dr. Juan Marín (3).

El 7 de diciembre de 1951, se reelige por unanimidad a esta Junta Directiva (4).

El 7 de noviembre de 1952, se elige un nueva Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesia, la cual queda constituida así: como presidente, el Dr. José Vicente Sandino, como vicepresidente, el Dr. Jorge Colmenares, y como tesorero, el Dr. Gustavo Scioville (5-6).

En las actas de la Junta Directiva del periodo 1954-1955, hay un vacío muy definido: en el libro de actas no aparece el registro de las reuniones de 1954, y en julio de 1955 aparece de nuevo el nombramiento del Dr. Marín como secretario. El Dr. Alfonso Osorio, quien al parecer fue nombrado secretario para ese periodo, no elaboró una sola acta y el registro de los hechos de esa época se perdió (7). Para ratificar la ausencia de cabeza directiva o presidente durante ese lapso de tiempo, ninguna de las actas de 1955, hasta la elección de Junta en 1956, lleva la firma del presidente, y solo aparece la firma del secretario, el Dr. Marín (8), la cual sí se registra en el resto de las 70 actas que reseñan la vida de la Sociedad.

El 3 de febrero de 1956 se elige la nueva Junta de la Sociedad Colombiana de Anestesia, la cual queda constituida así: como presidente, el Dr. Juan J. Salamanca, como vicepresidente, el Dr. Alberto Delgadillo, como tesorero, el Dr. Roberto Ocampo, y como secretario, el Dr. Juan Marín (9).

LA TRANSICIÓN HACIA LAS NUEVAS SOCIEDADES: LA COLOMBIANA Y LA CUNDINAMARQUESA

El 15 de junio de 1956, por renuncia irrevocable del Dr. Juan Salamanca a la presidencia de la Sociedad y a la "presidencia del próximo congreso", se procede a nueva elección de presidente; en votación secreta hay un empate entre los Dres. Jorge Colmenares y Aníbal Galindo, quienes resuelven decidirlo a la suerte, de lo cual queda como presidente el Dr. Aníbal Galindo (10-11) .

El 6 de noviembre de 1956 hay elección de nueva Junta Directiva: como presidente, el Dr. Aníbal Galindo, como vicepresidente, el Dr. Jorge Colmenares, como secretario, el Dr. Juan Marín, y como tesorero, el Dr. Roberto Ocampo (12).

En varios momentos del devenir de la Sociedad y de sus actas, se habla del Colegio Colombiano de Anestesiología, y cuando se mencionan dificultades de contratación, se refieren comunicaciones a miembros de la Sociedad y del Colegio (13). No hay, sin embargo, más referencias al Colegio, ni a quiénes fueron sus miembros, pero una evidencia de su existencia es que en la revista *Anestesia*, dirigida por el Dr. Gustavo Delgado, esta publicación aparece como "Órgano oficial del Colegio Colombiano de Anestesiología".

La documentación revisada no permite identificar la organización de la nueva Sociedad Cundinamarquesa y de la nueva Sociedad Colombiana de Anestesiología.

En el libro de actas de la Sociedad de 1949 a 1957, al que se hace referencia en este capítulo, a partir del 6 de noviembre de 1956, por acta Núm. 58 (12) y 13 días después del "ensamble" de ambas sociedades, la Junta Directiva elegida el 6 de noviembre de 1956 continúa ejerciendo sus funciones, y las actas que van hasta la Núm. 70 (14) aparecen firmadas por el Dr. Galindo como presidente y por el Dr. Marín como secretario. Estas actas tienen los mismos actores de la primeraS-sociedad, quienes se siguen reuniendo periódicamente y se concentran en especial en la organización del sistema de trabajo como especialistas. En algunas de estas actas se hace nombramiento de funcionarios para la Sociedad Cundinamarquesa, como el del Dr. Luis Olmedo López en calidad de tesorero.

En el libro de actas, a partir de 1956, cuando se hace referencia a la "nueva" Sociedad Colombiana de Anestesiología, no aparecen actas de las juntas directivas, y no hay acta de la asamblea reunida en Cali en 1957, donde al parecer cambió una sección de la Junta Directiva, pues el acta de la Asamblea Núm. 3 de 1958 (15) está firmada por el Dr. Galindo como presidente, por el Dr. Salim Yamhure Helo como secretario, y continúa como tesorero el Dr. Luis Olmedo López. A partir de esta asamblea se regularizan los registros de las siguientes asambleas, pero solo en ocasiones aparecen actas de las reuniones de la Junta Directiva.

LOS ACTORES DE ESTE PERIODO

En el periodo estudiado aparecen muchos personajes: médicos anestesistas unos, médicos en formación en la anestesia otros; todos ellos cumplen un papel relevante en la organización inicial de la recién formada Sociedad y en su consolidación posterior. Algunos trascendieron en el tiempo y en su papel en el ámbito de la anestesiología nacional, y otros cumplieron su función durante un tiempo para después orientar sus esfuerzos a otros campos de la profesión médica; sin embargo, estos permanecieron como afiliados a la Sociedad de manera indefinida, o fueron nombrados afiliados honorarios.

Reseñar a estos miembros, resaltando su participación en las diferentes reuniones a las que asistieron, permite visualizar su papel en el desarrollo de la naciente especialidad. Algunos solo se nombran porque aparecen como asistentes en una o varias de las 70 actas que recogen esta historia. Con todo ello se puede conformar un listado de miembros de la Sociedad en el periodo 1949-1956. Otro aspecto significativo de este recorrido se deriva de la importante actividad académica de la Sociedad, pues en prácticamente todas las reuniones se presentaban casos clínicos, se programaban charlas sobre temas anestésicos o se convocaban invitados especiales para discutir temas y su relación con situaciones quirúrgicas.

A continuación se hace una reseña de cada uno de dichos miembros, resaltando su accionar en la Sociedad o simplemente mencionándolos por el hecho de aparecer en una o varias de las 70 actas que recogen la historia de la Sociedad Colombiana de Anestesiología entre 1949 y 1957.

Juan Marín Osorio

Al momento de la fundación de la Sociedad, el viernes 23 de septiembre de 1949, y siendo su principal impulsor y líder, le fue ofrecida la presidencia de la nueva organización, que rechazó enfáticamente (16). Los asistentes a la reunión insistieron y finalmente lo nombraron secretario perpetuo de la Sociedad (2). De una manera casi religiosa, asistía a las reuniones, y la gran mayoría de las actas, a excepción de aquellas en las que no participó por estar fuera del país, llevan su firma y están redactadas con su puño y letra.

Innumerables escritos han resaltado la obra y vida del Dr. Marín, reconocido como el "Pionero de Pioneros" de la anestesiología colombiana, el "Padre de la Anestesia" y muchas más nominaciones en la historia de la especialidad; su papel se hace más manifiesto en el liderazgo del ejercicio y la formación del recurso humano, desde los técnicos o auxiliares de anestesia hasta los primeros anestesistas del país.

En todas las intervenciones del Dr. Marín en las reuniones, se puede apreciar la visión de la época sobre la situación de la anestesia como rama del ejercicio profesional médico, y se vislumbra la lucha por sacar adelante la especialidad que se convirtió accidentalmente en su modo de vida hasta el fin de sus días. En una carta que dejó para que se abriera después de su muerte, manifiesta: "Para 1928, la anestesia era la cenicienta de la cirugía. Los anestesistas vivíamos en un aislamiento perfecto; las clínicas eran instituciones cerradas […] nos conocíamos de oídas los unos a los otros […] lo que no era otra cosa que el reflejo de un medio ambiente envidioso y mediocre, […] temeroso de un esfuerzo por superarse […] y [basado] en pequeñas intrigas y deslealtades" (17).

Otra de las muchas manifestaciones de la lucha de quienes ejercían la anestesia frente a los cirujanos, se refleja en otro aparte de su carta: "[…] porque él la impuso, mediante la capacitación en anestesia, inicialmente, a personal no médico; porque con humildad, pero con autoridad, hizo saber a los encopetados cirujanos de la época que la anestesiología era una especialidad por sí misma, que tenía mucho de medicina interna y mucho de cirugía, pero era independiente, con vida propia" (17).

"[…] porque con humildad, pero con autoridad, se hizo saber a los encopetados cirujanos de la época que la anestesiología era una especialidad por sí misma, que tenía mucho de medicina interna y mucho de cirugía, pero era independiente, tenía vida propia" (Acta 30).



Unidad electroquirúrgica

La naciente Sociedad tuvo una actividad académica muy significativa, y en la mayoría de las reuniones de la época se presentaron trabajos y conferencias por parte de sus miembros. Uno de los miembros más prolíficos en estas presentaciones fue el Dr. Marín, y dentro de ellas se pueden señalar: "Shock y soluciones parenterales" (18); "Hipertensos prostáticos", comentario del artículo "Tratamiento de la cefalea posanestésica por medio de inyecciones epidurales de solución salina", de los Dres. Rice y Harwell Daws de Baltimore (18); "Un caso de anestesia raquídea continua con catéter" (18); "Un mes en el hospital de San Vicente de Paúl de Medellín" (19); "El hipertenso urinario" (5); "Estadística en la premedicación" (7); "Digital en anestesia" (8), y "Anestesia en cirugía endotorácica" (20).

Alrededor de los intentos iniciales de organizar un congreso de la especialidad, diferentes miembros participaron en el Congreso de Cirujanos de noviembre de 1951, y allí participó el Dr. Marín con las siguientes conferencias: "Causa más frecuente de muerte en anestesia raquídea", "Parálisis braquial en cirugía pelviana femenina", "El cirujano, el anestesista y el paciente" (18).

En octubre y noviembre de 1950, el Dr. Marín viaja a los Estados Unidos, al congreso que se celebraba en la ciudad de Miami, y posteriormente, por una invitación recibida y por su interés en apreciar el desarrollo de la anestesiología de ese país, recorre varias instituciones. Sobre el congreso manifiesta que su papel fue completamente nulo, pues la dificultad del idioma le impidió hablar. El informe de su paso por las diferentes instituciones es muy amplio e ilustrativo del estado de la anestesia, y además refiere las atenciones que recibió en ese tiempo.

Así narra aspectos de su viaje y lo que encontró en las diferentes instituciones que visitó, tratando de dar una visión de la organización de los servicios y de las técnicas que se usaban en la época:

En chicago:

- En el hospital municipal San Antonio asistió durante una tarde a la sesión de junta médica para discusión de casos. Se reúnen varias veces por semana.
- El Dr. Sadove, jefe del *Research Hospital*, lo invitó a una de sus lecciones sobre anestesiología.
- Fue durante varias semanas al *Saint Luke Hospital*. Vio aplicar anestesia al Dr. Comroe, jefe del departamento de anestesia.

En New York:

- Conoció el *St. Peter Hospital* y a su jefe, el Dr. Pico. En el *Harlem Hospital* trabajó con la Dra. Mayer.
- En el *Hartford* pensaba permanecer cuatro horas, y por la amabilidad del Dr. Tovell, jefe del departamento de anestesia, permaneció allí cuatro días. El Dr. lo invitó a dormir en su casa la última noche.
- En Boston, en el *Massachusetts General Hospital*, conoció al Dr. Brige, quien remplazaba al Dr. Beecher, quien entonces se encontraba en Corea.
- Visitó el *N. E. Baptist Hospital y el Deaconess,* de la *Lahey Clinic;* el Dr. Eversole era el jefe y el Dr. Nicholson su inmediato colaborador. Con el Dr. R. Smith estuvo toda una mañana en su hospital.

En Washington:

- En el *Georgetown Hospital* tuvo el placer de saludar al Dr. Touhy, a quien había conocido en Buenos Aires.

Congresos:

Asistió al congreso de Miami, que era su principal objetivo. En New York escuchó algunas conferencias del Congreso de Cirugía Torácica.

Meetings:

En New York asistió a un *meeting* sobre raquianestesia dirigido por el Dr. Oversole; en el *Massen Boton* asistió a uno sobre muerte en sala de cirugía; y en la *Lahey Clinic* asistió a un relato del Dr. Nicholson sobre el Congreso de Anestesia de Nueva York.

Operaciones:

> Asistió a dos laringectomías, una con anestesia general en Chicago y otra con anestesia local y pentotal en *Hartford*. En *Harlem* asistió a una anestesia en cirugía de aorta; en el *Massachusetts General Hospital* asistió a una anastomosis de la vena esplénica con la renal izquierda; en el *Baptist Hospital* asistió a una extirpación del simpático dorso lumbar, y en el *Deacommes* asistió a una hemiglosectomía.

Otras anotaciones:

- Anestesia general: con pentotal, ciclopropano, etileno, protóxido de nitrógeno y éter.
- Regional: raquídea, peridural y caudal.

Conclusión:

> "Mi impresión es la siguiente: donde la anestesia estaba bien remunerada es magnífica, de lo contrario, es tan mala como la mayoría de la que hacemos en nuestro país" (19).

Muy importante es su aporte en el campo de la formación del recurso humano; aparece en las diferentes reuniones y controversias sobre las escuelas de anestesia, una de las cuales él había fundado y lideraba (ver "Capítulo III - Historia de la formación del recurso humano en anestesia en Colombia").

A inicios de 1951, en calidad de secretario, presenta el informe del "[…] primer año de labores de la Sociedad […]" donde señala que "[…] actualmente [la Sociedad] cuenta con 33 miembros discriminados así: fundadores activos 12, fundadores correspondientes externos 2, fundadores asistentes 1, fundadores nacionales 2, para un total de 17 miembros; miembros simpatizantes 9, miembros no clasificados 2" (3).

Alberto Delgadillo Vargas

Antes de la revisión del libro de actas, el entendido general, en la mayoría de los documentos históricos existentes, es que el Dr. Alberto Delgadillo tuvo una participación poco significativa en los inicios de la Sociedad, y prácticamente se le reconoce el único papel de haber sido su primer presidente, elegido el 23 de septiembre de 1949. No obstante, una visión diferente resulta de revisar el devenir de la Sociedad durante esos ocho años.

En febrero de 1956, el Dr. Delgadillo es elegido vicepresidente de la Junta que tuvo como responsabilidad la organización del III Congreso Latinoamericano de Anestesia y el II Congreso Colombiano de Anestesia celebrados en Bogotá. Pero por un hecho no previsto, el de la poca participación y la posterior renuncia del Dr. Salamanca, presidente de aquel periodo, el Dr. Delgadillo tuvo gran responsabilidad e importante participación en la organización y el éxito de ambos eventos (10-11).

No solo se preocupó por capacitarse y ejercer la medicina y la especialidad con altura, a pesar de las limitaciones de la época, sino que, con otros líderes, sentó las bases de la anestesia y de la Sociedad, y buscó desde el principio llevarlas a un sitio de importancia en el ambiente científico del momento (21).

Su ámbito de trabajo fue el Hospital de la Samaritana, donde fue migrando de la anestesia a la ginecología, aunque nunca dejó de asistir a las reuniones de la Sociedad. El servicio de anestesia se prestaba en ese hospital desde el año 1937, pero su reconocimiento oficial como área independiente de la sección quirúrgica y como parte de los servicios técnicos generales, se dio en 1944, bajo la denominación "Anestesia, Banco de Sangre, Transfusiones e Infusiones"; esto se logró gracias al continuo esfuerzo y dedicación del Dr. Delgadillo (22). De todos modos, el servicio del Banco de Sangre ya se había fundado en 1942, "[…] para la transfusión de hemoderivados […]", también como resultado del incansable trabajo y dedicación del Dr. Delgadillo, y con la contribución económica del Consorcio de Cervecerías Bavaria S.A. (22).

Durante todo el tiempo de la vigencia de la Sociedad, mantuvo una activa presencia acadé-

mica, con presentaciones de temas en diferentes espacios, como reuniones de rutina, hospitales y congresos; dentro de estas presentaciones se cuentan: "Clases en el curso de anestesia del Dr. Marín" (20); "Método Ayre en anestesia infantil" (23), "La Procaína intravenosa", "Posibilidad de intubación de los pacientes sin inconvenientes del laringoespasmo", "Del acceso de tos coqueluchoide y de los broncoespasmos tan frecuentes bajo la influencia de otros agentes anestésicos" (24), "Anestesia en pediatría" (25), y "Raquia y geriatría urológica" (5).

El Dr. Delgadillo lideró la expedición de los diplomas que acreditaban a los miembros de la Sociedad por su condición dentro de ella, y en varias actas aparece su preocupación por la entrega del diploma a los afiliados (26).

Durante el congreso de 1956 o en un momento posterior, se registra un impase con el Dr. Delgadillo, que lo lleva a presentar la renuncia a su cargo de vicepresidente y a su condición de miembro de número de la Sociedad. No se identifica en los registros la razón de esa renuncia, pero en reunión siguiente al congreso se presenta una proposición, aprobada por unanimidad, para que no pierda ninguna de sus condiciones, y se le declara miembro fundador (27). Es de aclarar que en ese momento su trabajo estaba orientado a la ginecología en el Hospital de la Samaritana, pero en las actas aparece su asistencia a todas las reuniones oficiales y extraordinarias que se celebraban.

Joaquín Prado Villamil

Es otro de los miembros activos de la Sociedad de esta época, con asistencia permanente a las reuniones y con participación activa en ellas; se le reconocen sus permanentes aportes con su nombramiento como presidente en 1951 y su ratificación hasta 1953.

Fue, de igual modo, un activo conferenciante en las reuniones y los congresos propios y de otras especialidades, dentro de los cuales se encuentran las conferencias: "Meningitis irritativa posraquianestesia"; "Raquia y geriatría urológica", conjuntamente con el Dr. Delgadillo (25), y presentación de un caso de "Paciente con un politraumatismo que muere súbitamente y al cual en la autopsia se le encontró un coágulo en la arteria pulmonar" (28).

Después del congreso de 1956, el Dr. Prado viaja a Estados Unidos, y en la reunión del mes de diciembre, para cancelar el año, presenta un prolijo informe de sus observaciones en Norteamérica, donde se incluyen las siguientes anotaciones:

- El equipo humano de trabajo es de una calidad extraordinaria.
- La investigación es un verdadero lujo.
- Premedicación: Se trabaja con el menor número de drogas posibles. Seconal, demerol y escopolamina.
- Inducción en niños con demerol, tantos miligramos cuantos años tiene el infante, menos 1. Para cinco años se dan 4 mg de demerol.
- El mantenimiento con ciclopropano, éter, óxido nitroso.
- Para el laringoespasmo, la succinilcolina 1.5 cm, vía intramuscular.
- En adultos. Pentotal al 2.5 % y succinilcolina 3 o 4 centímetros para intubación.
- Mantenimiento. Con óxido nitroso en el 80 % de los casos, 2 a 4 litros por 2 litros de oxígeno y pentotal en goteo lento.
- Paros cardiacos con el etileno en circuito abierto.
- El aparato más usado es el Jefferson; no gustan del tubo de Carlens y utilizan cardioscopio en todas las cirugías grandes.
- Amigdalotomía. En el *Medical Center* no intuban por miedo al edema de la glotis, en cambio en el *St. Vicent Hospital* intuban el 90 % de los casos.
- Para definir el tamaño del tubo para los niños, aumentan 1 al número de años del niño y

dividen por 2, así: 5 años más 1 = 6/2, el tubo a usar es el número 3.

- No hay razón para no chequear tensión arterial de los niños durante la intervención.
- La raquia es de elección para cesárea y excluida en cualquier otra cirugía, para lo cual utilizan la caudal o peridural.
- La cefalea por raquianestesia la tratan con DOCA, la bencedrina y el nitrito de amilo, que elevan la tensión del líquido cefalorraquídeo.
- Pontocaína más dextrosa al 10 %, lidocaína al 1 % en caudal y al 1.5 % en peridural.
- Las transfusiones en las venas de los miembros superiores por temor a la flebitis en las venas de las piernas.
- Hipotensión controlada con la Arfonad 3 % (29).

Juan J. Salamanca

Es considerado uno de los pioneros de la anestesia en Colombia y el primer anestesiólogo de escuela con formación en Estados Unidos (30). Hizo parte de la trilogía de "Los tres Juanchos", con los Dres. "Juancho" Martínez y Juan Marín Osorio, quienes dominaron el ambiente de la anestesia en sus inicios, en la década del 40.

Fue elegido presidente de la Sociedad el 3 de febrero de 1956, con la tarea de organizar el III Congreso Latinoamericano y el II Congreso Nacional, responsabilidad que declinó días antes del inicio de estos eventos (13). El Dr. Salamanca participó en la fundación de la Sociedad y la elaboración de los estatutos, pero nunca se presentó a la firma del documento original; se le citó para asistir a las diferentes reuniones, pero nunca acudió; por ello, se consideró que no quería pertenecer a la Sociedad más que como miembro fundador (31).

Fue un activo participante en la presentación de temas de anestesia en las reuniones a las que asistió; dentro de esos temas se cuentan: "Raquianestesia" (18), con el Dr. Prado en la reunión del Colegio de Cirujanos, y de manera independiente, "Pentotal en analgesia obstétrica" y "Trabajo práctico sobre peridural" (25).

Gustavo Delgado Sierra

Se graduó en 1949, con la tesis de grado en la Universidad Nacional "Anestesia raquídea alta y pentotal sódico en intervenciones abdominales supraumbilicales".

Alumno en uno de los cursos del Dr. Juan Marín en 1948, viajó a Estados Unidos a especializarse en la *Lahey Clinic*, para regresar en 1953 al Hospital San Juan de Dios, a impulsar la neuroanestesia en la que se había especializado. Participante en las reuniones de la organización y fundación de la Sociedad en 1949, se convierte en uno de los anestesistas más importantes del periodo 1949-1957, y es el responsable de la formación de los especialistas médicos en anestesia en el primer curso de posgrado en el año 1954 (ver "Capítulo III - Historia de la formación del recurso humano en anestesia en Colombia"); lideró también la edición de la revista *Anestesia*, primera publicación especializada en Colombia, de la cual aparecieron tres números. En su periplo por el país, impulsó la especialidad como una disciplina médica, diferente de un oficio menor o "técnico", como solía considerarse (32).

Su participación en este periodo es intermitente a causa de sus constantes viajes a Estados Unidos, donde se había formado, y a Europa, donde asistió en representación de Colombia, por delegación del presidente Gustavo Rojas Pinilla, a la fundación de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (*World Federation of Societies of Anaesthesiologists* - WFSA), el 9 de septiembre de 1955 en La Haya (33).

Al regreso de uno de sus viajes, hace una presentación donde analiza el estado de la anestesia en su país de entrenamiento, Estados Unidos (27); allí se especifica lo siguiente:

- La *Lahey Clinic* tiene un departamento de anestesia autónomo con un jefe, un subjefe, cinco médicos anestesistas y cinco residentes.
- Todas las tardes un miembro del servicio, con sus respectivos ayudantes, va a las clínicas que se le ha asignado para recoger las historias, estudiar los pacientes y ordenar la premedicación. Al día siguiente se administran las anestesias, y una vez terminadas, el anestesista está en la obligación de ir con el paciente hasta su cuarto, dejarlo en buena posición, ordenar y valorar los fluidos y la analgesia; esta vigilancia debe continuarse por dos días.
- Las enfermeras deben alistar los aparatos y los medicamentos que vaya a usar el anestesista, pero nunca, en la *Clínica Lahey,* ellas dan anestesia.
- Se utiliza la raquia con intubación en el 80 % de las operaciones. Muy utilizada la pontocaína con glucosa. En cuanto al método, la dosis única con aguja de Touhy.
- Para anestesia general utilizan mucho pentotal en la inducción, y para el mantenimiento, el éter y el protóxido de nitrógeno. Como relajante el tucurín y la succinilcolina.

Enseñanza:

- Semanalmente hay una reunión de dos horas de duración para hacer las observaciones de las irregularidades en la anestesia. Se presenta un trabajo de fisiología por parte de uno de los docentes del *staff*. Se define el programa para la semana siguiente. Estas reuniones son nocturnas y de libre asistencia.
- Los miércoles hay una reunión con los residentes sobre temas generales de medicina.
- Cursos de entrenamiento. En varios hospitales de Boston se llevan a cabo dichos cursos y los alumnos permanecen de dos a tres meses en cada uno de ellos.
- Clínica curiosa. La utilizada en el *Massachusset* para la hipotensión en cirugía demasiado cruenta, con base en raquídea alta.
- El centro médico tiene un área de cuatro manzanas. Se hacen 32 000 intervenciones y se practican 33 000 anestesias, debido a que muchos procedimientos se hacen con fines terapéuticos o diagnósticos.
- Tiene 17 salas de cirugía ubicadas en un mismo piso. Hay una unidad de recuperación con capacidad para 32 enfermos, que presta un maravilloso servicio. Todo enfermo en esta sala tiene para su cuidado una enfermera especializada.
- Enseñanza. Las residencias son por dos años rotatorios y al cabo de ellos el residente ya tiene mayor independencia y debe practicar anestesias delicadas.
- Hay dos conferencias semanales sobre anestesia, fisiología, farmacología y clínica quirúrgica. Seminarios para presentar los casos difíciles y estudiar los problemas de la semana siguiente.
- Premedicación. De rutina. Demerol con atropina o mejor la escopolamina nembutal.
- La ortopedia se hace con pentotal e intubación; las amígdalas intubadas por la nariz.
- En una anastomosis portocava se utilizan, corrientemente, 6 litros de sangre.

La Sociedad en pleno se preocupó por la financiación del viaje del Dr. Delgado a la fundación de la Federación Mundial, y para ello buscó recursos en diferentes laboratorios, de donde solo resultó un aporte de 1.000.oo pesos de parte de Aga Fano, mientras que el Ministerio le reconoció el 43 % del valor de los pasajes; por otra parte, el Dr. Delgado rechazó un posible auxilio de los colegas o de la entidad.

En el informe del Dr. Delgado a su regreso de Europa, presentó los siguientes puntos a consideración de los asistentes a la reunión:

- El Dr. Martínez Curvelo de Cuba fue nombrado vicepresidente de la Federación Mundial.
- La cuota de inscripción de la Sociedad es de US$40 por año, es decir, 1 dólar por cada miembro de la sociedad.
- La próxima reunión de la Federación Mundial sería en 1960.
- El Dr. Delgado viajó a Estocolmo y visitó la fábrica de Aga, donde vio funcionar uno de los pulmones de acero.

- En París conoció a Hagermann, lo vio trabajar en una anestesia potencializada y en una hibernación (34).

Aníbal Galindo

Se graduó en 1953, con la tesis de grado en la Universidad Nacional "La apnea como método anestésico".

Hacia 1952, el Dr. Galindo aparece en el ambiente de la anestesia de la época, formado al parecer de manera autodidacta, como lo relata el Dr. Jaime Herrera, según información recibida del Dr. Gustavo Delgado (35); desde sus inicios cumple un papel fundamental en el desarrollo de la Sociedad (32). Fue el presidente de esta y del Congreso Latinoamericano y Colombiano de 1956.

Desde su ingreso a la Sociedad desempeñó un papel de relevancia, participando en el desarrollo de los dos congresos que le correspondió presidir; al igual que la mayoría de los miembros, se manifestó con presentaciones de temas científicos en las reuniones ordinarias y en las invitaciones especiales que recibían los nuevos especialistas en anestesia. Dentro de las presentaciones que hizo se encuentran: "Un bien documentado trabajo sobre anestesia potencializada en cesáreas"; un caso de muerte de un paciente que nunca respiró espontáneamente y que falleció al cabo de 36 horas a pesar de estar en cámara de oxígeno, lo cual definió como parálisis muscular estriada por posible relajante muscular (36); "Presentación sobre el ventilador Espiropulsator", donde señala "[…] que desde el punto de vista de la respiración artificial es maravilloso, es como pasar del Ombredanne al aparato de gases, cuando uno aprende a manejarlo" […], pero anotando también, entre sus inconvenientes, la sorprendente cantidad de relajante muscular, curare, necesario para manejarlo (37); este mismo tema fue presentado en el Congreso de Cirujanos de Medellín (38); "Diparcol para anestesia raquídea en cesárea" (37); "Presentación del proyecto de Banco de Sangre del Hospital San Juan de Dios, manejado por miembros de la Sociedad" (39).

Roberto Ocampo

Fue miembro activo de la Sociedad y de su Junta Directiva, donde desempeñó el puesto de tesorero por dos periodos, uno de ellos de gran importancia, el de la celebración del Congreso Latinoamericano y del Colombiano de 1956.

José Vicente Sandino Pardo

Se graduó en 1949, con la tesis de grado en la Universidad Nacional "Algunas observaciones sobre anestesia general".

Permanente asistente a las reuniones ordinarias de la Sociedad, cumplió un importante papel en el desarrollo de la anestesia desde su posición en la Clínica Palermo de Bogotá, y posteriormente desde Cali, donde tuvo relevante importancia en la formación del recurso humano de esa región (40).

Sin ser muy significativa su participación científica dentro de las reuniones, se encuentran las siguientes ponencias en las actas: "Consultorio anestesiológico" (20); "Presentación de caso de síncope reversible con las primeras dosis de novocaína para una anestesia troncular del cuello en una paciente hipertiroidea, caso que se presentó en la Clínica Palermo" (41); "Anestesia potencializada", presentada al Congreso de Cirujanos de Medellín (18), y "Pentotal en cirugía ocular" (26).

Gustavo Scioville

Se graduó en 1953, con la tesis de grado en la Universidad Nacional "Fondo de ojo en anestesia con éter: su valor pronóstico" (42).

Fue asistente permanente a las reuniones de la Sociedad y su tesorero en dos periodos. Su participación con temas científicos no fue significativa, aunque en las actas se señalan los siguientes: "Raquídea continua" (43), "Morbilidad en el posoperatorio de raquídea y general en urología geriátrica" (5), y "Toxicidad de cloro etileno 'Trilene'" (44).

Viajó a los Estados Unidos a informarse sobre la anestesia y a su regreso comentó: "Hay una diferencia entre la anestesia en el sur y en el norte, habiendo sacado como conclusión que en el sur hay más sentido comercial que científico y en el norte lo contrario". Se informó de cómo se hacía el *Board* para anestesia y comenta que presentó el primer examen para aspirar a él (42).

Jorge Colmenares

A pesar de ser uno de los miembros activos de la Sociedad, participó relativamente poco en este periodo, en razón de sus diferentes viajes de especialización: en 1951 se encontraba en España (45), y a finales de 1951 y en 1952 fue residente de anestesia en el Hospital Bethel de Broklin. A su regreso de Estados Unidos fue nombrado jefe de anestesia del Hospital San José de Bogotá (18). Ejerció la vicepresidencia para la celebración de los congresos del año 1956 (11).

Las conferencias que dictó en el seno de la Sociedad en esta época fueron: "Método de Vichmierrsky" (25), "Anestesia caudal en geriatría" (5), y "ACTH en choque anestésico quirúrgico" (46).

Armando McCornick

Se graduó en 1950, con la tesis de grado en la Universidad Nacional "Observaciones clínicas sobre anestesiología".

Fue el primer médico que ingresó a uno de los cursos de anestesia del Dr. Marín en 1947 y se graduó en 1948. Fue miembro activo de la Sociedad mientras permaneció en la ciudad de Bogotá, antes de desplazarse a ejercer la anestesia en Bucaramanga, donde fue líder de la especialidad en el departamento de Santander (47). Ejerció en el Hospital Santa Clara, y en las actividades académicas presentó los siguientes temas: "La tensión arterial para control de la anestesia" (48), y "Seconal como premedicación" (49).

Fue elegido primer tesorero de la Sociedad y se preocupó por la organización de la contabilidad, como lo explicó en la reunión final de su periodo, mostrando la recuperación de cartera y un "libro mayor" para registro de los ingresos y salidas de dineros de la naciente entidad (48).

Salim Yamhure

Fue un asiduo asistente a las reuniones ordinarias desde su vinculación activa a la Sociedad, y en una oportunidad presentó una charla sobre "Cefalea posanestésica" (42); en otra intervención comenta sus experiencias de observación en los Estados Unidos, en el *King´s Comiti Hospital* de New York, donde señala que allí se utiliza sistemáticamente el oxígeno en toda raquídea, con pontocaína más un centímetro de dextrosa al 10 % (50).

Julián Córdoba

Fue otro miembro activo de la sociedad, tanto por su asistencia desde el inicio de su vinculación, como por su presentación de temas y casos clínicos. Presentó los siguientes temas: "Artículo del Dr. Volpitto sobre la anestesia en los enfisematosos", donde habla de la contraindicación de la raquianestesia en estos pacientes, porque disminuye el ensanche vertical del tórax cuando la raquia asciende hasta el 3°, 4° y 5° pares cervicales, orígenes del frénico (23); "Anestesia en el enfisematoso" (48); "Metabolismo basal bajo la influencia del pentotal" (26); "Artículo del Dr. Perry Volpitto sobre 'Contraindicación de la raquianestesia en pacientes asmáticos'" (26); presentación de un caso de muerte súbita en la sala de cirugía de la Samaritana, por raquianestesia con meticaína en pacientes de 22 años de edad, para intervención de pequeña cirugía, absceso de la región glútea (41); presentación de un caso de "Anestesia por refrigeración" en un paciente en precarias condiciones que padecía gangrena de uno de los miembros inferiores: se fabricó una bota de caucho, la cual se llenó con hielo picado, y se introdujo la pierna del paciente; como este se quejaba de frío en el abdomen inferior, se aplicó una banda de torniquete en la parte superior del miembro gangrenado, y como el dolor continuaba, se resolvió infiltrar el área constreñida para evitar la sensación desagradable; 90 minutos después de haberse iniciado la refrigeración, se

procedió a hacer la amputación sin complicaciones mayores (51).

Pedro Mendoza

Miembro fundador de la Sociedad, cumplió funciones como tesorero en la Junta Directiva del periodo 1951-1952. Presentó dos trabajos en las reuniones académicas: "Balance electrolítico de urología" (5), y "Experiencias con el Trilene" (44). Fue considerado por sus colegas un muy buen anestesista, y murió tempranamente en 1956 (39).

Horacio Martínez

Miembro fundador y vicepresidente de la Sociedad, registra poca asistencia a las reuniones.

Jorge Segura

El Dr. Segura figura como firmante del acta de fundación, pero nunca respondió a las citaciones que se le hicieron, por lo cual no le se consideró un miembro fundador (31). Presentó en una reunión ordinaria el tema "Experiencias con benadryl y humetone, sustancias antihistamínicas, como premedicación antes de la anestesia raquídea" (49).

Oscar Tonelli

Importante anestesiólogo que, desde su llegada al país, procedente de Italia, cumplió una encomiable labor en la formación de recurso humano en las técnicas de cirugía torácica y organización de eventos académicos (52). Un interesante aporte registrado en las actas es el de su visita a Estados Unidos al Congreso de Cirugía de Tórax, en cuyo informe incluyó: "Muchos centros quirúrgicos norteamericanos ya aceptan la respiración mecánica que hace unos años era totalmente rechazada; el grupo de analistas y cirujanos del congreso se han valido de un solo anestésico, el ciclopropano; avanzados adelantos en la cirugía septal cardiaca" (39).

Otros anestesistas aparecen en las actas de la Sociedad: el Dr. Alfonso Osorio, nombrado secretario para el periodo 1954-1955 (pero no se hicieron actas de ese periodo y debió asumir de nuevo la secretaría el Dr. Juan Marín), quien presentó como tesis de grado, en la Universidad Nacional, "La anestesia general en la cirugía torácica (cirugía bronco-pulmonar)"; el Dr. Hernando Trujillo Jáuregui, quien presentó un trabajo sobre novocaína intravenosa, y como tesis de grado, "Anestesia general en cirugía por medio de la Procaína intravenosa" (49); el Dr. Carlos Pineda, quien ingresó a la Sociedad en 1950 (53); el Dr. Haberman, quien presentó el tema "20 años de anestesia avertínica"; los Dres. Roberto Ocampo, Mario Orozco y Jaime Moreno, que ingresaron a la Sociedad en agosto de 1951; en octubre de 1951 ingresaron los Dres. Hernán Cuartas, Ernesto Perilla y Alejandro Molina Vásquez, quien para su ingreso presentó su tesis de grado en la Universidad Nacional, titulada "Raquianestesia continua" (18); el Dr. Darío Acevedo, quien fue inscrito legalmente como miembro fundador por tener todos los derechos para ello (54); el Dr. Abelardo Barrera, quien solicitó ingreso en noviembre de 1952 y presentó el trabajo "Taquicardia en anestesia" (7); el Dr. Octavio Adaime, quien fue admitido como miembro activo en mayo de 1953 (38); el Dr. Jaime Moreno, quien fue aceptado como miembro asistente mientras terminaba el curso de anestesia; los Dres. Carlos Pineda y Jorge Páez Calderón, quienes fueron aceptados como asistentes (48); el Dr. Jorge Pinilla Rueda, quien aparece por primera vez referenciado en las actas con la responsabilidad de conversar con el director del Hospital Militar, donde trabajaba, sobre temas del ejercicio de los colegas (9); el Dr. Eliseo Cuadrado, quien presentó "Aplicaciones terapéuticas de bloqueo continuo del simpático lumbar" para su aceptación en la Sociedad (10); y el Dr. Luis Díaz del Castillo, quien fue aceptado como miembro de la sociedad el 7 de junio de 1957 (55).

Puede decirse que así se completan los miembros de la Sociedad Colombiana de Anestesiología en este periodo de su historia; en la tabla incluida al final de este capítulo se presenta la asistencia a reuniones de cada uno de ellos y el porcentaje sobre el número total de reuniones de la sociedad, con 70 actas de sus juntas directivas.

ACCIDENTES Y TÉCNICAS

Al revisar las actas de la Sociedad es posible identificar las presentaciones de sus miembros sobre problemas surgidos con las técnicas anestésicas utilizadas en ese periodo, lo que deja entrever la problemática general del ejercicio y el interés en un análisis de las técnicas que se utilizaban, así como en la solución a los problemas surgidos con estas. De dichas actas se pueden extraer los siguientes casos, presentados por sus actores correspondientes:

- El Dr. Córdova comentó un caso de muerte súbita en la sala de cirugía de la Samaritana por raquianestesia con meticaína en pacientes de 22 años de edad, para intervención de pequeña cirugía, absceso de la región glútea (41).

- El Dr. Sandino comentó un caso de síncope reversible con las primeras dosis de novocaína para una anestesia troncular del cuello en una paciente hipertiroidea, caso que se presentó en la Clínica Palermo (41).

- El Dr. Sandino comentó un caso de choque transfusional en un enfermo a quien se le practicaba una osteosíntesis, y el miembro en el cual se hacía la transfusión estaba cianótico (4).

- Se comentó la inducción con soluciones del pentotal al 2 % en los niños menores de 15 meses o en aquellos que son muy emotivos, para llevarlos a la inconsciencia y luego continuar la anestesia con uno cualquiera de los agentes conocidos (4).

- Se presentó un caso de muerte de un paciente intubado que nunca respiró espontáneamente y cuya recuperación falló al cabo de varias horas, a pesar de estar en cámara de oxígeno; se consideró una "parálisis muscular estriada" (36).

- Muerte en sala de cirugía por anestesia raquídea (56).

- Caso de edema del brazo izquierdo por inyección de pentotal en la arteria del pliegue del codo, "afortunadamente sin más consecuencias" (46).

- Se "presenta el récord" de un caso de muerte en el ICSS, al parecer una depresión de una paciente con el uso de cloropropamida aplicada por una persona no entrenada, y en el cual el anestesista debió abandonar a un paciente que atendía, porque no había quien atendiera el caso comentado (38).

- El Dr. Prado presentó el caso de un paciente con un politraumatismo, que muere súbitamente y al cual, en la autopsia, se le encontró un coágulo en la arteria pulmonar (28).

- Se presentó un caso de reacción tardía en paciente de amigdalotomía con depresiones respiratorias, que respondía a la administración de oxígeno y que, cuando este se retiraba, entraba en apnea; se sospecha la acción del secobarbital que se sumó a la anestesia con pentotal y éter (43).

ASPECTOS FINANCIEROS

En las actas se reconoce el valor de la inscripción como afiliado activo de la Sociedad, con un valor de $10 (diez pesos) y una cuota mensual de $3 (tres pesos) (57), lo cual, en respuesta a solicitud del tesorero del momento, el Dr. Roberto Ocampo, en enero de 1956 aumenta a $5 (cinco pesos) mensuales (58). Para la organización de los congresos Latinoamericano y Colombiano, que eran responsabilidad de la Sociedad, se solicitó una cuota extraordinaria de $100 (cien pesos) (10).

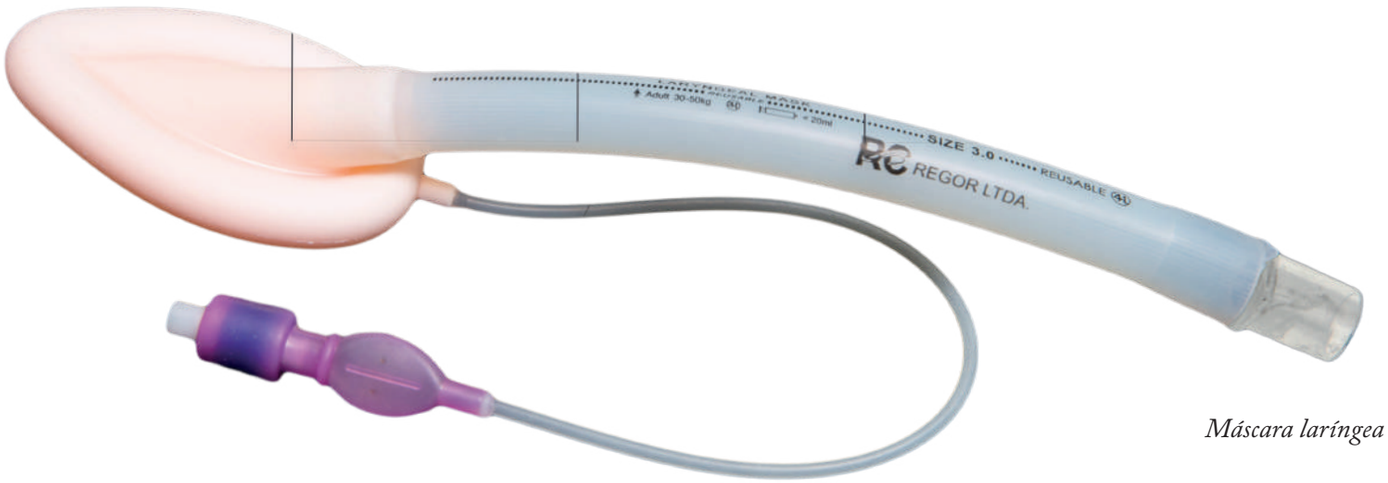
PUBLICACIONES

Estas publicaciones no son reconocidas como apoyadas oficialmente por la Sociedad, pero allí aparecen como responsables miembros de ella, y en las actas están referenciadas.

Se reconoce como publicación de la época a *SEDARE*, boletín informativo de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, editado por el Dr. Juan Marín, y del que infortunadamente no se ha podido encontrar ejemplares de la época. El Dr. Herrera cita en dos oportunidades este documento y hace referencia a su publicación (59-60).

En 1954 aparece la publicación *Anestesia*, órgano oficial del Colegio Colombiano de Anestesiología, publicación bimensual dirigida por el Dr. Gustavo Delgado, de la cual aparecieron tres números (61).

Con motivo del III Congreso Latinoamericano de Anestesiología, la *Revista del Hospital San Juan de Dios* de Bogotá publicó los anales correspondientes, y se incluyeron artículos de los Dres. Alfredo Artunduaga, Oscar Tonelli, Zairo E. G. Vieira, Roberto Ocampo, Robert A. Hingson, Gabriel Escobar, Armando McCornick, Alberto Odo Guerinik, Francisco Villalobos, Gustavo Delgado y Roberto J. de Luca (62).



Máscara laríngea

ASPECTOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN

La mayoría de las reuniones de la Sociedad tuvieron lugar en el Hospital San José (20), aunque algunas se realizaban en casa de sus miembros o de cirujanos que acogían a los nuevos especialistas, como las reuniones en casa del profesor Carlos Trujillo Gutiérrez (49). La mayoría de las actividades sociales se realizaron en el Club Médico, y solo al final del periodo la Sociedad aceptó reunirse en el Hospital Militar, en el local que esta institución le había cedido a las sociedades científicas.

Para los trámites de admisiones se nombró una Comisión de Credenciales, integrada por los Dres. Joaquín Prado y Horacio Martínez; estuvo encargada de estudiar los documentos que cada aspirante debía presentar al momento de su solicitud de admisión.

Otro ente administrativo de la Sociedad fue la Comisión de Pactos, integrada por los Dres. Hernando Trujillo, Alberto Delgadillo y Juan Marín; se encargó de revisar las relaciones con otras sociedades, entre las que se enumeran la de Otorrino, la de Obstetricia, la Federación Nacional Médica y muy especialmente la de los Seguros Sociales (ICSS), que en esa época iniciaba actividades en todo el país (24).

Como emblema de la Sociedad, se aprobó el de la escuela de anestesia del Dr. Marín, por lo cual se ordenó la confección de una muestra que modificara únicamente el color azul por el verde, el cual fue oficialmente aceptado.

Como emblema de la Sociedad, se aprobó el de la escuela de anestesia del Dr. Marín, por lo cual se ordenó la confección de una muestra que modificara únicamente el color azul por el verde, el cual fue oficialmente aceptado (63).

La selección de una "hoja de registro de anestesia" tuvo espacio en diferentes reuniones, y ante la dificultad de un acuerdo, se decidió promover en todas las instituciones una hoja adaptada de los Estados Unidos (46).

REMUNERACIÓN

Con el correr del tiempo se dan informes de la evolución de la remuneración de los anestesistas en diferentes instituciones, y si bien solo ocasionalmente se precisan los valores a reconocer, muchas reuniones se centran en las conversaciones sobre los acuerdos, convenios y contratos con las instituciones, y en las relaciones con los cirujanos. Se resalta el cambio de remuneración del jefe de anestesia del Hospital San José, que para inicios de 1950 pasó de $150

CONFLICTOS Y CONTROVERSIAS

a $850; posteriormente, para este jefe, se definió un reconocimiento de $1.500; para el subjefe $500; para el interno $100; (49).

Un ejemplo de los conflictos del momento es el reclamo del Dr. Jorge Osorio, nombrado "interno residente" en el departamento de anestesia del Hospital San José, con 250 pesos mensuales; como su nombramiento correspondía al de subjefe del departamento, hubo objeciones al respecto por no estar recibiendo los $500 pactados. El Dr. Hernando Trujillo explicó que, para ser subjefe, el interesado necesitaba ocho meses de práctica, y el Dr. Osorio apenas llevaba seis meses de internado, por lo cual se le consideró un interno y se le asignó el sueldo mencionado (24). Terminado su entrenamiento, fue llamado para asumir la jefatura del servicio y pidió $3.000, lo que no fue aceptado; se llamó a nuevos miembros de la Sociedad para asumir el cargo, pero estos no aceptaron (64).

Un comentario del Dr. Delgadillo, presidente de la época, es muy diciente de las dificultades existentes al respecto: "Nuestro arancel tomará mucho tiempo antes de convertirse en realidad" (48).

La revisión de las actas permite identificar conflictos de diferentes características en la evolución del tiempo de desarrollo de la Sociedad, y una mirada aislada y en conjunto permite reconocer las dificultades que surgieron en el camino. A continuación se mencionan algunas de ellas:

- En el seno de la reunión se solicita al Dr. Carlos Gaitán que explique su actuación contradictoria en relación con su jefatura del Hospital San José (53); el Dr. respondió la carta sobre su actuación informando que, al asumir la subjefatura del departamento de anestesia, aceptó $250, y explicó que exigió $500, por cuatro horas de trabajo al día, pero la junta directiva del hospital le ofreció $250, por dos horas de trabajo. La sociedad "se sintió satisfecha con la explicación" (24).

- Se reconocen dificultades con algunos cirujanos y críticas de los anestesistas a la organización del trabajo en las clínicas y los hospitales, y se recibe una carta del presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, a la cual se contesta que no es ánimo de la Sociedad de Anestesiología criticar por criticar, sino hacerlo buscando que las clínicas y hospitales mejoren (7).

- El Dr. Delgado comenta la opinión de algunos cirujanos que se quejan ante el desinterés de los anestesistas durante su trabajo (65).

- El Dr. Delgado informa sobre la organización del servicio de anestesia en la Clínica Marly, en la cual, al asumir el control de las drogas, en un mes se redujeron los costos en un 40 %; la maternidad esta "servida" por auxiliares, pero se dice que en breve la asumirá un anestesista (65).

- La Clínica Bogotá sí aceptó la conversación de los Dres. Yamhure, Gonzales y Muñoz, y hay un proceso de acuerdo con el director, el Dr. Dávila (64).

- Se recibió una comunicación del Dr. Hernando Galvis Ordóñez del Hospital San José, que informa al Dr. Galindo, jefe del servicio, de los lamentables hechos que protagonizó el Dr. Alberto Valbuena un 20 de enero en el hospital. Se aprueba la expulsión

del Dr. Valbuena del seno de la Sociedad Cundinamarquesa por unanimidad, lo cual será informado al hospital. Se nombra una comisión de los Dres. Sandino y Yamhure para que presenten un informe de las faltas cometidas por el Dr. Valbuena, con la intención de llevar este caso a la segunda asamblea general en Cali, para producir una sanción a la altura de la Sociedad y de las entidades ofendidas (66).

- En cuanto a las clínicas, se conviene que es mejor abrir las tarifas, y se nombra una comisión integrada por los Dres. Salim Yamure, Alfonso Osorio, José María Silva, Aníbal Galindo y Juan Marín.

- En el Hospital San Carlos se suspende el pago de los honorarios por parte de la junta directiva del hospital. Los Dres. Galindo y Tonelli son llamados por el director del San Carlos y se les ofrece la jefatura de anestesia, por encima del convenio con la Sociedad, a lo cual estos no aceptan, por compañerismo con el Dr. Juan Marín. Esta actitud fue reconocida por el pleno de la reunión de la Sociedad como una actitud encomiable digna de imitar.

- Los colegas de Marly y Palermo continúan las conversaciones con los directivos en relación a las tarifas y las clínicas en las que se prolongó el impase económico (14, 67).

Otro de los conflictos en este periodo de la Sociedad es la relación, como entidad o de los anestesistas de manera individual, con la recién creada institución de seguridad social, que tiene sus orígenes en la Ley del 26 de diciembre de 1946, de donde surge el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). En seguida se detallan algunos de los puntos relacionados con esa organización:

- En una de sus primeras reuniones, el 5 de mayo de 1950, se analizan los diferentes puntos de la posible relación ICSS-Sociedad, y se decide "[…] dejar en suspenso la contratación con el Seguro Social por no encontrarse la Sociedad de Anestesiología en condiciones ventajosas para esta negociación […]" (24).

- En enero de 1957 se estudió el convenio pactado entre la Sociedad y el ICSS en 1954, y se leyó la carta de denuncia para solicitar su caducidad (66).

- Se leyó carta del Dr. Betancur, presidente de la Sociedad Antioqueña, y del Dr. Parra, presidente de la Sociedad Vallecaucana, con relación a los convenios entre esas sociedades y el Seguro Social (66).

- El Dr. Galindo propone que un nuevo convenio debe incluir un porcentaje sobre lo que se reconoce al cirujano por cada intervención, y el Dr. Yamhure manifiesta ser partidario de tarifas "[…] un poco más elevadas que las actuales […]". Se nombra una comisión integrada por los Dres. Julián Córdoba, Jorge Colmenares y Salim Yamhure para presentar una propuesta (66).

CONTRATACIÓN CON ISS[1]

Largo y complicado fue el camino de contratación con esta entidad, y las actas se refieren en varias oportunidades a ello. Algunas anotaciones se relacionan a continuación:

- Se nombró una comisión de los Dres. Aníbal Galindo, Julián Córdoba y Jorge Colmenares, para presentar informes sobre el nuevo contrato con el Instituto de Seguros Sociales (68).

- En mayo de 1957, el Dr. Galindo habló de las conversaciones con el Dr. Tarazona, coordinador del ISS, y presentó las bases de dicho acuerdo:

  – No será un contrato sino un convenio de trabajo, y los anestesistas no serán empleados propiamente dichos.
  – No habrá derecho a prestaciones.
  – El acuerdo se firmará entre la Sociedad de Anestesiología con el ISS, es decir, de persona jurídica a persona jurídica.
  – Los turnos y servicios especiales requeridos deberán hacerlos los residentes que serán nombrados por la Sociedad entre sus miembros activos.

  – Sobre las funciones que serán responsabilidad de la Sociedad:

    - Serán determinadas por la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología.
    - Los casos programados se deben informar con seis horas de anticipación al jefe de la unidad.
    - Se hará premedicación y estudio preanestésico.
    - Recuperación y atención posanestésica.
    - El interno trabajará de acuerdo con el jefe de turno.

  – Se entiende que los servicios requeridos se prestarán cuando la Sociedad de Cirugía o el paciente lo exija (69).

- Se continuó el análisis del acuerdo con el ISS y se definieron como aspectos fundamentales de este convenio:

  – Autonomía absoluta de la Sociedad Cundinamarquesa para nombrar, suspender o cambiar el personal de anestesiólogos que trabaja con el Seguro Social.

  – El Seguro Social pagará a la Sociedad el 30 % de lo que reconozca a los cirujanos por caso operado.

- Se felicitó a los Dres. Galindo y Marín por el arreglo hecho con el Seguro Social y se dio carta blanca para firmar el convenio (70).

- Se nombró comisión para que la Sociedad Colombiana, con otras sociedades, aborden el trámite del contrato con el Seguro Social, para lo cual se encargó a los Dres. Galindo y Marín.

Términos de la contratación en 1957

Los términos de este contrato tienen una connotación histórica muy importante hacia el futuro, puesto que fueron los que las directivas denunciaron en 1973, cuando surgió el conflicto con el Seguro, lo que llevó a la crisis de la Sociedad en esa fecha.

1 Para las fechas aquí referenciadas, el ICSS ya se había convertido en ISS.

Con los antecedentes de las anteriores juntas, se presentó el acuerdo definitivo con el ISS para la vigencia de los años venideros. A la reunión de estudio asistieron 24 miembros de la Sociedad, que aprobaron los términos. Estos fueron los puntos acordados (55):

- Se constituyó el Comité del Seguro Social dentro de la Sociedad, el cual quedó conformado así: Dres. Aníbal Galindo, Juan Marín y Alfonso Osorio como miembros de la Junta Directiva, Dr. Salim Yamhure por la Clínica Bogotá y Dr. Julián Córdoba por la Clínica Santa María.

- Se constituyó un fondo de reserva con manejo por parte del tesorero, para los gastos de organización, y se aprobó que se guardaría el 4 % de las sumas percibidas mensualmente.

- Se nombró el personal para la Clínica de Urgencias. Se preguntó quiénes deseaban trabajar en ellas, y se postularon los Dres. Olmedo López, Jorge Pinilla, Luis Navarrete, Rafael Sarmiento, Samuel Ortegón, Jaime Casasbuenas, Yesid Gonzales y Jaime Villaquirán. Se nombró coordinador al Dr. Olmedo López. El Dr. López solicitó, días después, reducir el número de anestesistas en la Clínica de Urgencias a cuatro, y pidió plena autonomía para organizar su grupo de trabajo (14).

- Para la Clínica Primero de Mayo, se decidió que el servicio se continuaría prestando durante un mes, como se venía haciendo. El Dr. Alberto Carrillo fue nombrado coordinador por sus compañeros.

- Para la Clínica Bogotá, se decidió continuar con el mismo equipo humano por un mes de prueba. Se definió como coordinador al Dr. Salim Yamhure, y como colaborador para analgesia obstétrica al Dr. Édgar Muñoz.

- Para la Samaritana, el personal de entonces quedó coordinado por el Dr. Julián Córdoba.

- Para la Clínica de la Paz, se inscribieron los Dres. Adaime, De la Hoz, José A. Rubio, Jaime Casasbuenas y Édgar Muñoz. Quedó como coordinador el Dr. Muñoz.

- Se tiene el compromiso de:

  – La visita pre y posanestésica.
  – Toda la analgesia obstétrica.
  – Llevar una lista de todos los datos exigidos por el ISS para la contabilidad.
  – Ceñirse al 30 % de lo que cobre el cirujano por la intervención.
  – Llevar estadísticas al día.

- Se convino que ninguno de los grupos del Seguro Social es cerrado y que cualquiera de los miembros de la Sociedad Colombiana de Anestesiología puede trabajar en ellos.

- Los coordinadores deben permanecer en sus departamentos de anestesia, con una asignación mensual que les permita atender a sus obligaciones.

- El Comité del Seguro Social es el encargado de resolver todos los problemas que se presenten en los diversos departamentos de anestesia.

ESTATUTOS

- La cuota de inscripción para participar en el convenio es de $20.oo.

- El Dr. Galindo informó de una lista de drogas básicas para el ejercicio de la anestesia que sería llevada al Ministerio de Higiene; esta lista fue elaborada de común acuerdo, a excepción de lo relacionado con la digoxina, que fue motivo de divergencia. Se decidió programar una mesa sobre cardiotónicos.

- Se acordó que, cada mes, cada uno de los departamentos de anestesia presentaría un trabajo y su estadística.

- El Dr. Galindo pidió autorización para hacer un préstamo por $20.000.oo en el Banco de Bogotá, apoyado en el contrato con el Seguro Social, y con el objeto de atender las necesidades de los anestesiólogos mientras se normaliza la contabilidad. El préstamo fue aprobado.

- Se definió la manera como deben presentarse las cuentas.

En las actas de este periodo se hace referencia a los estatutos y sus modificaciones. Infortunadamente no hay un registro textual, pero en seguida se presentan algunos de los comentarios que aparecen sobre ellos.

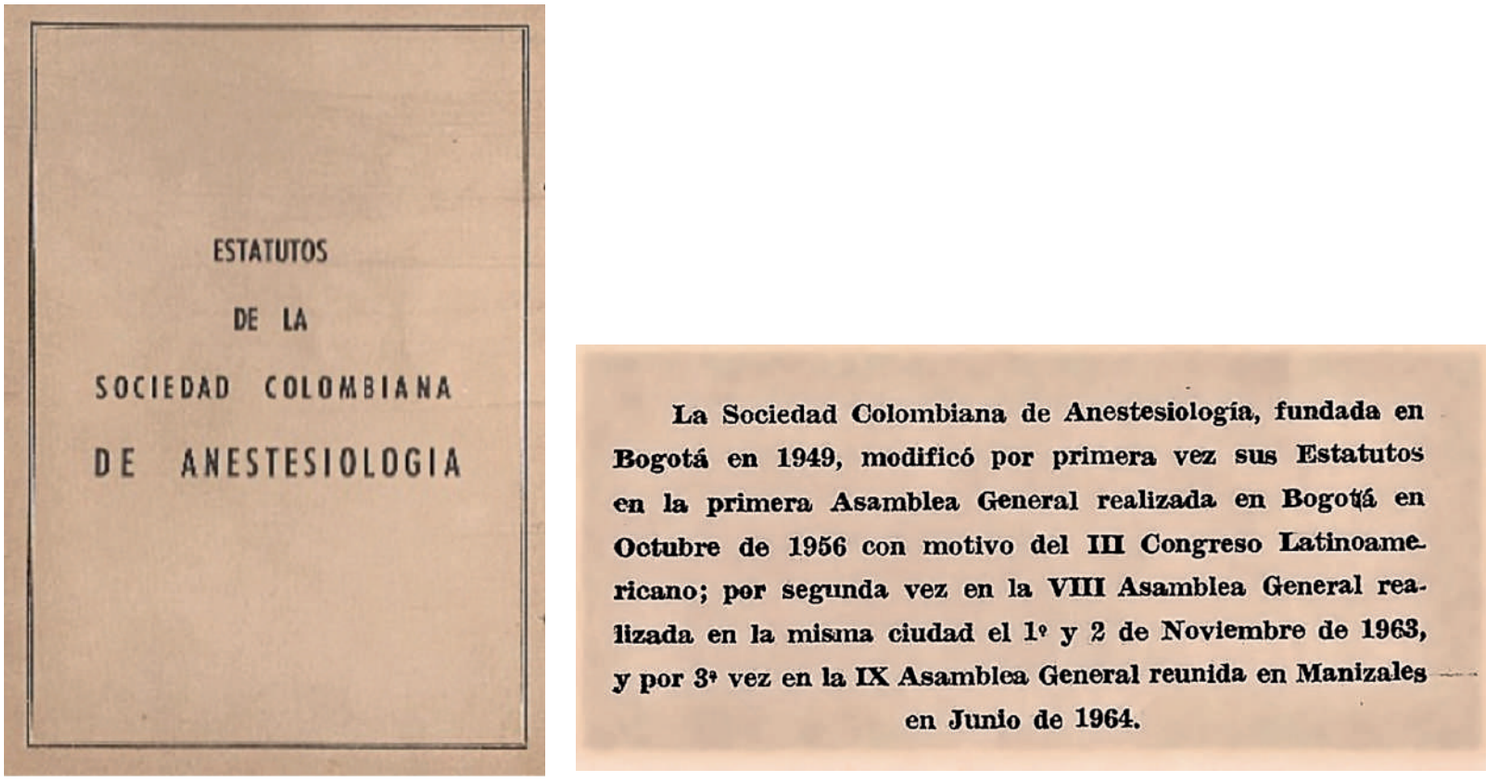
- El Dr. Gustavo Medina Hernández fue encargado del trámite de legalización, y en un momento dado se abstuvo de continuarlo por falta del reconocimiento económico pactado, lo que posteriormente se solucionó (53).

- Tres meses después de esta nota del acta N° 5, se recibe la carta del Dr. Medina, en la cual se informa de la expedición de la personería jurídica por Resolución N° 64, N° 27333, del 10 de junio de 1950, emanada del Ministerio de Justicia (25).

- Para la redacción y control de las normas estatutarias que regirían a la Sociedad, se nombró la Comisión Permanente de Estatutos, integrada por los Dres. Alberto Delgadillo, Juan J. Salamanca y Juan Marín. Como el Dr. Salamanca no pertenecía a la Sociedad, fue



Beromuro de rocuronio



▲ Folleto con los estatutos aprobados en Manizales en 1964

reemplazado por el Dr. Joaquín Prado (53). Se aprobó esta proposición: "Si algún miembro deseare reformar en todo o en parte los estatutos, deberá presentar al Presidente el respectivo proyecto que será estudiado por la Comisión Permanente de Estatutos" (71).

La revisión de los estatutos está presente de modo permanente en las conversaciones de los miembros de la Sociedad, y una referencia a ello aparece en enero de 1956 (58); luego de la transición del 6 de noviembre de 1956 se propone una revisión completa de aquellos, según el Dr. Galindo, "[…] para que sean presentados en la segunda asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesia que se ha de celebrar en la ciudad de Cali […]" (66).

Esta modificación no se concretaría hasta 1964, cuando los estatutos fueron aprobados en la IX Asamblea General.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y CONGRESOS

Dos congresos se celebraron en este periodo de la Sociedad: el primero en 1952 y el segundo en octubre de 1956, conjuntamente con el III Congreso Latinoamericano de Anestesiología (ver "Capítulo VII - Apuntes para la historia de los congresos de la Sociedad: Contenido académico [1949-2001]).

Además de las conferencias presentadas por los miembros de la Sociedad reseñadas hasta ahora, se registran estas otras reuniones académicas:

- El Dr. Echeverri, cirujano cardiovascular, en una clara y didáctica exposición, habló sobre la diferencia entre hibernación hecha con drogas e hipotermia hecha por medios físicos aplicados a la superficie del cuerpo, parenteralmente o con la sangre por enfriamiento extracorpóreo. La temperatura óptima es de alrededor de 31°, pues más baja predispone a la fibrilación; la hibernación es útil en cirugía cardiaca (39).

- En la reunión siguiente, el Dr. Echeverri hizo una conferencia sobre circulación extracorpórea, mostrando las cuatro etapas del proceso quirúrgico, así: 1) ligadura de las cavas, 2) utilización de la ácigos, 3) canulación separada de las cavas y 4) reemplazo del dador por recipientes con sangre que fue primero arterial y luego venosa arterializada, y por último, las bombas del oxigenador, que valen US$5 (33).

- Se propuso un ciclo de conferencias entre cirujanos y anestesistas. La primera sería el 15 de junio, con la presencia del Dr. José del Carmen Acosta, y la moderación del Dr. Salamanca; la segunda sería dictada por el Dr. Hessey, y la tercera por el Dr. Piñeros (41).

Esta es una visión de lo que sucedió en este periodo de la anestesia en Colombia, según lo reseñan las actas de la Sociedad Colombiana de Anestesia, después Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología; allí se recoge con cierto detalle la vida de la Sociedad y sus actores, a través de un documento redactado y escrito por el Dr. Juan Marín, como secretario de la organización entre 1949 y 1957. Se relata también el inicio de la vida de la Cundinamarquesa en su primer año, desde el 6 de noviembre de 1956, acta N° 58 (12), hasta el viernes 6 de septiembre de 1957, acta N° 70 (14). En la tabla a continuación se presenta la asistencia de los miembros de la Sociedad a las reuniones, según actas de 1949 a 1957.

	#	%		#	%		#	%
Juan Marín Osorio	46	77.97	Carlos Pineda	4	6.78	Noel Gutiérrez	1	1.69
José Vicente Sandino	37	62.71	Álvaro Luque	4	6.78	André Didier	1	1.69
Joaquín Prado	35	59.32	Álvaro Rúgeles	4	6.78	Portilla	1	1.69
Gustavo Scioville Samper	29	49.15	Adaime	4	6.78	Acevedo	1	1.69
Pedro Mendoza	25	42.37	Salazar	4	6.78	Hilda Uribe	1	1.69
Alberto Delgadillo	20	33.9	Edgardo Muñoz	4	6.78	Carlos Borda	1	1.69
Roberto Ocampo	20	33.9	Mojica	4	6.78	Fernández	1	1.69
Aníbal Galindo	16	27.12	Alfonso (Abelardo) Barrera	3	5.08	Serrano	1	1.69
Jorge Colmenares Espinosa	16	27.12	Olmedo López	3	5.08	Duque	1	1.69
Efraín Otero	15	25.42	Jorge Pinilla	3	5.08	De la Hoz	1	1.69
Pedro González	15	25.42	Antonio Ruan	2	3.39	Díaz	1	1.69
Alberto González	12	20.34	Rueda	2	3.39	Valbuena	1	1.69
Salim Yamhure	12	20.34	Eduardo Camacho Borda	2	3.39	Bernardo Echeverry	1	1.69
Alfonso Osorio	11	18.64	Carlos Fisher	2	3.39	Samuel Parra	1	1.69
Francisco Villalobos	11	18.64	Echeverry	2	3.39	Horacio Martínez	1	1.69
Julián Córdoba	10	16.95	Oscar Velázquez	2	3.39	Edmundo Lozano	1	1.69
Silva	10	16.95	Rey	2	3.39	Ramón Morales	1	1.69
Orozco	9	15.25	Rafael Sarmiento	2	3.39	Jorge Segura	1	1.69
Francisco Jiménez	9	15.25	Moreno	1	1.69	Noel Gutiérrez	1	1.69
Gustavo Delgado	8	13.56	Hernán Cuartas	1	1.69	Armando McCornick	1	1.69
Téllez	8	13.56	Alejandro Molin	1	1.69	Hernando Trujillo Jáuregui	1	1.69
Tonelli	8	13.56	Ilda Uribe	1	1.69	Juan J. Martínez	1	1.69
Hoeberlin	7	11.86	Vicente León	1	1.69	Alfonso Gómez	1	1.69
Darío Acevedo	5	8.475	Alfonso Bonilla Naar	1	1.69	Cruz	1	1.69
Juan J. Salamanca	5	8.475	Raúl Franco	1	1.69	José A. Rubio	1	1.69
Jorge Páez	5	8.475	Hernando Yepes	1	1.69	Carlos Gaitán	1	1.69
Jorge Osorio	4	6.78	Correa	1	1.69			

▲ Asistencia de los diferentes miembros de la Sociedad a las reuniones, reflejadas en actas de la Sociedad en el periodo 1949-1957

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anestesia SCd. Acta de fundación. En: SCA, editor. Actas de la sociedad 1949-1957. Bogotá, 23 de septiembre de 1949. p. 5-9.
2. Anestesia SCd. Acta N° 1. En: S.C.A.R.E., editor. Libro de actas de la sociedad. Bogotá, 23 de octubre de 1656. p. 6-12.
3. Anestesia SCd. Acta N° 13. En: SCA, editor. Actas de la sociedad 1949-1957. Bogotá, 2 de febrero de 1951. p. 33-6.
4. Anestesia SCd. Acta N° 23. En: SCA, editor. Libro de Actas de la Sociead 1949-1956. Bogotá, 7 de diciembre de 1951. p. 55-6.
5. Anestesia SCd. Acta N° 31. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 7 de noviembre de 1952. p. 68-71.
6. Herrera Pontón, J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
7. Anestesia SCd. Acta N° 32. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 28 de noviembre de 1952. p. 72-3.
8. Anestesia SCd. Acta N° 47. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 9 de marzo de 1956. p. 93.
9. Anestesia SCd. Acta N° 45. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 3 de febrero de 1956. p. 91-2.
10. Anestesia SCd. Anta N° 50. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 15 de junio de 1956. p. 97-100.
11. Anestesia SCd. Acta N° 51. En: SCA, editor. Libro de actas de 1949-1956. Bogotá, 26 de agosto de 1956. p. 100-3.
12. Anestesia SCd. Acta N° 58. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 6 de noviembre de 1956. p. 108-10.
13. Anestesia SCd. Acta N° 45. En: SCA, editor. Libro de actas de 1949 a 1956. Bogotá, 6 de febrero de 1956. p. 90-1.
14. Anestesia SCd. Acta N° 70. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 6 de septiembre de 1957. p. 131-2.
15. Anestesiología SCd. Acta N° 3 Asamblea General. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad Colombiana 1956. Medellín, 15 de mayo de 1958. p. 12-7.
16. Ocampo TB, Peña B. Juan Marín Osorio. Pionero de pioneros. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012. p. 96-118.
17. Marín Osorio J. Carta a la Sociedad de Anestesistas de Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1949.
18. Anestesia SCd. Acta N° 21. En: SCA, editor. Libro de actas de 1949-1956. Bogotá, 16 de octubre de 1951. p. 51-2.
19. Anestesia SCd. Acta N° 12. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 11 de enero de 1951. p. 30-2.
20. Anestesia SCd. Acta N° 3. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 3 de febrero de 1950. p. 10-2.
21. Ocampo TB, Peña B. Albero Delgadillo Vargas. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012. p. 326-7.
22. Pinzón A. Hospital Universitario de la Samaritana: 75 años de historia médica colombiana (1933-2008). Bogotá; 2008.
23. Anestesia SCd. Acta N° 7. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 2 de junio de 1950. p. 21-2.
24. Anestesia SCd. Acta N° 6. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 5 de mayo de 1950. p. 19-20.
25. Anestesia SCd. Acta N° 8. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 7 de julio de 1950. p. 23-6.

26. Anestesia SCd. Acta N° 10. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949 1956. Bogotá, 1 de septiembre de 1950. p. 29.

27. Anestesia SCd. Acta N° 26. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 2 de mayo de 1952. p. 57-61.

28. Anestesia SCd. Acta N° 36. En: SCA, editor. Actas de la sociedad 1949-1956. Bogotá, 8 de mayo de 1956. p. 77-9.

29. Anestesia SCd. Acta N° 59. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 6 de diciembre de 1956. p. 111-3.

30. Ocampo TB, Peña B. Juan Salamanca. En: Pioneros e Ilustres de la Anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012. p. 306-7.

31. Anestesia SCd. Acta N° 28. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 28 de junio de 1952. p. 83-4.

32. Ocampo TB, Peña B. Anibal Galindo Holguín. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012. p. 328-33.

33. Ocampo TB. Cuarto periodo 1949-1959. Cronología de la Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: 2015.

34. Anestesia SCd. Acta N° 53. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 7 de octubre de 1955. p. 87.

35. Herrera Pontón J. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.

36. Anestesia SCd. Acta N° 27. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 13 de junio de 1952. p. 51-3.

37. Anestesia SCd. Acta N° 30. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 31 de octubre de 1952. p. 67-8.

38. Anestesia SCd. Acta N° 35. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 27 de marzo de 1953.

39. Anestesia SCd. Acta N° 49. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 4 de marzo de 1956. p. 95-7.

40. Ocampo TB, Peña B. José Vicente Sandino Pardo. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012. p. 544-9.

41. Anestesia SCd. Acta N° 11. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 29 de septiembre de 1950. p. 29.

42. Anestesia SCd. Acta N° 25. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 7 de marzo de 1952. p. 56-7.

43. Anestesia SCd. Acta N° 38. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 4 de septiembre de 1953. p. 80-1.

44. Anestesia SCd. Acta N° 40. En: SCA, editor. Libro de actas 1949-1956. Bogotá, 7 de noviembre de 1954. p. 84.

45. Anestesia SCd. Acta N° 17. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 25 de mayo de 1951. p. 44-5.

46. Anestesia SCd. Acta N° 33. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 6 de febrero de 1953. p. 73-4.

47. Ocampo TB, Peña B. Armando Mac Cornik Navas. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá, S.C.A.R.E.; 2012. p. 522-4.

48. Anestesia SCd. Acta N° 9. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 4 de agosto de 1950. p. 25-7.

49. Anestesia SCd. Acta N° 4. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 3 de mayo de 1956. p. 13-5.

50. Anestesia SCd. Acta N° 48. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 5 de abril de 1956. p. 94-5.

51. Anestesia SCd. Acta N° 14. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 6 de abril de 1951. p. 37-9.

52. Ocampo TB, Peña B. Oscar Tonelli. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá, S.C.A.R.E.; 2012. p. 374-5.

53. Anestesia SCd. Acta N° 5. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 14 de abril de 1950. p. 17-9.

54. Anestesia SCd. Acta N° 22. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949 1956. Bogotá, 2 de noviembre de 1951. p. 53.

55. Anestesia SCd. Acta N° 67. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 7 de junio de 1957. p. 124-8.

56. Anestesia SCd. Acta N° 29. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949 -1956. Bogotá, 12 de septiembre de 1952. p. 64-6.

57. Anestesia SCd. Acta N° 2. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949 1956. Bogotá, 23 de diciembre de 1949. p. 9-10.

58. Anestesia SCd. Acta N° 44. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 30 de enero de 1956. p. 88-9.

59. Marín Osorio J. SEDARE. Boletín informativo de la Sociedad Colombiana de Anestesia, 14,045. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia, 1999.

60. Marín Osorio J. SEDARE. Boletín informativo de la Sociedad Colombiana de Anestesia, 14,045. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia, 1999.

61. Ocampo TB. Cronología de la Historia de la Anestesia en Colombia. Cuarto periodo. 2015.

62. Dios HSJd. Revista. Bogotá, octubre de 1956.

63. Anestesia SCd. Acta N° 19. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 3 de agosto de 1951. p. 47-9.

64. Anestesia SCd. Acta N° 46. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 17 de febrero de 1956. p. 91-2.

65. Anestesia SCd. Actas N° 41 a 44 En: SCA, editor. Libro de actas de 1949 a 1956. Bogotá, 1 de julio de 1955. p. 85-92.

66. Anestesia SCd. Acta N° 60. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 25 de enero de 1957. p. 114-6.

67. Anestesia SCd. Acta N° 69. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 2 de agosto de 1957. p. 129-30.

68. Anestesia SCd. Acta N° 63. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1955. Bogotá, 23 de febrero de 1957. p. 119.

69. Anestesia SCd. Acta N° 65. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 3 de mayo de 1957. p. 121-3.

70. Anestesia SCd. Acta N° 66. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 21 de mayo de 1957. p. 123-4.

71. Anestesia SCd. Acta N° 18. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá, 1 de junio de 1951. p. 45-6.

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO III - HISTORIA DE LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN ANESTESIA EN COLOMBIA


Inflamable
Lista 40
Marca
SEGURIDAD
UNIFORMIDAD
PUREZA
EFICACIA
SQUIBB
Reg.
100 gm. Neto
Eter Squibb
PARA ANESTESIA
Eter, F.E.U., producido exclusivamente para anestesia.
superior y enteramente estable mientras se conserve en su
original, sin abrir, almacenado como de costumbre.
Squibb fabrica sólo una clase de éter anestésico, envasado
vamente en latas con forro interior de cobre, conservará
contenido contra deterioro que normalmente ocurre en
el transcurso del tiempo en envases de otro clase. La
paciente que va a someterse a un procedimiento quirúrgico
de equipo de anestesia de primera calidad hacen
empleo del mejor éter.
Protegido con Cobre
ANTIDOTOS:—Respiración artificial; estimulantes
oxígeno; aire fresco.
Debe ser administrado únicamente por anestesistas
E·R·SQUIBB & SONS, NUEVA YORK
DIVISION DE OLIN MATHIESON CHEMICAL CORPORATION

Éter

¿DÓNDE Y CÓMO SE FORMARON LOS PRIMEROS CLOROFORMISTAS Y ANESTESISTAS?

Para estudiar el surgimiento y el desarrollo de una disciplina, profesión u oficio, y más aún en el campo de la salud, es fundamental analizar cómo aparecieron los primeros actores, cómo se iniciaron y cómo se perfeccionaron. La formación del recurso humano en salud, en cada una de sus profesiones y especialidades, juega un papel primordial en el desarrollo de la disciplina que se va a analizar, y en el caso específico de la anestesiología, la educación tuvo un gran significado en esta especialidad "nueva" en el conjunto de las especialidades de la época.

Al final de la primera mitad del siglo XX, la anestesia en Colombia no existía como una especialidad, y la aplicación de las pocas técnicas conocidas eran asumidas por personal empírico, la mayoría monjas entrenadas en servicio por los mismos cirujanos o formadas en la exigencia de la necesidad de aplicarla en las cirugías; y en no pocas ocasiones las aplicaba personal improvisado o estudiantes que rotaban por las nacientes especialidades quirúrgicas. Muchas veces eran los mismos los cirujanos quienes aplicaban la anestesia, encargaban a alguien de la vigilancia y procedían a operar.

Este capítulo es una mirada de cómo se formaron las personas que se dedicaron al ejercicio de la anestesia, y de las incidencias históricas de este proceso, que se remonta a la década del 40 del siglo pasado y se extiende, en la revisión aquí propuesta, hasta finales del siglo XX.

En la descripción de la administración de anestesia en el siglo XIX por parte del Dr. Herrera Pontón, en su *Historia de la Anestesia en Colombia* (1), bajo el título "Los casos del Dr. Vargas", se refieren experiencias de la época donde se usaron técnicas anestésicas, aunque no hay precisión respecto a quién las aplicó (2-3). De igual modo, en las últimas dos décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, se presentaron tesis de grado sobre el tema de la anestesia en las universidades colombianas, sin que ello implicara una formación de sus autores en las técnicas de la nueva especialidad ni una dedicación posterior a ella (4-6). Estas tesis se prolongaron hasta 1954, cuando se suspendieron como requisito para obtener el título de médico en Colombia.

Se llamó cloroformistas a los primeros médicos que se dedicaron con cierta constancia y tiempo al ejercicio de la naciente especialidad, quienes usaban principalmente el cloroformo y el éter como anestésicos, la mayoría de veces con la máscara de Ombredanne. Después se les llamó anestesistas, hacia las décadas del 30 y 40, cuando aparecieron médicos dedicados única y exclusivamente a la anestesia en todo su tiempo de ejercicio, y cuando surgió la Sociedad Colombiana de Anestesiología en 1949. Se identificaron así hasta 1965, cuando se creó el comité de la especialidad por parte de ASCOFAME y se certificaron los primeros 55 anestesiólogos.

No hay referencias a la formación en anestesia del Dr. Isaac Rodríguez, cloroformista del naciente Hospital San José en 1903, médico de la Universidad Nacional de Colombia especializado en medicina interna y cirugía en París, catedrático de patología e impulsor de la radiología y la radioterapia, quien se dedicó al "arte y la ciencia de la anestesia" (7-8).

En 1928 el Dr. Clímaco Vargas, entrenado en el *Bellevue Hospital* de Nueva York, trajo a Bogotá

dos aparatos de anestesia, realizó demostraciones en la clínica del Dr. Vicente Peña y dictó cursos de anestesia en el Colegio de Odontología que duraron poco tiempo (9).

Las primeras referencias a la enseñanza de la anestesia aparecen en 1930, cuando el Dr. Lisandro Leyva, presidente de la Sociedad de Cirugía, señala: "La anestesia se ha comenzado a estudiar entre nosotros de una manera científica en las sesiones de la Sociedad" (8, 10). Hacia 1931

[…] ingresa como jefe del servicio de anestesia el Dr. Manuel Bernal, ortopedista y cirujano que fue anestesista e interno del pabellón San Luis y enseñaba anestesia a las auxiliares. El Dr. Enrique Torres lo acompañaba como profesor de anestesia quirúrgica en la Escuela Superior de Enfermeras de la Universidad Nacional, y en conjunto organizaron un curso de anestesia cuyas primeras alumnas fueron las señoritas María Teresa Murillo y Mima Duperly, "anestesistas" regulares del Hospital San Juan de Dios en compañía de los médicos internos (10).

El Dr. Santiago Triana Cortés, quien se había graduado como médico en 1930 con un trabajo sobre 305 raquianestesias en el Hospital San José (5, 11), realizó en 1944 los primeros cursos intensivos de anestesia para médicos y enfermeras, y la junta de la Sociedad de Cirugía lo encargó de crear y organizar la escuela de anestesia en abril de 1945, de la cual hay muy poca información (12). Ese mismo año se importó un aparato para el San José que se extravió en Buenaventura. Por la misma época, los Dres. Gonzalo Esguerra y Hernando Matallana viajaron a Estados Unidos y trajeron a la Clínica Marly un equipo Heidbrink que llegó sin instrucciones, el cual empezó a usar el interno Dr. Juan F. Martínez, "Juancho", quien así se convirtió en el anestesista de la clínica durante más de 19 años, siendo en sus inicios el único en Bogotá (12). Por otra parte, no hay evidencia de su formación como cloroformista o anestesista.

En 1931 ingresó el Dr. Juan Marín al Hospital de la Misericordia, donde se encontró con la hermana María Hermenilda, cloroformista de planta, quien fue, en palabras del mismo Dr. Marín, su maestra y tutora. En 1933 aplicó la primera anestesia para una apendicectomía (13).

En 1940 llegó de Estados Unidos el Dr. Juan J. Salamanca, primer anestesista del país formado en una escuela. Hizo su entrenamiento con el Dr. Becker en el *Massachusetts General Hospital* y llegó en 1940 a trabajar en la clínica del Dr. Pompilio Martínez. Fue jefe de anestesia del Hospital San José, donde reemplazó a Juan Marín en la dirección de la escuela a partir de 1950. Después trabajó en la Caja de Previsión y fue presidente de la Sociedad en 1956.

El Dr. "Juancho" Martínez entrenó en la Clínica Marly al Dr. Alberto Delgadillo, y este a su vez al Dr. Horacio Martínez Duarte, quien complementó su entrenamiento en Canadá. Ambos fueron presidentes de la naciente Sociedad Colombiana de Anestesiología (12). Por su parte, los Dres. Alberto Bernal Nicholls y Antonio Mesa "Mesitas", de Medellín, viajaron a París y Berlín a estudiar métodos anestésicos y nuevas conductas obstétricas (14).

LOS PRIMEROS CURSOS DE ANESTESIA

En 1945 el Dr. Juan Marín fue nombrado jefe del departamento de anestesia del Hospital San José, y con él se inició realmente la era docente en la anestesiología y la formación en la especialidad como tal. En 1947 nació la Escuela de Anestesiología del Hospital San José, con el objeto de preparar a médicos que se dedicaran a esta rama de la medicina; no obstante, a la convocatoria "[…] no respondieron médicos, ni estudiantes de medicina, ni enfermeras, menos aún los internos del hospital, y el curso se inició con seis señoritas hijas de médicos del hospital". Ese mismo año, siete señoritas recibieron su título y el escudo recientemente diseñado por el Dr. Marín. Los temas que se enseñaron en este primer curso fueron la fisiología, en especial respiratoria, la farmacología, farmacodinamia, prácticas y teoría de la anestesia, los planos de Guedel y algo de técnica quirúrgica (15); alcanzaron a formarse tres grupos de 1947 a 1949. Al retirarse el Dr. Marín del Hospital San José en 1950, asumió la dirección de la escuela el Dr. Salamanca, quien la dirigió hasta 1953.

Así narra el Dr. Marín el inicio de su esfuerzo por formar personal en anestesia:

Efectivamente, en 1946, cien años después de administrarse la primera anestesia en la historia, fundé la primera escuela en el Hospital San José; a la convocatoria no asistieron ni médicos, ni internos, ni estudiantes de medicina, e iniciaron seis (algunos autores hablan de nueve) señoritas, hijas de médicos del hospital y de algunos directivos. El 5 de marzo de 1947 hice la conferencia inaugural de la primera Escuela de Anestesia abierta en Colombia, bajos los auspicios de la Sociedad de Cirugía de Bogotá (16).

El grupo de estudiantes de la escuela fue más numeroso en 1948, cuando ingresaron 23 personas, entre ellas tres señores, un sacerdote, dos monjas y 17 señoritas. Al primer grupo se integró el primer estudiante de medicina, el Dr. Armando McCormick, y después se vincularon los Dres. Hugo Franco, Gustavo Delegado y José Vicente Sandino, importantes personajes en la historia posterior de la anestesia.

LA MISIÓN *UNITARIAN SERVICE COMMITEE*

En octubre de 1948 llegó a Medellín y Bogotá el *Unitariam Service Commitee*, misión médica patrocinada por una comunidad religiosa protestante que, después de visitar Europa, llegó a Colombia, nación que no había sido afectada directamente por la guerra; su objetivo era intercambiar información para organizar el estudio en las escuelas de medicina.

La misión estaba integrada por nueve médicos, entre ellos el Dr. Perry P. Volpitto, profesor y jefe del departamento de anestesia de la Universidad de Georgia. El informe de la misión, escrito por el Dr. Volpitto, sobre la situación de la anestesia en Medellín, fue deprimente:

La anestesia en Medellín es administrada en su totalidad por médicos e internos, es a veces primitiva, innecesariamente estereotipada y totalmente inadecuada e insegura. Me sorprendió lo primitivo y la ausencia casi total de seguridad en la administración de la anestesia en el Hospital San Vicente de Paúl. En el hospital de caridad vi en una ocasión dos anestesias en progreso. Una de ellas era una raquídea en la cual el paciente estaba completamente desprovisto de atención. […] No se llevaba ningún registro de anestesia […] el interno que administraba la anestesia no tenía el conocimiento de qué profundidad de

PRIMEROS CURSOS PARA MÉDICOS

anestesia requería el procedimiento, ni tenía conocimiento para discernir en qué grado de ella se encontraba el paciente; me fue imposible encontrar alguna cifra del porcentaje de mortalidad en relación con la anestesia, pero algunos médicos me dieron la idea de que era sin duda alta. No vi señal ninguna de que se hicieran visitas pre y posanestésicas y no se lleva control alguno de la anestesia en sí. Noté también, durante una anestesia, que el anestesista se preocupaba poco de la esterilidad, no usaba ni gorro ni máscara durante la anestesia. Al terminarla, noté que en el traslado del paciente de la sala de cirugía al salón, este tenía la cara cubierta por completo y se prestaba muy poca atención a sus vías respiratorias (17).

La única persona con una formación especial era el Dr. Iván Gil Sánchez, cirujano que había recibido seis meses de entrenamiento en anestesiología en la Clínica Mayo, "[…] y que ha tratado de dar un curso de posgrado a algunos médicos interesados" (17).

El Dr. Volpitto influyó con sus severas críticas en cuanto a aspectos educativos y estimuló la fundación de sociedades a nivel regional y nacional. En Medellín ofreció una beca de estudio en su servicio, la cual fue asignada, por consenso del grupo antioqueño, al Dr. Nacianceno Valencia, quien viajó en 1949 a disfrutarla (18).

En 1948, en Medellín, el cirujano Iván Gil Sánchez invitó a los Dres. Nacianceno Valencia, Gabriel Betancur y Manuel Silva a dictar un cursillo de anestesia; los inscritos a este curso fueron llamados "los 12 apóstoles", porque se les consideró unos idealistas en el aprendizaje de una técnica médica con poco futuro y prestigio. Entre estos estudiantes estaban los Dres. Abel Sánchez, Venustiano Trunco, Carlos Luis Sierra, Carlos Vásquez, Hernando Echeverri, Bernabé Echeverri, Rubén Zapata, Gustavo Gutiérrez, Alberto Arango E., Víctor Hernández y Samuel Jiménez (18). De ellos, solo algunos se dedicarían a la anestesia definitivamente.

En 1949 el Dr. Juan Marín organizó un curso para médicos en su casa en las horas de la tarde, y a la mañana siguiente se hacían las prácticas en el Hospital de la Hortúa y en el San José. En este curso participaron los Dres. Jorge Colmenares, Andrés Didier, Gustavo Scioville y Hernando Trujillo, pero solo el Dr. Colmenares se convirtió en especialista en anestesia, y además jugó un papel importante en el desarrollo de la especialidad en el país (19-20).

En 1950 el Dr. Marín organizó un curso formal en la Escuela de Anestesia Juan Marín, donde fueron profesores su esposa Hilda Uribe y los Dres. André Didier, Gustavo Scioville y Hernando Trujillo, quienes participaron en el curso especial dictado en 1949. Al curso ingresaron los Dres. Antonio Ruan, Efraín Otero, Francisco Hoeberlin y Pedro González, junto a un grupo de 17 damas (21-22). De ellos, solo el Dr. Ruan ejerció la anestesia, y por lo demás con un gran liderazgo en Norte de Santander y en todo el país (19).

En 1954, de modo paralelo al regreso del Dr. Gustavo Delgado Sierra de su formación en Estados Unidos, se organizó la Escuela de Auxiliares de Anestesia del Hospital San Juan de Dios. El

[…] a los que llamaron "los 12 apóstoles", por considerarlos unos idealistas en el aprendizaje de una técnica médica con poco futuro y prestigio.

OTRAS PROPUESTAS DE FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO

banco de sangre y la Escuela de Auxiliares, dependiente del servicio de anestesia, facilitaron el trabajo tanto de anestesiólogos como de cirujanos (12). Estos auxiliares fueron reemplazados paulatinamente por médicos residentes al oficializarse la especialización de anestesiología en la universidad; y cumplieron una callada labor, pues en ese momento no se disponía de médicos anestesistas por pura y física sustracción de materia, ya que la especialidad no producía un mínimo de interés o tal vez ninguno entre los médicos (23).

De gran importancia en la época fue el curso que el Dr. Juan Marín publicaba en el Hospital San José en unos cuadernillos donde difundía periódicamente enseñanzas en anestesiología, las cuales incluso hoy resultan sorprendentes por sus contenidos, ya que abordaban todos los temas: preoperatorio, transoperatorio, cuidado posoperatorio, técnicas de administración de drogas, farmacología en toda su extensión, e inclusive aspectos que entonces no se consideraban parte de la naciente especialidad, como la reanimación o el cuidado de las patologías cardiacas, entre otros (24-25) Estos trabajos fueron publicados posteriormente en la recién fundada *Revista Colombiana de Anestesiología*, volumen 3, números 2, 3 y 4 de 1975 (26-27).

En las actas de la Sociedad de 1949-1957 hay referencias a la formación en anestesia, se cuestiona la formación de personal no médico en esta área y se impulsa la formación de profesionales de la medicina.

En la reunión del 1 de junio de 1951 entró a estudio el proyecto de la escuela de anestesia de tres años. El Dr. Delgadillo, quien debía llevar la propuesta, no estuvo presente. El Dr. Marín dijo que su escuela abarcaba un año y por tanto estaba en la "imposibilidad de abordar un pénsum de tres años mientras no haya experimentado con un nuevo tipo de escuela de dos años de duración" (28).

En la reunión del 2 de noviembre de 1951 se recibió el proyecto de decreto que reglamentaba la profesión y las escuelas de anestesia en Colombia. El proyecto fue enviado por la Escuela Superior de Higiene para que se analizara y se enviaran comentarios lo antes posible (29).

En la reunión del 2 de mayo de 1952 se habló del proyecto de la escuela del Dr. Marín, sobre un curso de formación para los alumnos de la Escuela Superior de Higiene, quienes en ese momento se preparaban para la medicatura rural[1] (30).

En la reunión del 31 de octubre de 1952 el director de la escuela del Dr. Marín, el Dr. Salamanca, habló del arduo problema que se estaba presentando con las auxiliares en el medio, y manifestó que "La única manera de terminar con este inconveniente es cerrar las escuelas existentes e impedir la apertura de nuevas. La anestesia debe enseñarse únicamente a los estudiantes de últimos años de medicina y a los médicos graduados que lo soliciten". Esta fue la primera referencia histórica a la necesidad de cerrar las escuelas de formación de personal no médico (31).

En la reunión del 8 de mayo de 1953, el Dr. Marín propuso que se acabara la preparación de auxiliares de anestesia, "[…] pues en nuestro país los estudiantes apenas si son bachilleres, en cambio en los Estados Unidos los programas son para enfermeras profesionales" (32).

En 1954, poco después de fundarse, la Sociedad Antioqueña de Anestesia empezó un curso, pero este fue suspendido por discrepancias con el decano de la Facultad de Medicina,

1 La Escuela Superior de Higiene tuvo su origen en un convenio entre el Ministerio de Higiene y la Fundación Rockefeller en 1948. Esta cooperación existió hasta 1953. Capacitaba personal de salud para desplazarse a las diferentes regiones del país (30).

el Dr. Ignacio Vélez Escobar, y se llamó al Dr. Juan Marín para que lo terminara. En 1955 el presidente y decano del Consejo Académico expuso "la necesidad que hay de médicos anestesistas, no solo en Medellín sino en todo el departamento y en el país en general", y evidenció la necesidad de organizar un curso de anestesia en la Facultad de Medicina. Para este efecto, se presentó al consejo un proyecto de reglamentación especial de un curso-residencia, el cual fue aprobado.

En la reunión de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología del 4 de mayo de 1956, se habló por primera vez de la necesidad de incluir en el currículo médico básico la enseñanza de la anestesia. El Dr. Aníbal Galindo, presidente de la Sociedad, expuso que en los planes curriculares de las facultades de medicina la anestesiología estaba ausente, e informó que se estaba elaborando una resolución por medio de la cual debía ser obligatoria en los programas académicos de medicina, teniendo para ello profesores de anestesia reconocidos oficialmente (33).

En la reunión del 6 de noviembre de 1956, la primera de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, celebrada en la sede de la Sociedad Cundinamarquesa (ver Capítulo II - La Sociedad de 1949 a 1957: Los inicios y la transformación en Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología), el Dr. Galindo informó lo expuesto y aprobado en la reunión, que incluía lo siguiente:

- Presentación de un proyecto de reglamento de la especialidad.
- El tiempo de entrenamiento de los médicos será de dos años.
- Se organizará un curso de posgrado para anestesiólogos.
- El nombramiento de profesores deberá hacerse con "internos de anestesia" de los hospitales.
- Se propuso la creación del *board* de anestesiología (34).

En la reunión de la Sociedad Colombiana del 3 de mayo de 1957, se informó de la proposición presentada en la asamblea de la Federación Médica Colombiana en Pasto, la cual fue aprobada por unanimidad en los términos siguientes:

- La anestesiología solo podrá ser ejercida por médicos.
- Todo personal técnico tendrá un plazo prudente para legalizar su posición ante la Sociedad Colombiana de Anestesiología.
- La especialidad presentará una reglamentación (35).

En la reunión del 7 de junio de 1957, el Dr. Galindo demandó que las auxiliares de anestesia ocuparan en los quirófanos el puesto que les correspondía como asistentes de los médicos anestesistas (36).

El 6 de septiembre de 1957, el Dr. Galindo informó de las actividades de la comisión de reglamentación de "nuestra especialidad". Se discutieron sus bases y se leyó el informe del Dr. Bernal Tirado sobre la reglamentación y los estatutos de anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (37).

Los congresos fueron los espacios idóneos para la crítica de la formación de auxiliares de anestesia y de los cursos cortos para personal no médico que, impulsados por la necesidad, se dictaban en el Hospital San José y en otros hospitales de Bogotá. En particular, el congreso de Cartagena en 1962, el de Cúcuta en 1963 y el de Manizales en 1964, fueron los escenarios de mayor crítica al respecto (14) (ver Capítulo VII - Apuntes para la historia de los congresos de la Sociedad: Contenido académico [1949-2001]).

LA REGLAMENTACIÓN DE LAS ESCUELAS DE ANESTESIA Y LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

Hacia 1951, tres años después de la primera promoción de la escuela del Dr. Marín y luego de la graduación de tres grupos, surgieron en la Sociedad Colombiana de Anestesiología inquietudes sobre la formación del recurso humano que administraría la anestesia. La primera referencia a esto es del 6 de abril de 1951, cuando el secretario de la Sociedad, el Dr. Marín, habló de la reglamentación de las escuelas de anestesia en Colombia (38). El Dr. Delgadillo manifestó en esa reunión:

La anestesia debe enseñarse a las enfermeras y más aún a los médicos; pero con este estado de emergencia no hay personal suficiente de médicos ni de enfermeras para sostener una escuela. Debe pensarse en la posibilidad de aceptar que, por lo menos, sean bachilleres, mientras hay enfermeras en número suficiente para la escuela. Cuando ya la cantidad de médicos que estudien anestesia sea suficientemente grande para no necesitar enfermeras en nuestra profesión, entonces legislaremos única y exclusivamente para ellos (38-39).

Se habló de las conversaciones con el secretario de higiene, el Dr. Boshell Manrique, encargado de elaborar el decreto que regiría la escuela de anestesia. El Dr. Marín había conversado con él, le había entregado unos documentos y habían acordado su invitación a una sesión "para que de común acuerdo con él, reglamentemos el estudio de la anestesia". Se nombró una comisión para presentar el proyecto de reglamentación, integrada por el Dr. Delgadillo y el Dr. Marín, y se aprobó una proposición donde se precisaba que "La Sociedad Colombiana de Anestesia debe ser la entidad consultora del Gobierno en todo lo que atañe a los problemas del ramo" (38).

A raíz de estas posiciones, el 27 de abril de 1951 se convocó una reunión extraordinaria "con el fin de estudiar la reglamentación de las escuelas de anestesia en Colombia", la cual estuvo presidida por el Dr. Joaquín Prado Villamil (40). El Dr. Marín, secretario de la Sociedad, presentó en esta reunión el proyecto de reglamentación de la profesión de médicos anestesistas, enfermeras anestesistas y auxiliares de anestesia. Se discutieron cada uno de los "acápites" del reglamento, y fueron aprobados, sin ninguna modificación, los parágrafos A y B; en cuanto al parágrafo C, el Dr. Alberto Delgadillo, expresidente de la Sociedad, propuso una modificación, por lo cual quedó del modo siguiente:

Consideradas las condiciones del medio ambiente cultural y económico del país, [se] acepta que haya una especialización en el ramo de la anestesia para las enfermeras graduadas en una escuela aprobada por el Gobierno. En esta forma queda solucionado el problema de la falta de personal idóneo que tiene que trabajar en este ramo científico.

Se aprobó también un párrafo que dice: "En casos excepcionales puede recibirse, para seguir cursos de auxiliares de anestesia, señoritas bachilleres que además de sus conocimientos generales tengan vocación para la profesión y puedan, por la preparación especial, ayudar al médico anestesista en los casos en que este lo necesite". Este texto hacía parte del reglamento de la escuela del Dr. Marín y fue aprobado por la Sociedad. En esa misma reunión, el Dr. Marín argumentó que, en su opinión, las escuelas de anestesia ya existentes o "que se funden en el país de hoy en adelante" se verían privadas del personal de enfermería graduado necesario para su funcionamiento, lo cual explicó con las siguientes razones:

- *Toda enfermera graduada, si se ha costeado su carrera, no aspira a continuar gastando su dinero sino a resarcirse en el menor tiempo posible desde el punto de vista económico.*

Se habló entonces de la necesidad de una mejor estructura, necesidad que entonces era común a todas las especialidades, y de ello surgió el Consejo Nacional de Especialidades, que reglamentó el ejercicio y la relación de los especialistas con los médicos generales.

- *Las enfermeras becadas tienen por regla general la obligación de servir a la entidad que las hubo favorecido con uno o dos años, mal o bien remunerados, de su trabajo en enfermería.*

- *Es muy posible que ninguna o muy pocas de las enfermeras graduadas se resuelvan a gastar 1000 pesos más, valor de sus estudios en la escuela.*

- *Aun cuando el valor del curso sea apenas de 400.00 pesos, como en la escuela del Hospital San José, dudo mucho que la recién graduada en enfermería se someta a dos años más de estudio para salir al cabo de los seis años de estudio total ganando el mismo sueldo que sus compañeras, quienes, desde dos años antes, están usufructuando su posición (40).*

En la reunión del 11 de mayo de 1951 se dio continuidad al estudio del reglamento, y en el acta correspondiente aparecen estos parágrafos como aprobados: "La duración de los estudios varía de acuerdo con la preparación del personal matriculado. Para los médicos anestesistas el curso será de un año". "Además debe presentar un trabajo de tesis" (41).

Por su parte, el Dr. Marín, después de una visita a Honda,

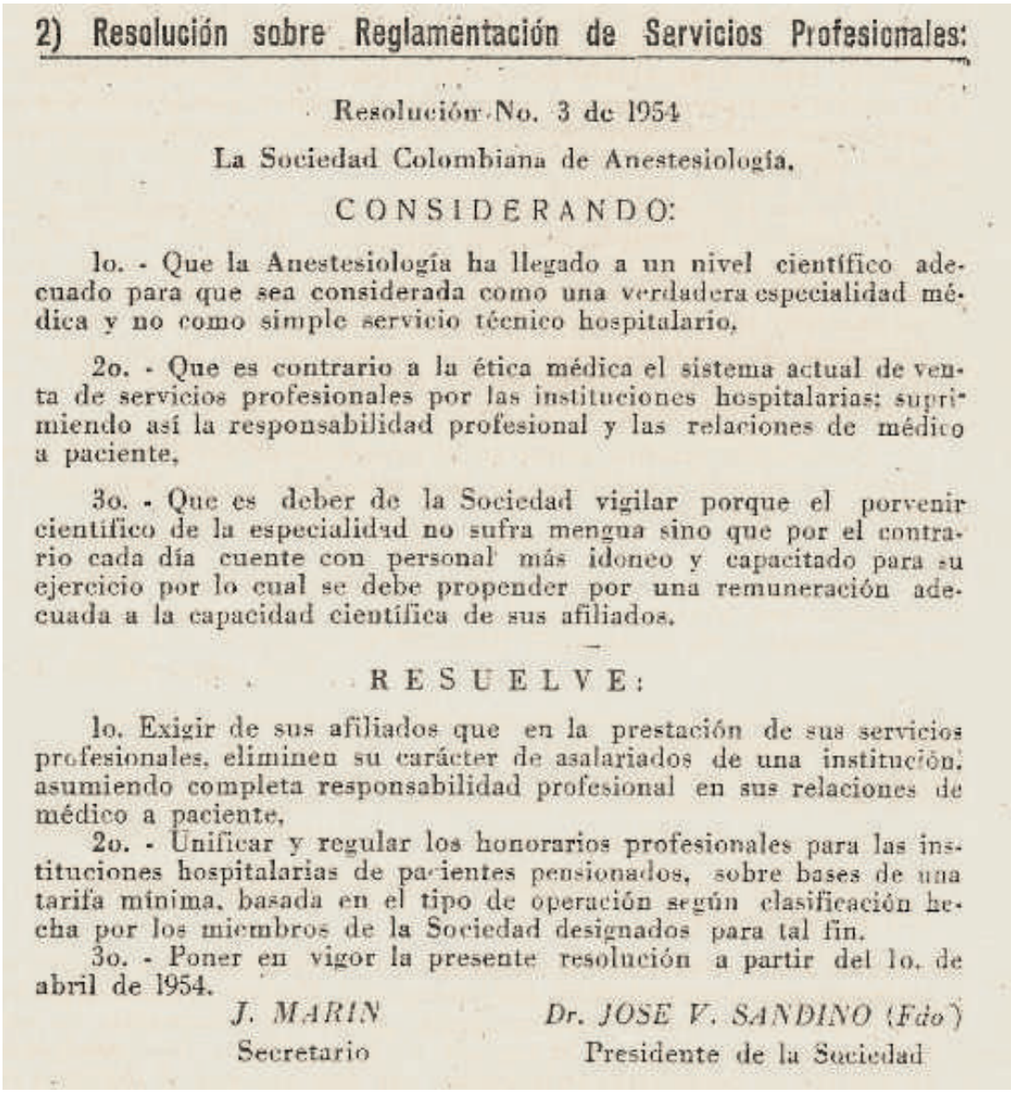
[manifestó] la imposibilidad en que actualmente están la mayoría de las ciudades del país para tener una enfermera anestesista, por falta de posibilidades económicas. Menos podría haber en esos hospitales un departamento de anestesia con su jefe, que debería ser médico anestesista. Volvió a pedir que por ahora se reglamente el funcionamiento de las escuelas de anestesia en tal forma que se permita entrar a las señoritas bachilleres. Dijo además que, dentro de unos diez años, apenas si podremos contar con un buen número de enfermeras asistentes. Dentro de 50 años los anestesistas de entonces realizarán nuestros deseos de ver en cada centro quirúrgico del país un departamento de anestesia bien organizado, y para ese tiempo ellos, siendo los herederos de nuestro ideal, podrán reglamentar el ejercicio de nuestra especialidad (41).

El parágrafo G también se modificó y quedó así: "Las escuelas de anestesia deben tener un consejo técnico directivo formado por el director de la escuela, dos profesores de la escuela, un representante de la Sociedad de Anestesiología y un representante del Gobierno" (41). Otros parágrafos quedaron aprobados y algunos se dejaron pendientes para una posterior discusión; infortunadamente, no hay referencias a estudios adicionales del reglamento en las actas posteriores.

Las controversias en torno a este tema no se detenían. En el seno de las reuniones surgió la necesidad de la "reglamentación de los especialistas", a raíz de un artículo del Dr. Cavalier publi-

cado en *El Siglo* del 17 de mayo de 1951. Se habló entonces de la necesidad de una mejor estructura, necesidad que entonces era común a todas las especialidades, y de ello surgió el Consejo Nacional de Especialidades, que reglamentó el ejercicio y la relación de los especialistas con los médicos generales (39, 42).

En 1954, bajo la presidencia del Dr. José Vicente Sandino, se emitió la reglamentación de los servicios profesionales, donde se resalta el interés por trabajar en aspectos del ejercicio profesional (43).



2) Resolución sobre Reglamentación de Servicios Profesionales:

Resolución No. 3 de 1954

La Sociedad Colombiana de Anestesiología,

CONSIDERANDO:

1o. - Que la Anestesiología ha llegado a un nivel científico adecuado para que sea considerada como una verdadera especialidad médica y no como simple servicio técnico hospitalario,

2o. - Que es contrario a la ética médica el sistema actual de venta de servicios profesionales por las instituciones hospitalarias; suprimiendo así la responsabilidad profesional y las relaciones de médico a paciente,

3o. - Que es deber de la Sociedad vigilar porque el porvenir científico de la especialidad no sufra mengua sino que por el contrario cada día cuente con personal más idoneo y capacitado para su ejercicio por lo cual se debe propender por una remuneración adecuada a la capacidad científica de sus afiliados,

RESUELVE:

1o. Exigir de sus afiliados que en la prestación de sus servicios profesionales, eliminen su carácter de asalariados de una institución, asumiendo completa responsabilidad profesional en sus relaciones de médico a paciente,

2o. - Unificar y regular los honorarios profesionales para las instituciones hospitalarias de pacientes pensionados, sobre bases de una tarifa mínima, basada en el tipo de operación según clasificación hecha por los miembros de la Sociedad designados para tal fin.

3o. - Poner en vigor la presente resolución a partir del 1o. de abril de 1954.

J. MARIN — Secretario

Dr. JOSE V. SANDINO (Fdo) — Presidente de la Sociedad

Resolución sobre reglamentación de servicios profesionales

PRIMER CURSO DE POSGRADO PARA MÉDICOS EN COLOMBIA

A comienzos de 1954 se publicó un aviso en *El Tiempo* donde se invitaba a la comunidad científica a hacer parte de un curso de anestesiología dirigido por el Dr. Gustavo Delgado Sierra. En este 'Curso de posgraduados 1954' se inscribió un número superior al previsto, y allí se graduaron 22 médicos, entre ellos anestesiólogos que después fueron líderes de la anestesia en el país. Ingresaron al primer curso los Dres. Eliseo Cuadrado, Roberto Nel Peláez, Jaime Téllez, Álvaro Niño, Jaime de la Hoz, José Rodríguez, Hernando Barreto Bruce, Siervo Guzmán, Alberto Carrillo, Libardo Bedoya, Jorge Leongómez, Jesús Álvarez, Anselmo Martínez, Luis Navarrete, Manuel Gómez, Primitivo Correa, Alfredo Rey, Enrique Córdova, Luis Guillermo Cubillos, Camilo Capasso, Efraín García y José Rodríguez. Este programa fue la base de los cursos de posgrado de la Universidad Nacional de 1959 y 1961 (12).

El curso del Dr. Delgado dependía del departamento de anestesiología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Comprendía 155 temas y 20 seminarios, además de las prácticas dirigidas en el hospital, y culminó con un programa especial sobre anestesia obstétrica dictado por Robert A. Hingson, de *Cleveland Western Reserve University*, al cual no solo asistieron los participantes del curso, sino también especialistas de otras disciplinas. Por lo demás, el Dr. Delgado organizó el banco de sangre y contrató para el hospital a la primera enfermera graduada (12). "La presencia del Dr. Delgado y la iniciación de los cursos para médicos marcaron un cambio en el rumbo de la anestesiología, puesto que ya se involucraba directamente al médico con el procedimiento anestésico y se iniciaba el cambio del empirismo por una labor de carácter orientada al paciente" (12).

En 1956 el Dr. Aníbal Galindo regresó de Estados Unidos y dio continuidad al entrenamiento de personal médico, no en forma de cursos, como lo hizo el Dr. Delgado, sino ahora en "residencias", si bien esta modalidad aún no había sido reglamentada por la universidad (12).

SE REGLAMENTA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN COLOMBIA: LA FUNDACIÓN DE ASCOFAME

Antes de la década del 50 y durante la mayor parte de esta, la enseñanza de la medicina en Colombia estaba regida por el empirismo y la voluntad de quienes mostraban interés en la formación de médicos y personas de otras profesiones de la salud.

Del 2 de julio al 30 de agosto de 1953, la 'Misión Lapham' de educadores médicos, conformada por los Dres. Maxwell Lapham, Charles Goos y Robert Berson, visitó Colombia, y sobre la base de esta visita entregó el reporte titulado "Un estudio de la educación médica en Colombia". Este documento dio origen a la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) (44). Los resultados de la misión promovieron un análisis de la situación de las facultades de medicina por parte de los decanos de la época, y después de un amplio recorrido por todo el país con el ánimo de analizar lo dicho en el informe, surgió la idea de fundar la asociación.

El 18 de marzo de 1959 nació ASCOFAME, mediante acta de constitución suscrita por

los decanos de las siete universidades con programas de medicina en ese momento: Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad de Cartagena, Universidad del Cauca, Universidad Nacional, Universidad del Valle y Universidad Javeriana; seis de estas instituciones eran de carácter oficial y una era privada.

El nacimiento de ASCOFAME fue un pilar fundamental para la renovación, la unificación y el aumento del nivel de la enseñanza médica, bajo estándares de calidad, control y actualización de las materias. Con ello se instauró la supervisión de centros universitarios y hospitalarios y se establecieron categorías para los profesionales con opción de ser admitidos como especialistas, y para aquellos dedicados a la docencia. Esto marcó el inicio del desarrollo de la profesionalización en el área de la salud en Colombia. De ese modo se inició el estudio de los programas de educación médica, la certificación de las facultades de medicina y la conformación de los comités de las especialidades que empezaron después la certificación de los especialistas de las diferentes ramas de la medicina, en primer lugar bajo el concepto de "derecho adquirido". Asimismo se crearon programas de evaluación periódica a las instituciones hospitalarias en aspectos locativos



Acta de Constitución
de la Asociación Colombiana de Facultades
de Medicina.

En la ciudad de Bogotá, en el local de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, a los 18 días del mes de marzo de 1959, los Decanos de las Facultades de Medicina de la Universidad de Antioquia Dr. Alfonso Aguirre Caballos, de la Universidad de Caldas Dr. [illegible] Gutiérrez Naranjo, de la Universidad de Cartagena Dr. Enrique de la Vega, de la Universidad del Cauca Dr. Gustavo Fernández [illegible], de la Universidad Javeriana Dr. [illegible] Acosta Valderrama, de la Universidad Nacional Dr. Raúl Paredes Manrique y de la Universidad del Valle Dr. Gabriel Velásquez Valau, convocados previamente para la XII Reunión de Decanos de Facultades de Medicina, acogiendo las recomendaciones consignadas en el informe titulado "Un Estudio de la Educación Médica en Colombia", elaborado por la misión que en 1953 visitó el país integrada por los Doctores Maxwell Waphan, Charles Gross y Robert Berson, y teniendo en cuenta que el grupo de Decanos reunido durante el primer Seminario de Educación Médica realizado en Cali en diciembre de 1955, recomendó en la sesión plenaria del Seminario la organización de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, y que luego en la sexta Reunión de Decanos efectuada en Bogotá en Diciembre de 1956 se nombró una comisión integrada por los Doctores Gabriel Velásquez P. e Ignacio Vélez S. encargada de elaborar un proyecto de Estatutos para la futura Asociación, proyecto que fue presentado y aprobado preliminarmente en la octava Reunión de Decanos celebrado en Cartagena en Diciembre de 1957, y que en la décima Reunión de Decanos realizada en Paipa en noviembre de 1958 se recomendó vincular la futura Asociación Colombiana de Facultades de Medicina con la naciente Asociación Colombiana de Universidades, obrando en representación de sus Facultades respectivas, acuerdan constituir la

"Asociación Colombiana de Facultades de Medicina"

la cual agruparía a las Escuelas que en la fecha se dediquen a la enseñanza de la Medicina en Colombia, y que se encuentran representadas en la presente Asamblea.

Para la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina se aprueban los Estatutos presentados por el Dr. Gabriel Velásquez P. que se anexan a la presente acta constituyen parte de ella, y regirán desde ahora las actividades de la Asociación.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina que hoy se crea, se declara filial de la Asociación Colombiana de Universidades y es reconocida por ella como su comité permanente en los aspectos de educación médica.

Se procede luego a la elección de Junta Directiva, la cual queda integrada en la forma siguiente:

Presidente:
Dr. Gabriel Velásquez Valau
Decano Facultad de Medicina Universidad del Valle

Vicepresidente:
Dr. José [illegible] Acosta Valderrama
Decano Facultad de Medicina Universidad Javeriana

Secretario:
Dr. Alfonso Aguirre Caballos
Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

En consecuencia de lo anterior se firma lo presente, acta en Bogotá a 18 de Marzo de 1959.

Es copia fiel.

Secretario.

▲ Acta de fundación de ASCOFAME

Hacia 1960 o 1961 […] se inició la lucha por la creación del comité de la especialidad de anestesia, para lo cual se encontró una gran resistencia por parte de las especialidades quirúrgicas que la consideraban una rama de la cirugía que no se debía independizar.

EL COMITÉ DE ANESTESIOLOGÍA

y de equipos, por medio del análisis de los volúmenes de procedimientos médicos y quirúrgicos, y de la experiencia docente y los títulos académicos del personal profesional y paramédico (45).

La primera asamblea general de la asociación se celebró en Popayán en julio de 1960, con el tema central de las "especialidades médicas reconocibles en Colombia" y los requisitos mínimos para ejercer especialidades y subespecialidades, respecto a lo cual se adoptaron como básicas las especialidades de cirugía, pediatría, medicina interna, psiquiatría y ginecoobstetricia; asimismo, se insistió en la necesidad de establecer los comités de las especialidades (46).

Hacia 1960 o 1961 se conformaron los comités de las especialidades básicas y se inició una lucha por la creación del comité de la especialidad de anestesia; a este respecto se encontró gran oposición de las especialidades quirúrgicas y de algunos de sus representantes de mayor prestigio, que consideraban que esta era una rama de la cirugía y no se debía independizar (47).

De las reuniones del Comité de Anestesiología hay registro de actas donde se aprecia la evolución de la certificación de los especialistas, de las normas que se desarrollaron para la organización de los programas de pregrado y posgrado, y de los requisitos de las instituciones universitarias y los hospitales para poder ofrecer programas de especialización. De esas actas se resaltan los puntos mencionados a continuación.

1. Acta 1, 20 de diciembre 20 de 1963 (48) :

- A la primera reunión del Comité asistieron los Dres. José María Silva, Nacianceno Valencia, Jaime Casasbuenas, Gustavo Gómez Calle y Eliseo Cuadrado.
- Los Dres. César Mendoza, presidente del Consejo, y Rafael de Subiría, secretario ejecutivo, declararon instalado el primer Comité de Anestesiología, que eligió como presidente al Dr. Nacianceno Valencia.

- Se procedió al estudio de la reglamentación del Comité de Anestesiología, compuesta por diez artículos y sus respectivos parágrafos, la cual fue aprobada.

- Este comité, dependiente del Consejo de Especialidades Médicas de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, tiene como funciones generales:

  – Dictar normas para la organización de los programas docentes de Anestesiología y someterlas a la aprobación del Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME.

  – Estudiar las instituciones nacionales y extranjeras encargadas de desarrollar los programas y someter estos a la aprobación del Consejo General de Especialidades Médicas, para los fines pertinentes a la certificación de especialistas.

  – Estudiar la idoneidad ética y científica de los candidatos a la certificación como Especialistas en Anestesiología, así como practicar y calificar todos los exámenes exigidos para optar a tal título. La integración del Consejo se hará con cinco miembros, uno será presidente por periodo de un año reelegible, su sede será la ciudad de labores del presidente, y tendrá una reunión por lo menos dos veces al año.

- Se establecen tres grupos de candidatos a certificación, así:

  – Especialistas por derecho adquirido.
  – Especialistas en ejercicio.
  – Especialistas en ejercicio con práctica considerada insuficiente.

- Los médicos que inician programas de especialización a la fecha deberán someterse al examen de capacidades.

- Se exige a los programas de educación graduada previamente aprobados por el comité, constituir un programa ordenado de entrenamiento de anestesiología con una duración no menor a dos años.

- El concepto de aprobación de un programa se basará en los datos de la encuesta realizada por el Consejo General de Especialidades Médicas y el resultado de las visitas que practicará el Comité de Anestesiología.

- Los candidatos aprobados en los grupos deberán ser sometidos a la posterior aprobación del Consejo General de Especialidades Médicas, y los certificados de idoneidad serán expedidos conjuntamente por los presidentes de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, el Consejo General de Especialidades Médicas y el Comité de Anestesiología.

- En 1963 ASCOFAME elaboró unas normas mínimas para la enseñanza de la anestesia en las facultades de medicina de la Universidad Nacional, Universidad del Valle, Universidad Javeriana, Universidad de Antioquia, Universidad de Cartagena, Universidad del Cauca y Universidad de Caldas.

2. Acta 2, Medellín, mayo de 1964 (49):

- Se reunió el Comité con la presencia de los Dres. Nacianceno Valencia, José María Silva, Jaime Casasbuenas, Gustavo Gómez, Eliseo Cuadrado y William Rojas, este último delegado del Consejo General de Especialidades Médicas.

- Se hicieron consideraciones generales sobre docencia.

- Se aprobó el ingreso de los 65 primeros especialistas por derecho propio, una vez revisada la documentación y la normatividad según acta I (49).

- Se solicitó al Consejo General de Especialidades Médicas que se certifique a todos los miembros del comité.

3. Acta 3, Manizales, junio 28 de 1964 (50):

- Asistieron los Dres. Nacianceno Valencia, presidente, José María Silva, Jaime Casasbuenas, Gustavo Gómez, Eliseo Cuadrado y Eduardo Vallejo, delegado del Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME.

- Se aprobó el ingreso de 23 nuevos especialistas.

- Se nombró al Dr. Jaime Casasbuenas para elaborar un programa tentativo de enseñanza de la anestesiología en los niveles de pregrado y posgrado.

4. Acta 4, Bogotá, julio 18 de 1964 (51):

- Asistieron los Dres. Nacianceno Valencia, José María Silva, Jaime Casasbuenas y Eliseo Cuadrado.

- Se aprobó el ingreso de seis nuevos especialistas con documentación completa.

- El Dr. Jaime Casasbuenas entregó a cada uno de los asistentes el programa preliminar mínimo para enseñanza de la anestesiología. Se acordó analizarlo en profundidad en próxima reunión.

5. Acta 5, Bogotá, febrero 13 de 1965 (52):

- Asistieron los Dres. Nacianceno Valencia, presidente, Eliseo Cuadrado, José María Silva, Jaime Casasbuenas y Gustavo Gómez.

- Se aprobó a 40 nuevos especialistas de diferentes hospitales y universidades del país, y quedaron aplazados 25 anestesiólogos para examen con aprobación condicional.

- El comité nombró un grupo de especialistas certificados para elaborar las preguntas del próximo examen en distintos hospitales y centros universitarios.

- El Dr. Eliseo Cuadrado propuso que el programa mínimo presentado por el Dr. Casasbuenas constituya una pauta susceptible de modificaciones de acuerdo a la normatividad de cada facultad de medicina. Luego de larga discusión, el programa recibió aprobación por unanimidad; contiene unas condiciones en materias básicas y clínicas con duración de dos años de entrenamiento, y considera las exigencias para la creación de un servicio de anestesia.

6. Acta 6, Medellín, noviembre 27 de 1965 (53):

- La reunión la presidió el Dr. Nacianceno Valencia y asistieron los Dres. José María Silva, Eliseo Cuadrado y Juan Martín Segura, nuevo miembro del comité.

- Se entregaron certificados de especialistas a 21 profesionales de siete ciudades.

- Fueron aprobados para examen siete médicos con entrenamiento certificado.

- La estructura básica del examen teórico contiene los siguientes ítems: Farmacología 25 %, Patología 20 %, Fisiología 15 %, Técnicas Anestésicas 15 %, Anatomía 10 %, Física 10 %, Química 5 %. Este temario se puede modificar de acuerdo a los servicios de anestesia.

7. Acta 7, Medellín, junio 24 de 1966 (54):

- Se reunieron los miembros del comité, los Dres. Nacianceno Valencia, Eliseo Cuadrado, José María Silva y Juan Martín Segura, con la presencia del Dr. Mario Núñez, delegado de ASCOFAME.

- Se aprobó definitivamente el programa mínimo de educación para graduados.

  – El programa de preguntas y respuestas no estuvo en consideración por haberse presentado inconcluso.

  – El comité acordó aplazar el nombramiento de comisiones para la acreditación de los programas de anestesia.

8. Acta 8, Bogotá, abril 29 de 1968 (55):

- Asistieron los Dres. Nacianceno Valencia, Jorge Colmenares, Eliseo Cuadrado y Enrique Urdaneta, este último representante del Consejo General de Especialidades Médicas.

- Por renuncia del presidente, se eligió al Dr. Jorge Colmenares para un periodo de un año.

- El comité propuso designar a las facultades de medicina de Bogotá, Cali y Medellín para elaborar las preguntas del examen.

- Se integraron las comisiones para las visitas al Hospital Universitario de Caldas, Hospital San José y Hospital Militar Central, con los Dres. Jorge Colmenares, Eliseo Cuadrado y Germán Muñoz.

9. Acta 9, Bogotá, septiembre 18 de 1969 (56):

- Asistieron los Dres. Jorge Colmenares, presidente, Jorge Benedetti, Bernardo Ocampo y Fernando Flórez.

- Se aprobó el ingreso de cinco nuevos especialistas.

- Se integraron las comisiones para visitar los programas de anestesia del Instituto Nacional de Cancerología, Universidad del Valle, Hospital San Juan de Dios, Hospital San Ignacio, Hospital San Vicente de Paúl y Universidad de Cartagena, compuestas por los Dres. Colmenares, Jorge Benedetti, Eliseo Cuadrado, Bernardo Ocampo y Fernando Flórez.

- El comité recibió las conclusiones de las visitas a los hospitales Militar Central, San Ignacio y San Juan de Dios, encontrando a estos aptos e integrados para la docencia, con los requisitos al día y suficiente personal docente.

- El Instituto Nacional de Cancerología no se ajusta a las necesidades de la docencia, por su carácter ampliamente especializado y por carecer de casuística en pediatría, obstetricia, urgencias y subespecialidades.

10. Acta 10, Bogotá, agosto 18 de 1970 (57):

- Asistieron los Dres. Jorge Colmenares, Jorge Benedetti, Bernardo Ocampo, Fernando Flórez, Eliseo Cuadrado y Eduardo Vallejo, representante del Consejo General de Especialidades Médicas.

- El Dr. Vallejo hizo un informe previo de las reformas aprobadas por el Consejo Directivo de ASCOFAME a los métodos de evaluación; este quedó aprobado y se revisaron las siguientes conclusiones:

– Solicitar al Consejo General de Especialidades Médicas una reunión conjunta de los comités de Cirugía General, Obstetricia y Anestesia, para establecer la interrelación administrativa y docente en estas especialidades.

– Solicitar al Consejo General de Especialidades Médicas que, con la aprobación de un departamento quirúrgico y ginecológico-obstétrico, se tenga en cuenta la aprobación de los servicios de anestesia.

– Se aprueba el "Banco de preguntas" elaborado en la Universidad del Valle, para que sea utilizado en los exámenes de evaluación de todas las facultades de medicina.

11. Acta 11 (no se encontró en los archivos de ASCOFAME).

12. Acta 12, Manizales, 21 de noviembre de 1974 (58)

- Asistieron los Dres. Roberto Nel Peláez, presidente, Jaime Herrera Pontón, José Miguel Cárdenas y Jairo Restrepo Torres.
- Se actualizaron los requisitos mínimos en pregrado y posgrado.
- Se definió la redacción de los requisitos mínimos de anestesia durante el seminario de educación en anestesia, para ser posteriormente puestos a consideración del Comité General de Especialidades y del Consejo Directivo de ASCOFAME.
- Se analizaron los informes de las visitas a los hospitales de Caldas, Rosario y Javeriana, y se indicó que el último no ha cumplido todas las recomendaciones del informe de 1974.
- Se analizó nuevamente el programa mínimo, el cual fue cuestionado por la Universidad del Valle en lo referido a la certificación de especialistas que no se dedicarán a la docencia, y por tanto solo les servirá el título de especialistas médicos. Se aprobó modificar el reglamento en este sentido.
- Se informó que Consejo General de Educación Médica fue reemplazado por el Consejo de Especialidades Médicas.

13. Acta 13 (no se encontró en los archivos de ASCOFAME).

14. Acta 14, Bogotá, 5 de julio de 1976 (59)

- Asistieron los Dres. Roberto Nel Peláez, presidente, Jaime Herrera Pontón, José Miguel Cárdenas, Jorge Colmenares y Rafael Peña, y por ASCOFAME los Dres. Jaime Ruiz y Elsa Vargas, y la Srta. Helena Herrera.
- Se informó sobre el reglamento del Consejo General de Educación Médica y de los Comités de Educación Médica.
- Se definieron los siguientes especialistas: a. Especialista no certificado vinculado a la docencia; b. Especialista formado en el exterior; c. Especialista por derecho adquirido.
- Se estudió y redactó el Programa Mínimo de Educación en Anestesiología de nivel de pregrado para médicos generales, con base en los programas presentados por la Universidad del Valle y la Universidad de Caldas.
- Se aprobó la certificación de seis especialistas.

- Se informa sobre visitas a los diferentes programas:
  - Universidad Javeriana, 30 de abril de 1976; aprobados siete residentes.
  - Universidad del Rosario, abril de 1976; aprobados 14 residentes para el Hospital San José.
  - Universidad del Valle; aprobados 18 residentes para el Hospital Universitario del Valle.
- Se informa de la comunicación al Ministerio de Salud Pública para la adquisición de equipos y drogas relacionados con la especialidad, que no quedaron aprobados en el formulario nacional del Ministerio.

15. Acta 15, Bogotá, 4 de febrero de 1977 (60):

- Asistieron los Dres. Rafael Peña (Universidad del Rosario), presidente, Jaime Herrera Pontón (Sociedades Científicas), José Miguel Cárdenas (Universidad de Caldas), Carlos Fernández (Universidad del Cauca) y Sebastián Merlano (Universidad de Cartagena), y por ASCOFAME los Dres. Humberto Janer, Hernando Medina y Jaime Ruiz.
- Se aprobó la certificación de cinco especialistas.
- Se presentó el proyecto de investigación sobre el ejercicio de la anestesiología en Colombia, que trata de corregir las deficiencias del estudio del Ministerio sobre recursos humanos en la especialidad.
- Se presentó el informe de la vinculación de la Universidad del Rosario en apoyo del programa de anestesia del Hospital Militar, y se tomó la decisión de no aprobar la solicitud y suspender los cupos aprobados hasta no aclararse la situación entre las dos entidades.
- Se presentó el informe de lo ocurrido en Bucaramanga, donde el Dr. Hernando Vázquez desarrolla hace años un programa de entrenamiento de anestesistas sin una reglamentación específica. Se previene sobre este tipo de programas, que son inaceptables, y se decide enviar una carta al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander con objeto de anunciar una visita de evaluación.
- Se informa del programa desarrollado en el Hospital de la Samaritana, afiliado a la Universidad Javeriana, el cual no tiene aprobación, y sobre la necesidad de hacerle una visita para formalizarlo. Se informa al Dr. Ángel Cruz que debe hacer la solicitud formal correspondiente a través de la decanatura de la facultad.
- El Dr. Humberto Janer aclaró cuestiones relacionadas con la formación de técnicos de anestesia e instrumentación solicitados por algunos hospitales, como los de Garzón y Caquetá. Se precisó que se ha apoyado la capacitación en instrumentación y en drogas para anestesia, pero en ningún caso la preparación de técnicos. Después de consultar al Dr. Colmenares y al Dr. Peña, se rechazaron estas solicitudes.
- El Dr. Janer presentó el caso del Hospital de Cimitarra, un buen hospital con una máquina de anestesia recibida en donación, el cual solicita a la Cruz Roja el entrenamiento de un personal para administrar anestesia. El comité rechazó la solicitud y analizó la viabilidad de

cursos de educación continuada para médicos generales en comunidades donde no es posible que, en un corto tiempo, llegue un especialista en anestesia.

16. Acta 16, 11 de marzo de 1977 (61):

- Asistieron los Dres. Rafael Arturo Peña (Universidad del Rosario), presidente, Jaime Herrera (Sociedades Científicas), Carlos Hernández (Universidad del Cauca), Sebastián Merlano (Universidad de Cartagena) y Jaime Ruiz (ASCOFAME).

- Se estudió el informe de visita al programa de la Universidad del Cauca y se aprobó este con un inicio de dos residentes por año.

- Se presentó el programa mínimo de enseñanza de anestesiología para pregrado, el cual fue aprobado para poner a consideración de las diferentes facultades. Un punto de discusión fue la inclusión de la técnica peridural a nivel de pregrado, lo que no fue aprobado.

17. Acta 17, mayo 23 de 1977 (62):

- Asistieron los Dres. Hernando Vázquez (Universidad Industrial de Santander), José Miguel Cárdenas (Universidad de Caldas), Rafael Peña (Universidad del Rosario), Sebastián Merlano (Universidad de Cartagena), Jaime Herrera (Sociedades Científicas) y Jaime Ruiz (ASCOFAME).

- Se estudió el programa de la Universidad Industrial de Santander y se le hicieron algunas observaciones, en especial sobre su reglamentación general y la exigencia del cumplimiento de esta.

- El programa fue aprobado para su inicio con dos anestesiólogos por año.

18. Acta 18 (no se encontró en los archivos de ASCOFAME).

19. Acta 19 (no se encontró en los archivos de ASCOFAME).



Lipuro

20 Acta 20, abril 24 de 1981 (63):

- Asistieron los Dres. Rafael Arturo Peña (Universidad del Rosario), presidente, Jorge Colmenares (Universidad Javeriana), Fernando Flórez (Universidad Nacional), Sebastián Merlano (Universidad de Cartagena), Roberto Nel Peláez (Universidad del Valle) y Bernardo Ocampo (Sociedades Científicas), y por ASCOFAME el Dr. Humberto Janer Ruiz (jefe de división) y la Sta. Helena Herrera.

- Se estudiaron las solicitudes para la certificación de especialidades.

- Se analizó el programa de posgrado.

- Guías de autoevaluación y evaluación para un servicio de anestesiología.

- Se informó del contenido referente a la anestesiología en el documento "Médico general", así como de las observaciones de las facultades.

- Reglamento del comité.

- Programa de pregrado.

- El Dr. Humberto Janer informó al Comité que, de acuerdo con su petición, el Consejo General de Educación Médica solicitó a las facultades de medicina la difusión del programa de pregrado de Anestesiología y su inclusión dentro del currículo.

21. Acta 21, 18 de febrero de 1982 (64):

- Asistieron los Dres. Bernardo Ocampo (Universidad de Caldas), presidente, Carlos A. Fernández (Universidad del Cauca), Eliseo Cuadrado (Universidad del Valle), Luis Carlos Hernández (Escuela Militar de Medicina) y Delio Fernández López (Sociedades Científicas), y por ASCOFAME los Dres. Humberto Janer Ruiz y Hernando Medina L. (asistente jefe de Programas Especiales), y la Srta. Helena Herrera L. (Dirección Ejecutiva).

- Se revisó el programa mínimo del posgrado de ULAS.

- Se estudió la "Guía operativa para visita de evaluación de programas de anestesiología".

- Se revisó el programa mínimo de pregrado.

- Se estudiaron solicitudes de especialistas.

CERTIFICACIÓN DE LOS ANESTESIÓLOGOS

Antes de la fundación de ASCOFAME, las certificaciones de idoneidad para ejercer la anestesia eran entregadas por quienes dictaban los cursos, y se representaban, cuando mucho, con un diploma que acreditaba la asistencia. Así se certificaron los médicos que formó el Dr. Juan Marín o el Dr. Gustavo Delgado. Pero muchos otros profesionales que participaron en un entrenamiento de cualquier tipo, simplemente recibían una certificación del cumplimiento del requisito por seis meses o un año, como en el caso de "los 12 apóstoles" en Antioquia.

La fundación de ASCOFAME abrió la posibilidad de la certificación a todos los médicos que ejercían una de las especialidades básicas definidas en la reglamentación. De este modo, con la organización de los respectivos comités de las especialidades, se empezaron a certificar obstetras, pediatras, cirujanos, internistas y psiquiatras. La certificación de los anestesiólogos fue más tardía, debido a la dificultad para el reconocimiento de la anestesia como especialidad independiente.

Se definió la "certificación por derecho adquirido", la cual precisaba claramente que se entregaba a un "especialista" en una rama de la medicina: "Es un médico que llevara un mínimo de cinco años ejerciendo, por lo menos medio tiempo, la especialidad". Después se exigió un trabajo de tiempo completo, lo que se aplicaba a todas las

especialidades. Se intentó determinar la exclusividad, es decir que solo se ejerciera una especialidad, pero ello fue imposible, en particular por la influencia de los cirujanos que se opusieron. Un cirujano podía hacer, en la época, procedimientos de ortopedia, algunos hacían otorrinolaringología, muchos hacían operaciones de ginecología, etc. Esta fue una gran controversia en las asambleas de ASCOFAME y en el Consejo de Posgrado que se creó para definir las políticas generales de las especializaciones, las cuales después debían ser ratificadas por el Consejo Directivo de ASCOFAME (14, 65).

En cuanto a la certificación de la especialidad de la anestesia, en el transcurso del tiempo hubo dos momentos históricos: la creación del Comité de Anestesiología y la expedición de la Ley 6ª que rige la especialidad.

Certificación por parte del Comité de Anestesiología (48)

Para la certificación en anestesia se establecieron tres grupos de candidatos, del siguiente modo:

- Especialistas por derecho adquirido: con un título de médico graduado de mínimo diez años y ejercicio de la anestesia en forma exclusiva.

- Especialistas en ejercicio: con más de cinco años de ejercicio en la anestesia, un año de internado rotatorio y dos años en un curso de entrenamiento como residente o de educación graduada, con la debida certificación.

- Especialistas en ejercicio con práctica insuficiente: ASCOFAME evaluaba su suficiencia, para lo cual se presentaba un examen teórico y práctico y pruebas de idoneidad, según la exigencia del Comité de Anestesiología.

- Los médicos que iniciaban programas de especialización debían someterse al "examen de capacidades".

- Se exigía a los programas de educación graduada previamente aprobados por el comité, constituir un programa ordenado de entrenamiento en anestesiología con una duración no menor a dos años.

Definida esta norma, se inició el proceso de certificación y el comité asumió el estudio de las hojas de vida de los aspirantes. En principio se certificó a 66 anestesiólogos, y después, de manera continua, a otro importante número (49).

Certificación derivada de la Ley 6ª (66-67)

La Ley 6ª de 1991, que reglamenta el ejercicio de la anestesia en Colombia, abrió el camino de la certificación para aquellos médicos que la ejercían hacia la década del 90, pero no tenían un título universitario.

El artículo 12 de la Ley 6ª señala: "Los médicos que no acrediten la especialización en anestesiología, pero que ejerzan como anestesistas, deberán obtener su título de especialistas en un lapso no superior a cinco años a partir de la sanción de esta ley, para seguir desempeñándose como tales" (67).

Sin embargo, la Ley en su momento no fue reglamentada por el Gobierno. Y así pasaron cinco años hasta que, por insistencia de la Sociedad, el Ministerio decidió reglamentarla faltando solo unos días para su vencimiento, pues ese era el plazo que se había otorgado para cumplir dicho requisito.

El artículo 7 del Decreto Reglamentario 097 del 12 de enero de 1996 estipula:

Artículo séptimo: de la aplicación del término para acreditar la calidad del médico especializado en

anestesiología y reanimación: Los médicos que ejercían como anestesistas antes del 16 de enero de 1991, y que a la presente fecha no hayan obtenido el título de especialistas en anestesiología y reanimación, deberán acreditar académicamente dicha calidad, máximo dentro de los cinco años (5) siguientes contados a partir de la vigencia del presente decreto para poder continuar desempeñándose como tal.

Es indispensable que los médicos contemplados en el presente artículo, demuestren que están adelantando los trámites respectivos para obtener el reconocimiento como especialistas en anestesiología y reanimación, ante el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, en un plazo no mayor de dos años, a partir de la vigencia del presente decreto. Mientras se cumplen los términos estipulados en los incisos anteriores, los médicos generales contemplados en ello, podrán ejercer la especialidad.

Parágrafo. El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Recursos Humanos adelantará un censo de los profesionales de la medicina contemplados en este artículo, para que con base en el resultado del mismo, el Comité Nacional para el Ejercicio de la Especialidad defina las competencias, requisitos y procedimientos para obtener la acreditación correspondiente (69).

Hubo entonces un periodo inicial de cinco años en que la Ley no fue aplicada por falta de reglamentación, dados los conflictos que surgieron en el ejercicio a nivel nacional y las demandas que contra ella se presentaron. Con la reglamentación, el periodo para corregir la no certificación se amplió a dos años para demostrar que se estaba adelantando el proceso y a cinco para completarlo. Y cuando se volvió a ampliar este periodo para que los médicos no certificados se acogieran a la norma, validando su experiencia en años de formación de posgrado y su ejercicio profesional de dedicación, ya no se le dio importancia, pues se pensó que la reglamentación no funcionaría. Sin embargo, cuando se verificó su seriedad y la limitante para trabajar si no se contaba con la certificación de anestesiólogo, y cuando empezaron las dificultades laborales, se tomó conciencia de la necesidad de resolver la falta de legalidad del ejercicio y se masificó el interés en certificarse (67-68).

La norma reglamentaria permitía certificar a médicos anestesistas, es decir, médicos que ya ejercían la anestesia antes de enero de 1991, aunque sin un reconocimiento académico o institucional. Tenían formación empírica en servicio y la mayoría contaba con un ejercicio bien calificado. Entonces el Comité de Anestesiología de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) asumió el proceso de certificación de los colegas que ejercían la anestesia y querían certificarse. Por su parte, el Ministerio de Salud, a través del Ministerio de Educación, promovió la reglamentación del Decreto 097 del 12 de enero de 1996, y autorizó que quienes cumplieran los requisitos se certificaran automáticamente, y quienes no, solicitaran acceso a capacitación especial en las universidades con programas de posgrado en anestesiología. Se presentaron 104 colegas que aspiraban a regularizar su ejercicio, de los cuales algo más de 60 cumplían los requisitos y se certificaron, mientras los demás entraron a las universidades a hacer una homologación por un periodo de un año (67).

UNIDADES DE LABOR ACADÉMICA (ULA)

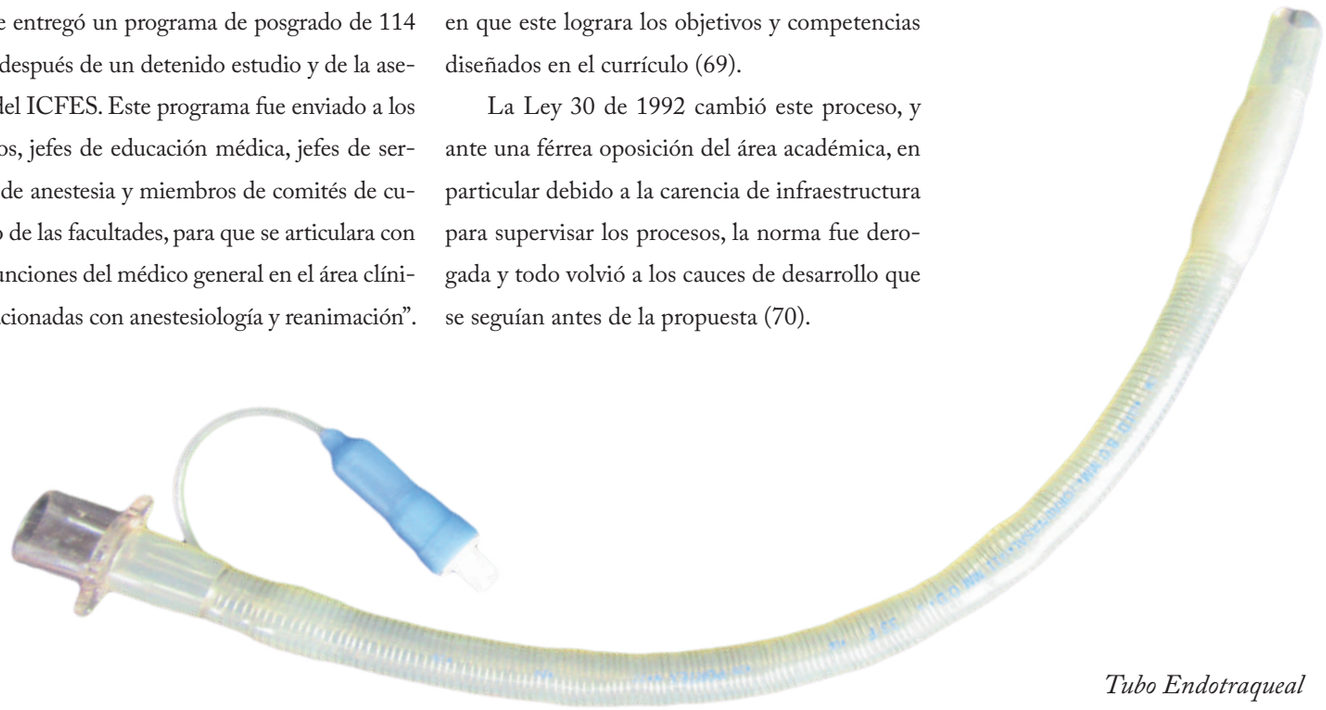
Los decretos reglamentarios de la Ley 80 de 1980 del Ministerio de Educación modificaron la forma de calificar los currículos del sistema educativo y propusieron el Sistema de Unidades de Labor Académica (ULA), al cual debían adecuarse todos los currículos, incluidos los posgrados (69). ASCOFAME promovió una serie de talleres de capacitación a los que asistieron el Dr. Eliseo Cuadrado y el Dr. Bernardo Ocampo por parte del Comité de Anestesia, quienes presentaron un proyecto para ajustar la enseñanza de la anestesia en el pregrado y el posgrado.

Se entregó un programa de posgrado de 114 ULA después de un detenido estudio y de la asesoría del ICFES. Este programa fue enviado a los decanos, jefes de educación médica, jefes de servicios de anestesia y miembros de comités de currículo de las facultades, para que se articulara con las "Funciones del médico general en el área clínica relacionadas con anestesiología y reanimación". Las ULA se dividían en tres tipos: A, B y C, con sus equivalencias en tiempos de estudio, actividades por desarrollar y tiempos de investigación. En el campo de la anestesia se asimiló de la siguiente manera: ULA A, relación presencial profesor-estudiante, 1 hora; ULA B, equivalente a una supervisión del estudiante por parte del profesor, 2 horas; y ULA C, actividad independiente del estudiante con asistencia por requerimiento específico por parte del docente, 3 horas. Esto llevaba a una delegación progresiva de responsabilidades en el estudiante, en la medida en que este lograra los objetivos y competencias diseñados en el currículo (69).

La Ley 30 de 1992 cambió este proceso, y ante una férrea oposición del área académica, en particular debido a la carencia de infraestructura para supervisar los procesos, la norma fue derogada y todo volvió a los cauces de desarrollo que se seguían antes de la propuesta (70).

SUBESPECIALIDADES

En 1996 ASCOFAME, a través del Consejo General de Educación Médica y del Comité de Educación Médica de Anestesiología y Subespecialidades, reglamentó y dio vida a las subespecialidades de la anestesia, entre las que se aprobaron Anestesia Infantil el 23 de junio de 1992, Anestesia Cardiovascular y Neuroanestesia el 24 de febrero de 1994, y Medicina del Dolor el 24 y 25 de febrero de 1994 (71).



Tubo Endotraqueal

El Dr. Germán Muñoz escribió, en relación a la enseñanza de la anestesia en la carrera de Medicina: "En la anestesia la situación era bien diferente, puesto que el personal que quería aprender era escaso y el que quería enseñar lo era aún más".

LA ENSEÑANZA DE LA ANESTESIA EN EL PREGRADO

El liderazgo en la enseñanza de elementos de anestesia a estudiantes de pregrado lo tuvo, sin lugar a dudas, el Dr. Juan Marín, que en el Hospital San José enseñaba los rudimentos de la naciente especialidad en su esfuerzo de vincular personal a la anestesia. Ya reunía a grupos de estudiantes para enseñarles las técnicas cuando él mismo no se había graduado de médico, y de estos grupos surgieron importantes especialistas de los años posteriores, como los Dres. Jorge Colmenares, Vicente Sandino, etc.

El Dr. Germán Muñoz, sucesor del Dr. Aníbal Galindo en la dirección del servicio de anestesia del Hospital San Juan de Dios y la Universidad Nacional, dijo con relación a la enseñanza de la anestesia en la carrera de Medicina:

[…] en la anestesia, la situación era harto diferente, puesto que el personal que quería aprender era escaso y el personal que quería enseñar era aún más escaso. La primera situación era explicable si se tiene en cuenta que las únicas relaciones del estudiante de pregrado con la especialidad eran de naturaleza anecdótica […] casi siempre desapacibles, obtenidas a través de las reuniones de mortalidad o del comentario del operador. El estudiante lograba así una visión amputada y deforme del acto quirúrgico en la cual no tenían cabida la noción del equipo quirúrgico y menos aún de sus componentes […] Era sorprendente y en muchas ocasiones paradójico que, teniendo el acto anestésico vinculaciones tan íntimas y estrechas con la fisiología y la fisiopatología cardiorrespiratoria, neurológica, humoral y del medio interno, en las clínicas respectivas, la información pertinente suministrada al universitario brillaba desconsoladoramente por su ausencia total, cuando no por el chiste mal intencionado, y lo que era peor, igualmente deformado (23).

La docencia a nivel de pregrado en la Universidad Nacional se inició en 1961, bajo la dirección del Dr. Jaime Casasbuenas, con una semana dedicada a conferencias para los alumnos. Y en 1967 se incorporó definitivamente, primero con una rotación de una semana, ampliada después a dos para el estudiante de noveno semestre. Este programa se ratificó oficialmente en 1969 (72). Más adelante se organizó una rotación de carácter integral con la prestación de turnos coordinados por un docente –quien estimulaba además las actividades grupales–, lo que se complementaba con la práctica clínica diaria realizada con un docente y estudiantes de posgrado de los diferentes niveles. Y en el internado se complementaban las actividades realizadas en el noveno semestre, con el propósito de dotar al

estudiante de elementos indispensables para su quehacer en la medicina rural (23).

Pero la incorporación más institucionalizada y consistente de la docencia en el pregrado la lideró la Universidad de Antioquia en el Hospital San Vicente de Paúl, donde la enseñanza a los estudiantes de medicina se inició en el quinto año (la carrera era anual en esa época) hacia 1958, con rotaciones en el internado de un mes, lo que permitía a los estudiantes una visión más completa de la especialidad. Esta enseñanza se ha prolongado en el tiempo, y con ello los egresados logran una formación, si bien no en anestesia propiamente dicha, sí en materias de la especialidad que les son útiles para el ejercicio de la medicina en su año rural.

Por su parte, en la Universidad del Valle la docencia de anestesia en pregrado se inició hacia 1962 (73).

En cuanto a la docencia en pregrado en la Universidad de Caldas, esta comenzó en 1956, con el nombramiento del Dr. Gustavo Gómez Calle como primer docente de la cátedra de anestesiología. La enseñanza se inició el 23 de abril de 1957, cuando el Dr. Gómez dictó la primera clase en el hospital a los estudiantes de cuarto año, dentro de la cátedra de cirugía. El tema de esta clase fue "Resucitación respiratoria, maniobra de Silvester y masaje a tórax abierto". De este modo, la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas se convirtió en la segunda en el país en establecer la cátedra de anestesia para sus estudiantes. Esta cátedra, que se ha prolongado hasta la fecha, permitió que en esa época, la segunda mitad del siglo XX, se desarrollara la cirugía en regiones alejadas de la capital, muchas de ellas con problemas de comunicación y donde la atención de la paciente obstétrica, en particular, tenía muchas limitaciones. Hoy el estudiante rota cuatro semanas por anestesia, y en el internado cumple otra rotación similar. Por lo demás, son numerosos los pedidos de los estudiantes para hacer la rotación opcional por el servicio de anestesia.

Para 1973 ya había cátedras de enseñanza en pregrado en las facultades de medicina de las universidades Nacional, Javeriana, Rosario, Antioquia, Valle, Caldas y Cartagena; en todas ellas se había introducido la formación teórico-práctica a nivel de estudiantes de medicina, de internos en curso y de rotaciones de pregrado (12).

Después del primer Seminario de Educación en Anestesia en 1974, donde se aprobó un programa mínimo para la enseñanza de la anestesia en el pregrado, poco a poco todas las facultades de medicina fueron implementando la enseñanza de la anestesia a ese nivel.

LOS POSGRADOS (74)

Los cursos formales de posgrado surgieron en un principio en los hospitales, y después los absorbieron las universidades. Para 1958 solo existían cuatro centros en el país donde se impartía enseñanza de formación para anestesistas: el Hospital San Juan de Dios y el Hospital San José en Bogotá, el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín y el Hospital Universitario del Valle en Cali. Esta enseñanza no tenía apoyo oficial de las universidades, pues aún no se institucionalizaban los programas de "residencias".

La preocupación por la docencia en el seno de la especialidad siempre existió, y fue tema central en el Congreso de Cartagena en junio de 1963. Fue notable que los participantes, aparentemente disímiles en razón de su procedencia y su entrenamiento, concordaran en las recomendaciones propuestas, las cuales se resumen así:

- Educación en anestesia en el pregrado como fundamento indispensable para el entrenamiento de posgrado.

- Necesidad de crear y obtener, por parte de las directivas universitarias, una mayor compenetración para el logro de personal docente lo suficientemente calificado.

- Creación del intercambio de residentes entre los hospitales universitarios del país y del extranjero.

- Necesidad de establecer el diploma de especialización equivalente al *Board* norteamericano para el ejercicio de la especialidad.

A partir de la fundación de ASCOFAME, se inició rápidamente la definición de los programas mínimos para cada disciplina básica con el liderazgo de los comités respectivos. De este modo, para proceder a la creación de un programa, primero había que enviar los documentos con la solicitud, los cuales eran estudiados por el comité de la especialidad, y si cumplían los requisitos, este enviaba a una comisión evaluadora. El comité estudiaba el informe de esta visita, y si consideraba viable el programa, entregaba un nuevo informe al Consejo Superior de ASCOFAME, integrado por los decanos de las facultades y directivos de la asociación, el cual aprobaba o negaba su apertura. Las exigencias en general y las visitas de evaluación en particular eran muy estrictas. Varios programas fueron rechazados, por lo cual se veían en la obligación de corregir las deficiencias para solicitar una nueva visita.

La situación de la época, en el año 1960, era muy diferente en las grandes ciudades, como Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, respecto a las ciudades en crecimiento, medianas, como Manizales, Bucaramanga y Cartagena. En las primeras había mayor diferenciación de las especialidades, pero en las segundas estas eran pocas, y más aún las subespecialidades. Las cinco especialidades básicas eran cirugía, medicina interna, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Por su parte, la anestesia no era reconocida como una especialidad, y la lucha de quienes la practicaban con los que ejercían especialidades quirúrgicas era muy grande.

El primer programa mínimo de anestesia fue escrito por los Dres. José María Silva Gómez, Nacianceno Valencia, Roberto Nel Peláez y Jorge Colmenares, en calidad de miembros del Comité Nacional de la Anestesiología. Allí se exigía formación de dos años y se establecían las que fueron quizás las primeras normas de seguridad, al especificar qué equipos de monitoría debía tener un servicio de anestesia para crear un programa de residencias: visoscopio, desfibrilador y cuarto de recuperación. Esta también fue la primera exigencia para la creación de servicios de anestesia, que entonces existían en muy pocos hospitales, y menos aún en las facultades de medicina.

En los congresos se definían los requisitos mínimos en anestesia y se discutían las condiciones de los servicios de anestesia para la formación de especialistas. En el Congreso de Cartagena de 1963 se presentaron la primeras Normas Mínimas, y en el Congreso de Manizales de 1964 se programó una mesa redonda sobre educación, con la presencia de los Dres. Joseph Artusio de Estados Unidos, Carlos Rivas de Venezuela y Kentaro Takaoka de Brasil.

En 1960, a fin de impulsar la formación en especialidades que contaban con muy pocos profesionales, el Ministerio de Salud emitió una resolución en la que especificaba que dos años de residencia sustituían el año rural obligatorio, con lo cual se formaron varios especialistas de las universidades de Caldas, Javeriana, Cartagena, Antioquia y Valle (14).

Por la misma época, en un esfuerzo por resolver el problema de la falta de formación en anestesia, principalmente en las ciudades pequeñas donde no había especialistas, se pactó con el Ministerio de Salud –que ya hablaba de "técnicos en anestesia"– la apertura de cursos de tres meses en las facultades de medicina y los servicios de anestesia para "capacitar" a médicos generales en los pueblos. Así se formaron varios médicos, algunos de los cuales hicieron después su residencia formal y se convirtieron en especialistas (65). Sin embargo, esta estrategia desencadenó múltiples cuestionamientos en los congresos, para después ser rechazada de

manera definitiva, con lo que estos cursos desaparecieron "sin pena ni gloria".

La ampliación del posgrado de dos a tres años (75-76)

El tema de la educación de posgrado ocupaba un buen porcentaje de tiempo en los congresos de anestesia, y se centraba especialmente en los requisitos mínimos, su exigencia y cumplimiento. Se diseñaron distintas propuestas de visita como requisito para la acreditación de los programas, las cuales marcaron un hito en la evaluación de calidad de estos a nivel nacional. La ampliación del tiempo de formación de especialistas de dos años a tres años copó la atención de los docentes de 1962 a 1967, así como la de los congresos de Cartagena en 1963 y Cúcuta en 1965. Para la época se había aceptado que en los congresos se incluyera, de manera obligatoria, el tema de la educación en anestesia.

Desde comienzos de 1966 se hizo evidente una inquietud generalizada y progresiva en los estamentos universitarios y en la Sociedad Colombiana de Anestesiología respecto a carencias en los programas docentes referidas a excesiva carga asistencial, bajo número de reuniones académicas, escaso nivel académico de estas, ausencia de supervisión a los estudiantes, poca evaluación de la calidad de los programas, e insuficiencia en la enseñanza de ciencias básicas y en la formación mínima en temas como cardiología, nefrología, neumología, entre otros.

En ese contexto, los Dres. Mario Céspedes de la Universidad Nacional y Rafael Peña de la Universidad del Rosario presentaron a la Sociedad Cundinamarquesa una propuesta de reforma al currículo, que incluía modificaciones en el contenido y la extensión de las rotaciones, así como la ampliación del programa de dos a tres años. La propuesta se presentó inicialmente en el II Seminario de Educación en Anestesia el 14 y 15 de abril de 1978, donde fue estruendosamente derrotada. Después se presentó en el Congreso de Cartagena, donde hubo división de puntos de vista por parte de los convencionistas, y finalmente fue aprobada unánimemente en el tercer seminario de 1984 en Manizales. Las bases de esta propuesta fueron, entre otras: implementación de la enseñanza de la anestesia pediátrica, de la neuroanestesia y del cuidado intensivo, y desarrollo de conocimientos de las ciencias básicas médicas relacionadas con la anestesiología. Se habló por primera vez de formación en investigación, así como de la obligatoriedad de los residentes de presentar trabajos para graduarse. Por último, el Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME la aprobó en 1988.

LOS SEMINARIOS DE EDUCACIÓN EN ANESTESIA

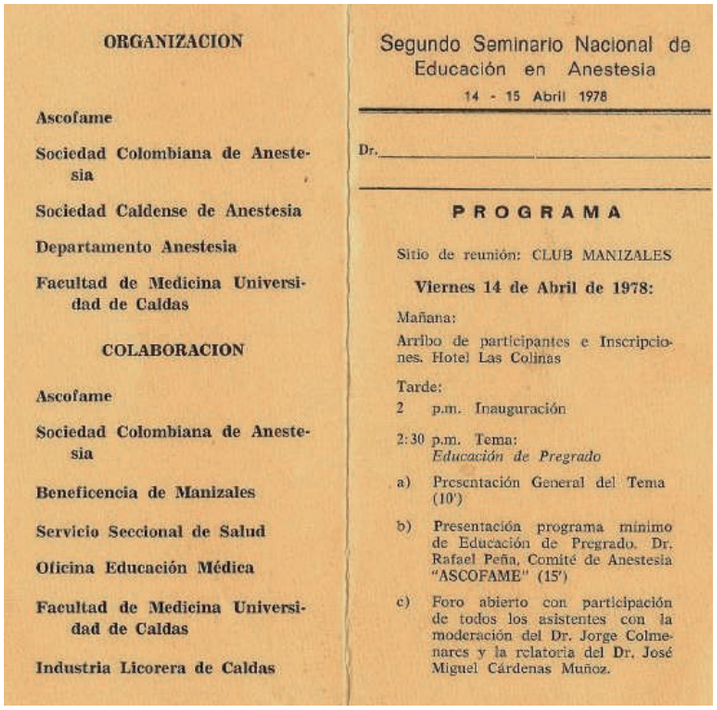
A finales de la década del 60 se iniciaron los seminarios de educación de las diferentes especialidades, dirigidos por ASCOFAME y con el apoyo de los ministerios de Educación y de Salud. Se realizaron entonces los seminarios de cirugía, ginecología, obstetricia, medicina interna, etc. Infortunadamente, esta magnífica estrategia para definir requisitos y marcar pautas de educación en las diferentes especialidades no trascendió más allá de uno o dos eventos. La única especialidad que les dio continuidad fue la de anestesia, que ya ha celebrado diez seminarios, nueve de ellos en la ciudad de Manizales.

Primer seminario (77)

En 1974 se organizó el primer seminario en Manizales, liderado por el servicio de anestesia de la Universidad de Caldas, con apoyo de la Sociedad Caldense y la Colombiana de Anestesiología, el ICFES y ASCOFAME. Los invitados a participar fueron: un docente de cada servicio con programa de posgrado, un docente de cada servicio con programa de pregrado, un residente de cada servicio de anestesia aprobado, representantes de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y del Ministerio de Salud. Esta estructura de participación se conservó en los seminarios posteriores, por lo cual creció la audiencia en razón del número de programas que fueron apareciendo (78-79).

Los temas centrales de este y los demás seminarios fueron semejantes. Se privilegiaban los requisitos mínimos del programa de posgrado, los de admisión de los residentes, el programa mínimo de educación en pregrado, la certificación de anestesiólogos provenientes del extranjero, los requisitos de dotación para un servicio de anestesia y para un cuarto de recuperación, y ya se insinuaban las primeras normas de seguridad en anestesia (65). A medida que los seminarios avanzaron, cambiaron los temas y objetivos, y a las discusiones ingresaron la investigación, la educación continuada, la educación virtual, la producción intelectual, la evaluación docente, el escalafón de los profesores, entre otros.

Los seminarios marcaron las pautas para la enseñanza de la anestesia y se convirtieron en un puntal de desarrollo de la especialidad en Colombia. Se realizaron diez seminarios de 1974 a 2007. Los nueve seminarios de Manizales tuvieron el liderazgo del programa de anestesia de la Universidad de Caldas, y el restante, celebrado en el Recinto de Quirama en Rionegro, fue dirigido por el programa de anestesia de la Universidad de Antioquia. El segundo seminario se celebró el 14 y 15 de abril de 1978, el tercero el 28 y 29 de abril de 1984, el cuarto del 30 de abril al 2 de mayo de 1987, el quinto a finales de 1991 (en Rionegro), el sexto el 12 de octubre de 1996, el octavo en el año 2000, el noveno en 2004 y el décimo en 2007. El seminario programado para 1983 no se pudo realizar, y en cambio, la Junta Directiva de la Sociedad convocó para el 19 de marzo de ese año un Encuentro de Jefes Docentes de los Programas de Anestesiología que se celebró en Cali.



ORGANIZACION

Ascofame

Sociedad Colombiana de Anestesia

Sociedad Caldense de Anestesia

Departamento Anestesia

Facultad de Medicina Universidad de Caldas

COLABORACION

Ascofame

Sociedad Colombiana de Anestesia

Beneficencia de Manizales

Servicio Seccional de Salud

Oficina Educación Médica

Facultad de Medicina Universidad de Caldas

Industria Licorera de Caldas

Segundo Seminario Nacional de Educación en Anestesia

14 - 15 Abril 1978

Dr._____

PROGRAMA

Sitio de reunión: CLUB MANIZALES

Viernes 14 de Abril de 1978:

Mañana:

Arribo de participantes e Inscripciones. Hotel Las Colinas

Tarde:

2 p.m. Inauguración

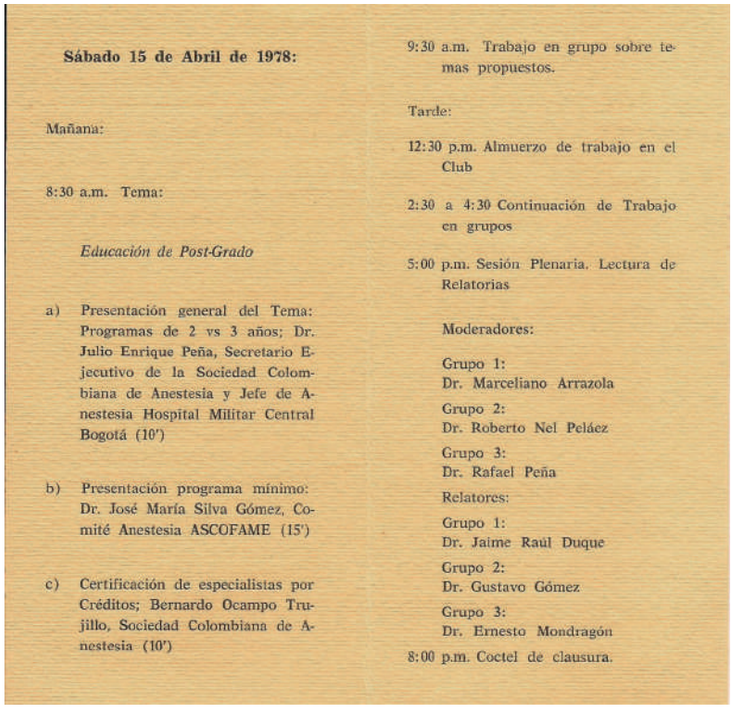
2:30 p.m. Tema:
Educación de Pregrado

a) Presentación General del Tema (10')

b) Presentación programa mínimo de Educación de Pregrado. Dr. Rafael Peña, Comité de Anestesia "ASCOFAME" (15')

c) Foro abierto con participación de todos los asistentes con la moderación del Dr. Jorge Colmenares y la relatoria del Dr. José Miguel Cárdenas Muñoz.

▲ II Seminario Nacional de Educación en Anestesia (anverso) (80)



Sábado 15 de Abril de 1978:

Mañana:

8:30 a.m. Tema:

Educación de Post-Grado

a) Presentación general del Tema: Programas de 2 vs 3 años; Dr. Julio Enrique Peña, Secretario Ejecutivo de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Jefe de Anestesia Hospital Militar Central Bogotá (10')

b) Presentación programa mínimo: Dr. José María Silva Gómez, Comité Anestesia ASCOFAME (15')

c) Certificación de especialistas por Créditos; Bernardo Ocampo Trujillo, Sociedad Colombiana de Anestesia (10')

9:30 a.m. Trabajo en grupo sobre temas propuestos.

Tarde:

12:30 p.m. Almuerzo de trabajo en el Club

2:30 a 4:30 Continuación de Trabajo en grupos

5:00 p.m. Sesión Plenaria. Lectura de Relatorias

Moderadores:

Grupo 1:
Dr. Marceliano Arrazola

Grupo 2:
Dr. Roberto Nel Peláez

Grupo 3:
Dr. Rafael Peña

Relatores:

Grupo 1:
Dr. Jaime Raúl Duque

Grupo 2:
Dr. Gustavo Gómez

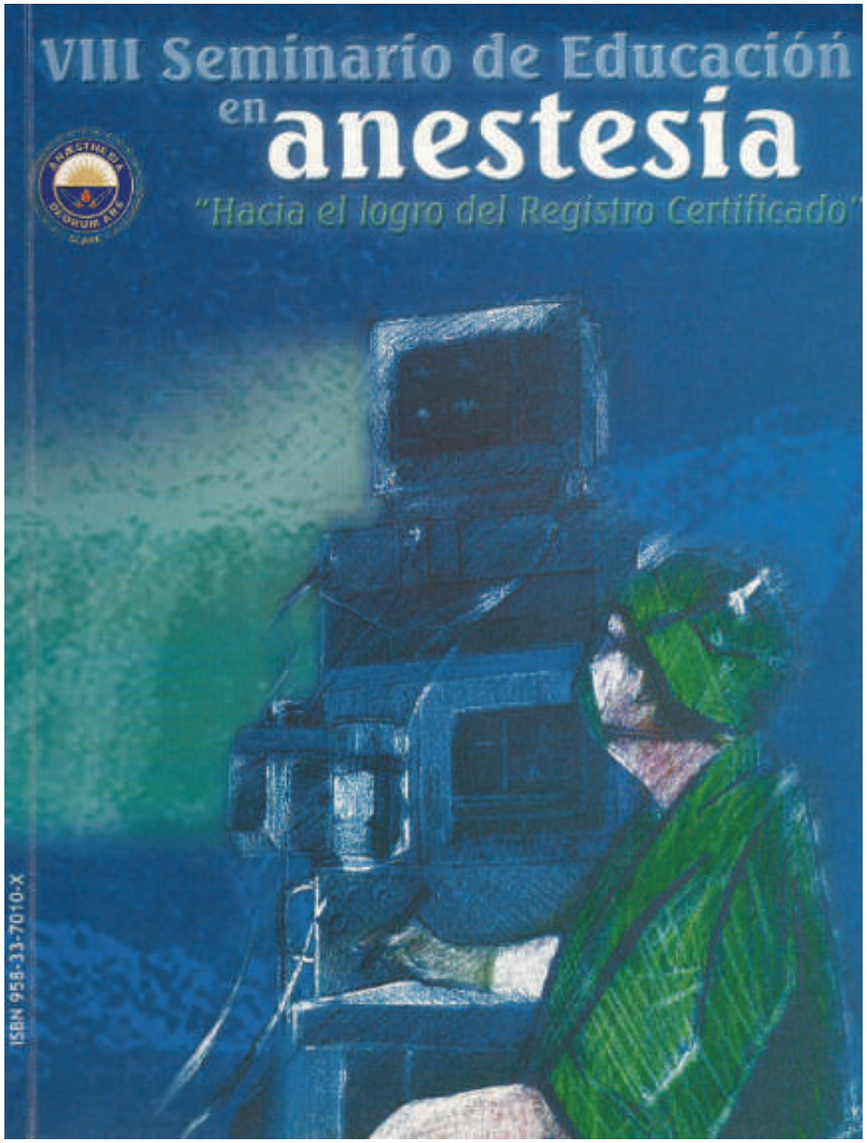
Grupo 3:
Dr. Ernesto Mondragón

8:00 p.m. Coctel de clausura.

▲ II Seminario Nacional de Educación en Anestesia (reverso) (80)

Los programas de pregrado mejoraron cada vez más, y este fue sin duda uno de los puntales del crecimiento de la anestesia en Colombia, pues de la rotación de los estudiantes por los servicios de anestesia surgió el interés por la especialidad. Gracias a este avance se llegó a tener una gran cobertura quirúrgica y anestésica en ciudades pequeñas del país. Pero esta dinámica fue cuestionada después y se modificó radicalmente en los últimos años con la expedición de la Ley 6ª, que regula el ejercicio de la anestesia, y la Ley 100, que limitó el desempeño del médico no especialista, sobre todo en el medio rural, donde este cumplía un importante papel.

Gran controversia surgía en torno a la aplicación o no de los acuerdos de los seminarios. En particular, en el tercer seminario se hizo una declaración que propendía a reconocerles su importancia. Por una parte, las facultades de medicina debían y solicitaban conservar su autonomía para la implementación de los programas y recomendaciones de los seminarios, y por otra, ASCOFAME y los docentes de anestesia pugnaban por implementarlos, en el intento por obtener una mejor calidad de los especialistas que se estaban formando; y a su vez, la Sociedad velaba para que los programas estuvieran dentro de los delineamientos de los requisitos mínimos aprobados en el seminario de educación del momento.



▲ Carátula de las memorias del VIII Seminario de Educación en Anestesia



▲ VIII Seminario de Educación en Anestesia

LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO DE TRES MESES PARA MÉDICOS GENERALES

Los dos primeros seminarios no impactaron en la uniformidad de los programas formales de anestesia ni en pregrado ni en posgrado. La falta de formación en anestesia en el pregrado de diversas facultades de medicina llevó a que la División de Capacitación del Ministerio de Salud propusiera en 1984 el entrenamiento de médicos generales en cursos de tres meses, en áreas como ortopedia, radiología y anestesia (81).

Los interrogantes sobre el estado de los programas de posgrado, la educación continuada para médicos generales y especialistas, y la necesidad de implementar dichos programas en unidades de labor académica (ULA), fueron aspectos que justificaron ampliamente la realización del III Seminario. Allí fue necesario formular soluciones a los problemas de los programas, en respuesta a las inquietudes planteadas a nivel del gremio y del Gobierno, integrando los programas en el contexto de las universidades, los hospitales y el Sistema Nacional de Salud. Para hacer cumplir las exigencias, se revisaron los programas mínimos de pregrado y posgrado, se verificó su grado de cumplimiento, se propusieron mecanismos para evaluarlos, estrategias de adecuación a esas exigencias, y se definieron políticas sobre la educación continuada y el papel de la investigación y la formación de especialistas. Se encontró, con sorpresa, que el 50 % de las facultades no tenían incorporado en su currículo la enseñanza de la anestesiología, lo que justificaba la preocupación y las constantes alternativas propuestas por parte del Gobierno.

En la XXXI asamblea de la Sociedad se aprobó la 'Declaración de Paipa', el 30 de junio de 1984:

La dinámica de los seminarios por encima de las diversas presentaciones y algunas conclusiones, el compromiso de los jefes docentes, profesores y alumnos de vigilar, mejorar y cumplir la variada gama de considerandos allí discutidos, los cuales serán difundidos a todos los miembros de la Sociedad, constituye la síntesis de un esfuerzo y anhelo de un conglomerado y explica el éxito rotundo de las deliberaciones de este seminario (81).

La impresión que causó el *modus operandi* de los seminarios y la profundidad de las proposiciones en las directivas del ICFES, en el jefe de Recursos Humanos, en el jefe de Atención Médica del Ministerio y en ASCOFAME, se tradujo al fin en el cambio de la estrategia oficial, al retirar, por considerarlo inconveniente y desubicado, el Decreto y la orden reciente a algunos servicios seccionales de iniciar cursos trimestrales para médicos generales (14).

LA EDUCACIÓN CONTINUADA

La educación continuada, formal y no formal, presencial y a distancia, ha cumplido un papel fundamental en la anestesia y en la medicina del país. Organizada por la Sociedad en su nivel central, las sociedades regionales, los programas de posgrado de las universidades o los especialistas de manera particular, ha ofrecido a anestesiólogos y otros profesionales de la salud todo tipo de cursos, diplomados, talleres y simposios sobre toda la gama de contenidos en temas relacionados con la especialidad respectiva.

Los congresos han sido una forma de educación continuada primaria en la anestesia. Allí tienen cabida todos los temas científicos, académicos, educativos e investigativos. De ser espacios de conferencias dictadas por profesionales colombianos, han evolucionado a ser congresos de alcances internacionales, y su modalidad de transmisión de conocimientos ha pasado de ser pasiva (simple asistencia) a activa (participación en talleres), con objetivos y desarrollos de competencias y habilidades muy precisos, todo lo cual los convirtió en una oferta educativa de alto nivel (ver CapítuloVII - Apuntes para la historia de los congresos de la Sociedad: Contenido académico [1949-2001].

(...) la educación continuada ha cumplido un papel relevante en la formación del especialista y su actualización permanente, al ofrecerle posibilidades de estar al día, científica y tecnológicamente, en la evolución de la especialidad.

Por otra parte, los cursos sobre todo tipo de temas científicos de la anestesia propiamente dicha y los relacionados con ella, cualificaron al especialista y a la anestesia colombiana. A través de ellos se abrieron paso las disciplinas del "manejo del dolor" o algología y el "cuidado intensivo" como ramas casi independientes de la anestesia, pero íntimamente relacionadas con ella. De estas actividades también surgieron subespecialidades como la anestesia cardiovascular, la neuroanestesia, la anestesia regional o la anestesia intravenosa, todas impulsadas desde cursos, talleres y actividades educativas liderados desde el interior de la especialidad.

No hay sociedad regional o posgrado que no haya programado actividades académicas, ya sea para sus afiliados, para estudiantes o profesionales de la medicina o para las profesiones afines (enfermería, fisioterapia, odontología, cuidado respiratorio, etc.), y no pocas veces para la comunidad en general.

Esta educación continuada se ha desarrollado desde la formalidad de las sociedades y las universidades responsables de los posgrados, o ha sido ofrecida por instituciones privadas especializadas en temas particulares. Unas y otras han evolucionado de reuniones relativamente informales a verdaderos cursos de educación con objetivos bien definidos en el intento de generar competencias y habilidades concretas, de modo que el participante adquiera conocimientos prácticos útiles en el ejercicio profesional del día a día, que además le puedan servir en la recertificación voluntaria o en la obligatoria que se perfila en el país. Las actividades presenciales privilegiaron la educación continuada en sus inicios y durante varios lustros, pero la modalidad a distancia, desescolarizada, no presencial, ha facilitado más la participación del estudiante al no demandar tiempo de sus ocupaciones cotidianas; y la metodología de combinación con actividades semipresenciales ha favorecido su posibilidad de capacitarse y mantenerse actualizado.

En las últimas décadas, con el desarrollo tecnológico, surge la educación virtual. De actividades educativas presenciales o semipresenciales durante varias décadas se ha llegado a propuestas no presenciales en su totalidad, apoyadas por internet y toda la tecnología ofrecida para la producción de material educativo visual (presentaciones en diapositivas, videos, etc.). Hoy es posible acceder a todos los niveles de formación en todas las ramas de la medicina, y desde luego en la anestesiología y ramas afines, con cursos cortos, diplomados, maestrías o doctorados, mediante estrategias desescolarizadas combinadas: presencial y virtual.

De tal modo, la educación continuada ha cumplido un papel relevante en la formación del especialista y su actualización permanente, al ofrecerle posibilidades de estar al día, científica y tecnológicamente, en la evolución de la especialidad.

La fortaleza de esta estrategia tiene su origen en los seminarios que la proponían para la formación de los especialistas y no especialistas en temas que empezaban a aparecer en la educación, como la reanimación en general y la reanimación cerebro-cardiopulmonar de emergencias en particular (82). Desde estos seminarios se proponían estrategias agresivas:

LAS PUBLICACIONES

La Sociedad toda, a partir de ese momento, ha tenido la obligación de acatar las recomendaciones del seminario y comenzar la aplicación práctica de las soluciones acordadas, entendiendo esto como socios, filiales, docentes, residentes, jefes de servicio, pues no se puede pretender que unas directivas realicen la Educación Continuada en forma aislada y carente de recursos de variado orden. Por tanto, hay que insistir en la regionalización de una docencia a distancia con la filial y el centro universitario de su influencia para que, en armonía, las dos entidades se desplacen en su área con sus docentes, residentes, directivos de la respectiva filial, a organizar seminarios, cursillos, conferencias, prácticas de grupo dirigidas y charlas periódicas de forma continua en los hospitales regionales […] (14).

Se debatió ampliamente el tema de la educación continuada y se consideró una necesidad, si bien se rechazó de forma unánime el entrenamiento de médicos generales en anestesia. Se contempló aprovechar las áreas de influencia de cada universidad, como los hospitales regionales, para iniciar programas de actualización y rotación de residentes de nivel avanzado, a modo de capacitación a los médicos de esas zonas, con el fin de contribuir a la resolución de problemas sencillos y al empleo de técnicas simples de anestesia (14, 82).

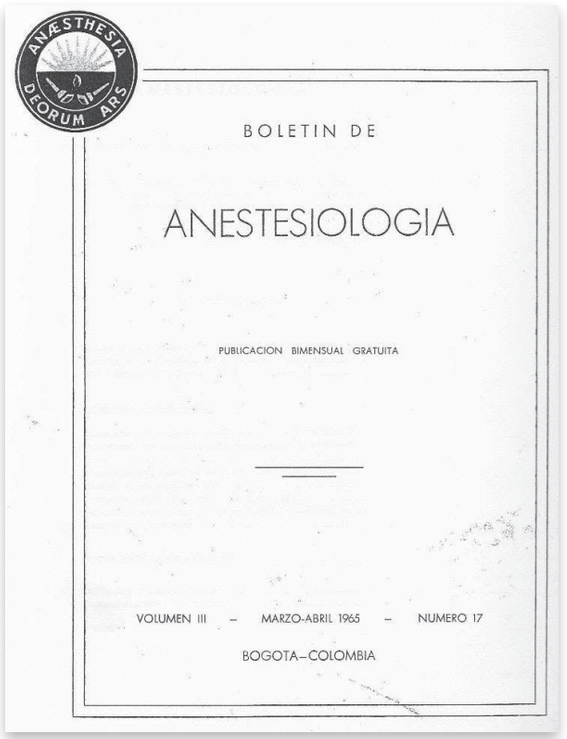
Desde sus inicios, la Sociedad como organización y los anestesiólogos de modo individual o a través de las sociedades regionales o de programas académicos de posgrado, impulsaron publicaciones sobre temas relacionados con la anestesia, las cuales cumplieron un papel de gran relevancia en la formación de los especialistas de la disciplina.

Primeras publicaciones

El primer dato existente sobre publicaciones hace referencia al boletín informativo *SEDARE*, cuyo editor y redactor fue el Dr. Juan Marín, y que apareció en noviembre de 1952 (12, 83). Infortunadamente no ha sido posible encontrar números de esta publicación.

En 1954 apareció la revista *Anestesia*, órgano oficial del Colegio Colombiano de Anestesiología publicado por el Dr. Gustavo Delgado Sierra, y del cual se editaron tres números (84-85).

En 1965 los Dres. Germán Muñoz-Wutcher y Jaime Casasbuenas editaron el *Boletín de Anestesiología,* "[…] elaborado bimensualmente en la Unidad de Anestesiología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá y destinado exclusivamente a fomentar la docencia, investigación y progreso de la anestesiología en Colombia". Este boletín circuló ampliamente por todo el país y los posgrados existentes en ese momento se nutrieron de las enseñanzas de sus contenidos.



▲ *Boletín de Anestesiología* (86)

Otra publicación de gran impacto educativo en la época fue el "Curso de anestesiología" publicado en la revista de la Sociedad en 1975 y escrito por el Dr. Juan Marín, el cual antes se había publicado en folletos para estudiantes y médicos, cuando este iniciaba su carrera en los años 1949 y siguientes (87-89).

Todas estas publicaciones cumplieron un papel relevante en la formación de anestesistas y anestesiólogos, dada la dificultad en la época de conseguir literatura científica sobre anestesia en revistas y libros. Muchos especialistas encontraron en estas publicaciones una manera de formarse o de actualizarse.

Revista Colombiana de Anestesiología

En agosto de 1973, en el marco del XII Congreso Latinoamericano de Anestesiología, el XI Congreso Colombiano de Anestesiología y la I Reunión Extraordinaria del Área del Caribe en el Hotel Hilton de Bogotá, nació la *Revista Colombiana de Anestesiología*, a partir de una propuesta del Dr. Jorge Osorio, jefe de anestesia del Instituto de Cancerología y secretario general de la Sociedad Colombiana, en cabeza de los Dres. Fernando Vélez y Jaime Marín, con el apoyo financiero de Laboratorios Abbott y Parke Davis, el cual fue ofrecido por sus representantes, Guillermo Ortiz y Fernando Lema.

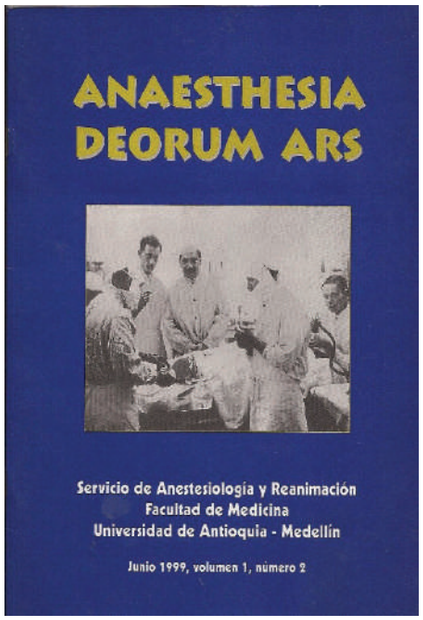
En 2016 la revista está publicando su volumen XLVI, y contrariamente a los pronósticos pesimistas que muchos tenían de su supervivencia, no solo ha perdurado en el tiempo, sino que cada vez se proyecta más como una revista líder de la especialidad en Colombia y en Hispanoamérica. El papel de este órgano oficial de la S.C.A.R.E. en la formación del recurso humano en anestesia ha sido fundamental, tanto por la información transmitida a los anestesiólogos de Colombia y toda Latinoamérica, donde se distribuye profusamente, como por haberse convertido en el ente receptor del desarrollo investigativo de la especialidad.

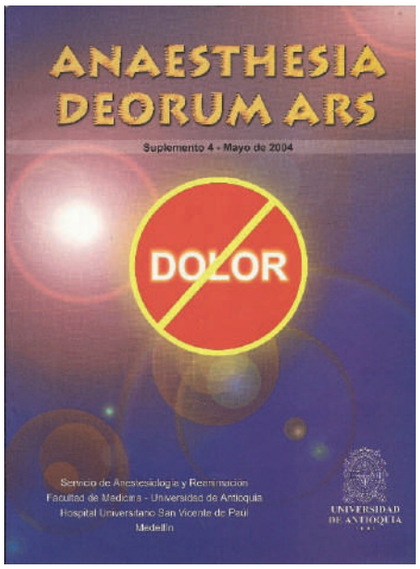
Su indexación en 17 bases de datos internacionales la ha hecho visible en la comunidad médica, y su presentación en español y en inglés le ha abierto el panorama internacional, donde los artículos que publica son ampliamente referenciados. De la dificultad enorme en conseguir artículos para publicar y de los esfuerzos económicos para mantenerla viva en sus primeros años, ha llegado a ser una revista con un modelo sostenible donde autores nacionales y extranjeros buscan publicar sus productos académicos e investigativos.

Puede afirmarse que, al recorrer los volúmenes de la revista y analizar las ponencias de los congresos de la Sociedad que se publican allí, es posible contemplar la evolución del desarrollo científico y tecnológico de la anestesia en Colombia. En efecto, en dichas publicaciones se aprecia la evolución de la farmacología de la anestesia, de los equipos de monitoreo, las máquinas de anestesia o los apoyos para el ejercicio de la especialidad, e inclusive, de las pautas publicitarias de laboratorios farmacológicos y organizaciones distribuidoras de equipos médicos, que a su vez evidencian el desarrollo general de la anestesia a partir del siglo XX.

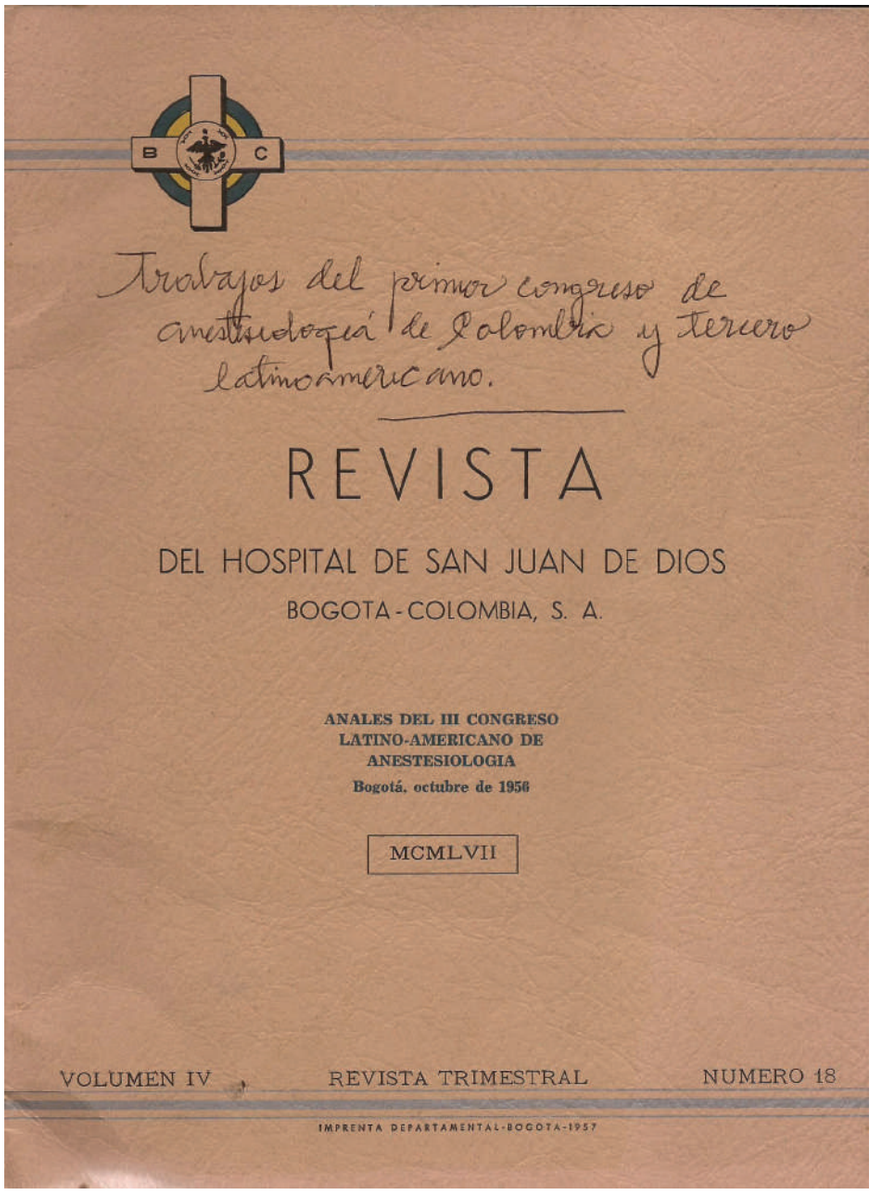
Otras publicaciones

No hay posgrado de anestesia o sociedad regional que no haya intentado realizar publicaciones para mantener actualizados a sus miembros. Infortunadamente, muchas se han perdido, por lo cual es muy difícil encontrar números para su recuperación histórica. Un ejemplo de estas publicaciones son las que se ilustran a continuación:





▲ Revista *Anesthesia Deorum Ars* de la Universidad de Antioquia (90-91)



▲ *Revista del Hospital San Juan de Dio*s de Bogotá (92)

El "profesor" surgía por generación espontánea, sin ningún entrenamiento en técnicas de enseñanza, y diseñaba sus propias estrategias para transmitir los conocimientos (...)

PERSONAL DOCENTE

Uno de los cambios importantes en la formación de los anestesiólogos se ha centrado, desde sus inicios, en los procesos de selección de quienes asumen la enseñanza de la anestesia.

En las primeras épocas, quien asumía este reto era quien sabía algo del tema y decidía, básicamente en razón de la dificultad de encontrar quién la administrara, entrenar personas que no siempre eran médicos. El "profesor" surgía por generación espontánea, sin ningún entrenamiento en técnicas de enseñanza, y diseñaba sus propias estrategias para transmitir los conocimientos, la mayoría de veces directamente al pie del paciente en una institución hospitalaria. Los profesores eran los mismos anestesistas, y los primeros ejemplos aparecieron en Medellín y Bogotá.

En sus congresos, la Sociedad recomendó un proceso más riguroso para la elección de los docentes, aunque solo hasta la fundación de ASCOFAME, cuando se creó el comité de la especialidad de la anestesia, se hicieron recomendaciones para iniciar la formación de docentes; pero incluso en ese momento no se aprobó diferenciar al anestesiólogo general del que debía asumir la enseñanza. Solo con el tiempo, a causa de las exigencias internas de las universidades, la carrera docente se fue estableciendo y los profesores empezaron a diferenciarse del profesional especializado. La carrera docente implicaba compromiso, dedicación, capacitación en metodología de la enseñanza, aprendizaje de técnicas docentes y conocimiento de sistemas de evaluación, y pese a no ser adecuadamente remunerada, atrajo a un selecto número de anestesiólogos que la asumieron y se escalafonaron hasta el nivel más alto de profesor titular, atravesando todos los niveles previos establecidos.

Ese recorrido les exigió, además del compromiso de cualificarse en su rama de desempeño, formarse en otras disciplinas complementarias: se hicieron maestrías en docencia o epidemiología, y fue de gran importancia el aprendizaje y la suficiencia en una segunda lengua. El ascenso en el escalafón no solo venía dado por el paso del tiempo, sino por la producción intelectual escrita que debía presentarse en cada nivel, publicaciones cada vez más exigentes para revistas indexadas nacionales e internacionales, o concebidas como material educativo o libros especializados. Las convocatorias actuales para ingresar o ascender en la carrera docente implican no solo el conocimiento en la materia de enseñanza, sino la presentación de proyectos académicos, exámenes de suficiencias diversas y el paso por presentaciones públicas ante jurados especiales.

La carrera docente brinda enormes satisfacciones, estatus y reconocimientos, y a medida que se avanza en ella mejoran los reconocimientos económicos. Hoy la calidad de los programas se mide, entre otros parámetros, por la categoría de sus docentes, algo que en anestesia ha sido un factor relevante para el desarrollo de la especialidad, sustentado en egresados cada vez mejor formados.

LA SELECCIÓN DE LOS ASPIRANTES A ANESTESIÓLOGOS

El ingreso al estudio de la especialidad ha evolucionado desde la época en que había que buscar quién quisiera estudiarla, como en el caso de la escuela del Dr. Marín, quien debió iniciarla con hijas de médicos y monjas, pues no logró motivar a profesionales de la salud para que se matricularan; o el caso de "los 12 apóstoles" de Medellín, que recibieron ese nombre porque se presagiaba que no sobrevivirían económicamente con el ejercicio de la anestesia.

Poco a poco las cosas cambiaron y cada vez se presentaban más aspirantes a los programas de residencia. La enseñanza de la anestesia en el pregrado les daba a los estudiantes una visión diferente de la especialidad, y como con los conocimientos adquiridos podían aplicar anestesias en el año rural, se les abría la expectativa de estudiar la "nueva" especialización. Hoy el ingreso a una residencia de anestesia es casi una suerte, además de que la calidad de los médicos aspirantes debe ser muy alta. La anestesia se ha convertido en la especialización que más aspirantes atrae, sobrepasando significativamente a otras especialidades, algo que ha hecho que a los programas lleguen médicos con hojas de vida sorprendentemente excelentes.

Un ingreso a un programa de anestesia en la actualidad implica tener una hoja de vida que evidencie promedios calificados en la carrera y publicaciones en revistas de calidad, así como competir en un examen de medicina, ratificar la suficiencia en un segundo idioma y presentarse a una entrevista para la selección final. Este proceso asegura la excelencia de los médicos que ingresan a las residencias y la calidad de los profesionales que se forman en ellas.



Mascarilla de anestesia

LA INVESTIGACIÓN

Entre 1951 y 1954, solo en la Universidad Nacional se presentaron 141 tesis de grado referidas a la anestesiología, y si bien estas no se pueden considerar investigaciones propiamente dichas, sí constituyen estudios sobre el tema (5). La primera oportunidad en que se mencionaron estos trabajos académicos como requisito para ser anestesista fue en 1951, en el seno de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, cuando se definió que "[…] para los médicos anestesistas el curso será de un año. Además deben presentar un trabajo de tesis" (41).

El Comité de Anestesiología de ASCOFAME no incluyó en los requisitos para la certificación la presentación de un trabajo de grado, pero poco a poco las universidades fueron incluyéndolo, aunque no como una investigación, sino como parte del currículo, el cual incluía además una asignatura sobre metodología de la investigación y tener "experiencia investigativa" como autor o como parte de investigaciones desarrolladas por los docentes, de preferencia en líneas de investigación institucionales.

La investigación como un requisito en la formación del residente solo apareció desde los seminarios de 1987 en adelante, pues antes se

EL INICIO DE LOS PRIMEROS SERVICIOS Y POSGRADOS DE ANESTESIA EN COLOMBIA

pensaba que no tenía cabida en la formación de especialistas, lo cual fue respaldado por la Ley 80 de 1980, que definió como opcional el componente investigativo en las especializaciones, reservándolo como obligatorio solo para maestrías y doctorados (93). No obstante, un grupo de docentes insistieron y lograron que la investigación se posicionara en los programas, al establecerse la obligatoriedad de presentar un trabajo de grado e introducirse los componentes investigativos en los planes de estudio. Pero cuando esto ya sucedía y se empezaban a ver los frutos en los congresos, la Ley 30 de 1992 dio al traste con todo (70).

Sin embargo, las universidades hicieron caso omiso de esto, y en cambio se impuso el concepto de que una universidad debe tener programas de docencia, investigación y extensión, por lo cual se fortalecieron las exigencias para sus docentes, y se estimuló y privilegió la investigación como uno de los requisitos de calidad. Esto impactó poco a poco la anestesia, y con las exigencias de calidad para la publicación de artículos en la revista de la S.C.A.R.E., se fortaleció indirectamente el espíritu investigativo de los anestesiólogos.

Recientemente la Sociedad, a fin de mejorar la calidad de las publicaciones de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, ha lanzado convocatorias de investigación para financiar proyectos, buscando fortalecer su calidad respecto a los que antes se presentaban, los cuales se inscribían "en el último momento", y tenían mucha participación de los residentes y poca de los profesores, lo que evidenciaba que los docentes no estaban muy comprometidos con la investigación. Pero en la actualidad se puede decir que ya hay docentes participando, profesores activos que aportan sus perfiles para las convocatorias de la Sociedad o de Colciencias, y además docentes de otras disciplinas y entidades, como las instituciones hospitalarias donde se adelantan proyectos liderados por la S.C.A.R.E. Como lo manifiesta el actual director de la revista, el Dr. Javier Eslava-Schmalbach,

Se puede decir que en el capital intelectual se tienen las tres vertientes: el capital humano, el capital estructural y el capital relacional; en el capital humano la S.C.A.R.E. ha mejorado mucho, al Centro de Desarrollo Tecnológico están entrando personas con formación en investigación, más sólidas, que apalancan los procesos de investigación. Pero adicionalmente, en el capital relacional, estamos articulando la Sociedad con investigadores júnior y sénior de otras universidades y algunos que tienen relación con la S.C.A.R.E., bien sea a través de la Sociedad de Anestesiología como socios anestesiólogos, o a través de FEPASDE, porque están en el fondo solidario (94).

El desarrollo de los posgrados de anestesia en Colombia ha crecido de manera importante, llegando en 2016 a un número de 24 programas aprobados oficialmente.

En sus etapas iniciales, la formación del recurso humano fue responsabilidad de los hospitales, los cuales en principio formaron, según sus necesidades, a personal no médico, y después vincularon a profesionales que se dedicaban parcialmente a la anestesia, algunos de los cuales tomaron en definitiva esta especialidad como su modalidad de ejercicio dentro de la medicina. Al momento de la fundación de ASCOFAME como ente rector de la educación médica en Colombia, cinco hospitales formaban médicos en anestesia: el Hospital San Juan de Dios y el Hospital San José en Bogotá, el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín, el Hospital Evaristo García del Valle y el Hospital Universitario de Caldas, algunos de ellos con vinculación institucional a una universidad, pero sin aval o reconocimiento académico por parte de estas.

Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional de Colombia

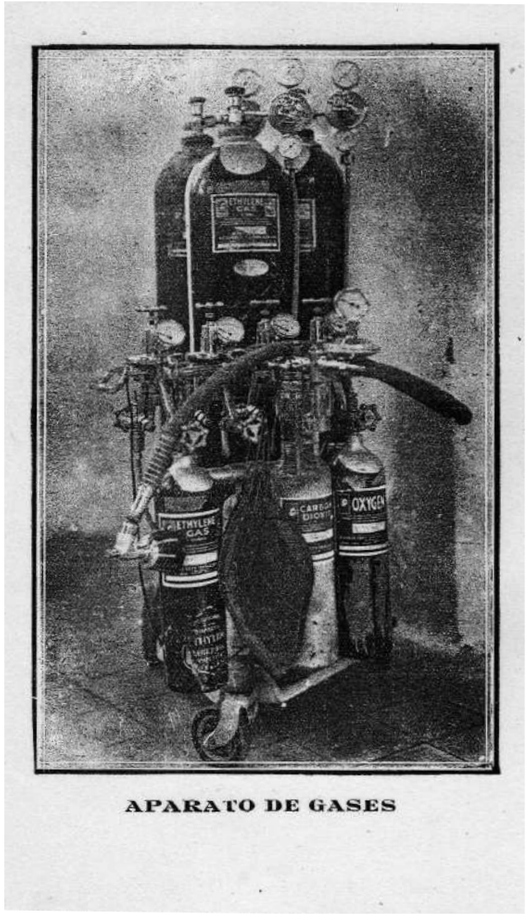
Este fue uno de los primeros centros de desarrollo de la anestesia en Colombia. Puede atri-

buirse su apertura de la formación de médicos en anestesia al Dr. Aníbal Galindo, que siendo estudiante en 1952 se preocupó por formar personal en la especialidad (12). Pero este proceso se consolidó en 1954 con el regreso del Dr. Gustavo Delgado de Estados Unidos, quien ese año organizó el primer curso de posgraduados dirigido a médicos.

En 1959 la universidad reglamentó los programas de residencia en cirugía general y especialidades, formalizando el posgrado de anestesiología. Los Dres. Jaime Casasbuenas y Germán Muñoz iniciaron conversaciones con las directivas de la facultad a fin de establecer las residencias en la unidad de anestesia, que se oficializaron definitivamente en 1961. En esa época fueron docentes el Dr. Germán Muñoz, jefe de la sección de anestesiología que dependía del departamento de cirugía, el Dr. Jaime Casasbuenas, y posteriormente el Dr. Fernando Vásquez Ordóñez con el cargo de instructor (95). A principios de 1962, el Dr. Fernando Flórez se vinculó a la Facultad de Medicina al comenzar su carrera universitaria de posgrado, y en compañía del Dr. Germán Muñoz contribuyó a la implementación de la enseñanza de la anestesiología en el pregrado en 1963, así como a la creación de la especialidad de anestesiología en 1959 (95).

Hospital San José

Es considerada la segunda institución hospitalaria en organizar un servicio de anestesia y la primera en adquirir un equipo de gases, que sería manejado por el interno Rogelio Salcedo, quien se preparó para ello en la "Casa de salud de Marly" y con el Dr. Peña, para luego servir en el San José en 1931. También aplicaba anestesia con ese equipo el Dr. Manuel A. Bernal Ruiz, quien asegura haber solicitado los aparatos de circuito cerrado para anestesia y el nuevo gas ciclopropano (96). En ese entonces se aplicaba cloroformo y balsoformo con el aparato de Richard o con mascarillas hechas de compresas, y el éter con el aparato de Ombredanne. Se usaba también la mezcla de Scheleich: éter, cloroformo y cloruro de etilo, así como raquianestesia con siscaína y tutocaína (96-97). El ciclopropano se empezó a usar en 1938 en circuito cerrado a 40 % y se le llamó "el *champagne* de los anestésicos". Hacia 1962 se empezó a usar en obstetricia el trilene (tricloroetileno), diseñado para uso de la parturienta, administrado con su dispensador especial y sin la aplicación de oxígeno. En 1940 llegó de Estados Unidos el Dr. Juan J. Salamanca, primer anestesiólogo formado en escuela con que contó el país, quien hizo su entrenamiento en el *Massachusetts General Hospital* (98).



▲ Aparato de gases incorporado al Hospital San José hacia 1931, para aplicación de etileno, dióxido de carbono y oxígeno (97).

La era docente del hospital se inició en 1945, cuando fue nombrado jefe de anestesia el Dr. Juan Marín, quien en 1947 inició la escuela de anestesia; antes de eso, las anestesias las administraban las monjas, algún empleado o los estudiantes, generalmente por castigo (98).

El hospital tuvo éxito formando especialistas, pero después tuvo una época de olvido y oscuridad que se acentuó por el conflicto con el Seguro Social. En 1970, luego del cierre del programa por ASCOFAME, el Dr. Rafael Peña Castro fue llamado por la Sociedad de Cirugía de Bogotá a ocupar la jefatura del departamento de anestesia, para la época adscrito a la Universidad del Rosario. Fue el Dr. Peña quien llevó el programa de entrenamiento y el departamento de anestesia a un lugar de preeminencia, con una profunda reorganización de la instrucción a los estudiantes de pregrado y posgrado, así como a los residentes rotatorios de otros hospitales de Bogotá.

El hospital, fundado y adscrito a la Sociedad de Cirugía de Bogotá desde su fundación en 1903, pasó a depender, en sus actividades académicas, de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), cuando terminó su vinculación con la Universidad del Rosario, y hoy ofrece un programa de anestesia de cuatro años.

Hospital San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia

En 1948 el Dr. Iván Gil Sánchez, recién llegado de Estados Unidos, organizó un curso de anestesia avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, al que se inscribieron "los 12 apóstoles". En 1950, después del "Informe Volpitto" y del regreso al país del alumno del Dr. Volpitto, el Dr. Nacianceno Valencia, se inició la enseñanza de la anestesia. En 1954 se creó la especialización y se dictó el primer curso organizado y dirigido por el Dr. Valencia, al principio de un año de duración y después ampliado a dos años.

En 1958 se inició el primer programa de enseñanza de anestesia en la modalidad de residencia, primero con una duración de un año y después de dos años, organizado por los Dres. Samuel Jiménez, Nacianceno Valencia y Gabriel Betancur (12). Los primeros residentes fueron los Dres. Hernando Buriticá, Daniel Hincapié, Martín Segura, Luis Cerezo, Cástulo Gonzales y Jairo Restrepo. El primer jefe del servicio fue el Dr. Jiménez, quien daba una clase como parte del currículo de cirugía, y cuyos colaboradores en labores de organización fueron los Dres. Carlos Mesa y Marceliano Arrázola. Este programa fue aprobado por primera vez en 1966 por parte de ASCOFAME.

La Escuela de Anestesia de la Universidad de Antioquia puede ser la primera que estableció la enseñanza de anestesia en el currículo de la carrera de Medicina, buscando que los egresados resolvieran el problema de la deficiencia de personal preparado (anestesistas) para atender los problemas quirúrgicos de las regiones apartadas de Medellín, lo cual se solucionó en ese entonces de manera coyuntural.

Otro aspecto liderado por la anestesia antioqueña fue el inicio del programa de residencias. La primera etapa de formación de un especialista es muy compleja debido a la cantidad de temas que debe estudiar, entender y aplicar para el ingreso a la sala de cirugía. Teniendo en cuenta esta circunstancia, se desarrolló el Curso de Introducción a la Anestesia (CIA) en 1963, donde el estudiante de posgrado, en los tres primeros meses de residencia, revisa los temas básicos de su formación y puede así desarrollar su actividad en el quirófano con conocimientos que después deberá profundizar.

Universidad del Valle

Los primeros años de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle transcurrieron, desde el punto de vista de la enseñanza clínica, en

el único hospital que existía entonces en Cali, el San Juan de Dios, ubicado en la carrera 4 entre calles 17 y 18, donde se dieron los primeros pasos en la docencia clínica y quirúrgica. El mes de febrero de 1956 marcó una etapa de progreso en el desarrollo de la facultad, al inaugurase e iniciarse actividades en el Hospital Departamental, posteriormente Hospital Universitario del Valle Evaristo García, ubicado en el barrio San Fernando (99).

Ese mismo año se organizó la Escuela de Anestesia de la Universidad del Valle y su primer director fue el Dr. Alfonso Parra, quien estuvo en el cargo hasta el año siguiente, cuando lo reemplazó el Dr. José Vicente Sandino. La escuela contaba con un grupo de docentes integrado por Roberto Nel Peláez, Jacobo Leby, Arnobio Vanegas y Hernando Barreto. Los primeros residentes, en el año 1958, fueron el boliviano Carlos Castaños, Ricardo Martínez y Yesid Molina. En esa época el servicio de anestesia estaba adscrito al departamento de cirugía, pero en enero de 1971 se deslindó y obtuvo autonomía, y el 28 de mayo de 1976, por la Resolución 155 del Consejo superior de la Universidad del Valle, se creó el departamento de anestesia (73, 100). La escuela fue pionera en la organización de la docencia, y en esta labor estuvo tutelada por la Universidad de Tulane, convirtiéndose casi en su sucursal. Muy importante fue su labor en la formación de médicos extranjeros, especialmente bolivianos.

Universidad de Caldas

La situación que se vivía en los años 1958-1960 en Caldas era crítica en materia de anestesia, pues solo ejercían la especialidad el Dr. Gómez y el Dr. Hernán Cuartas, quienes no lograban cubrir las cuatro instituciones de la ciudad, entre hospitales y clínicas. En 1959 el Dr. Gómez formó en servicio a los estudiantes de medicina José Aníbal Marín y José Posada Díaz Granados, quienes cursaban el cuarto año de carrera. El Dr. Marín ejerció la anestesia a través de los pueblos del "Viejo Caldas", cubriendo necesidades no resueltas de la región; en cuanto al Dr. Posada, se retiró de la anestesia, se formó en cardiología en México y se convirtió en líder del desarrollo del cuidado intensivo cardiovascular en Ibagué.

En septiembre 20 de 1961 los internos Pedro Bonivento y Bernardo Ocampo, que en ese momento terminaban su formación médica, iniciaron la "residencia" de anestesia en el primer programa formal de posgrado de toda la universidad, comenzando así la "Escuela de Manizales". El programa recibió su aprobación oficial en 1963 y ha formado a más de 130 especialistas que en la actualidad ejercen la especialidad a todo lo largo y ancho del país (101). Sus actividades se desarrollaban en el Hospital Universitario de Caldas, el Hospital Infantil Rafael Henao Toro y el Hospital Universitario Santa Sofía.

Universidad Javeriana, Hospital San Ignacio

La Escuela de Anestesiología del Hospital Universitario San Ignacio inició sus labores en marzo de 1959, con motivo del traslado del departamento de ginecología y obstetricia a estas instalaciones, por la necesidad inminente de contar con profesionales de la anestesia en forma continua. Inicialmente se contó con la asistencia de los Dres. Liborio Orejuela y Eduardo Solano, quienes en el último año de medicina habían recibido entrenamiento en anestesia bajo la dirección del Dr. Juan Marín.

A finales de 1960 se conformó el servicio de anestesia con una dirección organizada, en cabeza del Dr. Eduardo Abella, quien inició la docencia teórica a estudiantes de pregrado en el último año de medicina. El Dr. Gerardo Ramírez, que había iniciado sus labores en 1961 en anestesia



Martillo de reflejos

obstétrica, fue reemplazado dos años más tarde por el Dr. Nelson Rojas, egresado del Hospital San José. Y el Dr. Eduardo Abella fue reemplazado por el Dr. Liborio Orejuela Devis en 1964. En 1965 se creó el departamento de anestesia y se nombró como director y jefe de salas de cirugía al Dr. Jorge Colmenares Espinosa, egresado de la Javeriana y especializado en anestesiología en el Hospital Bethel de Nueva York.

El programa de residencia se inició en 1965 y su primer residente fue el Dr. Jairo Delgado. La enseñanza de las ciencias básicas en anestesiología en el pregrado tomó un impulso importante con el aumento del número de conferencias a los estudiantes de medicina, y en 1967 se implementó la práctica asistencial de los médicos internos por periodos de un mes en el Hospital San Ignacio. En 1965 ingresaron los Dres. Edgardo Corrales y Marcelino Polanco con el nuevo cargo de instructores, y en 1968, el Dr. Leonel Díaz.

Hospital Militar

Inició sus actividades el 25 de abril de 1962 bajo la denominación de Centro Médico Docente Asistencial, con programas de posgrado estructurados casi desde su creación. El servicio de anestesiología comenzó a funcionar de forma temprana en 1949, y su primer jefe fue el Dr. Joaquín Prado Villamil (102).

En 1965 se iniciaron las actividades docentes, dándose énfasis a su carácter de centro médico para graduados en asocio con la Universidad Nacional, después con la Universidad Javeriana y más tarde con la Universidad del Rosario; contaron con la dirección del Dr. Luis Jorge Benedetti, a quien sucedió el Dr. Juan Marín y posteriormente el Dr. Octavio Adaime, quien mantuvo la actividad docente para un grupo de seis residentes. En 1967 fue encargado de la jefatura el Dr. Julio Enrique Peña, quien reorganizó el plan académico con temas básicos de fisiología, farmacología, cardiología y técnicas anestésicas.

El programa de posgrado de dos años se inició en 1971, avalado por la Universidad Javeriana hasta 1979, y a partir de 1978 se estructuró en tres años. Después fue asumido por la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Militar Nueva Granada, en la cual pasó a ser un programa, con labores iniciadas en el primer semestre de 1979. Posteriormente sus jefes fueron los Dres. Mario Mejía y Luis Carlos Hernández.

POSGRADOS DE ANESTESIOLOGÍA VIGENTES EN 2016, SEGÚN DATOS DE LA S.C.A.R.E.

Posgrado	*Ciudad*	*Directivos*
Universidad de Antioquia	Medellín	Elmer Gaviria
Universidad Metropolitana	Barranquilla	Jorge Bolaños
Universidad Autónoma de Bucaramanga	Bucaramanga	Germán William Rangel
Universidad Nacional de Colombia	Bogotá	José Francisco Valero
Universidad de la Sabana, Hospital de la Samaritana	Bogotá	Jairo Pérez
Universidad Militar Nueva Granada	Bogotá	Hans Fred García Eduardo Daza Gili
Universidad de la Sabana	Bogotá	Fernando Ríos
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS)	Bogotá	Luis Eduardo Reyes
Universidad Javeriana, Hospital San Ignacio	Bogotá	Reinaldo Grueso Fritz Gempeler
Universidad El Bosque	Bogotá	Fernando Aguilera
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque	Bogotá	Enrique Arango Leopoldo Ferrer
Universidad del Rosario	Bogotá	Germán Andrés Franco
Universidad del Rosario, Hospital de Kennedy	Bogotá	Geovanny Rodríguez, Carlos Espitia Vargas
Unisanitas, Clínica Reina Sofía	Bogotá	Pedro Ibarra
Universidad de Caldas	Manizales	Juan Camilo Gómez
Universidad del Cauca	Popayán	Claudia Nayibe Nelson Palechor
Universidad Pontificia Bolivariana	Medellín	Alejandro Upegui
Universidad de Cartagena	Cartagena	Roberto Palomino
Universidad Industrial de Santander	Bucaramanga	Rafael Enrique Serrano
Universidad del Valle	Cali	Hugo Medina Elmer Paredes
Universidad CES, Clínica Valle del Lili	Cali	Mario Hernán Villegas
Universidad CES	Envigado	Jorge Alberto Arias
Universidad del Sur de Colombia (USCO)	Neiva	Jorman Tejada Andrés Rubiano
Universidad del Sinú	Cartagena	Juan Antonio Eljaiek

LA LUCHA POR EL NACIMIENTO Y EL DESARROLLO DE UNA ESPECIALIDAD

En este recorrido a través de los desarrollos de la formación del recurso humano y en los demás capítulos de esta historia, se evidencian las dificultades para el reconocimiento de la anestesia como una especialidad, por una resistencia que venía en su mayor parte de las especialidades quirúrgicas.

El cirujano, hacia los años 40 y 50 del siglo pasado, era el único profesional de la medicina en sala de cirugía, y así no estuviera certificado como especialista, su autoridad era incuestionable y en muchos casos exagerada. En ese espacio quirúrgico, además de él, solamente trabajaba personal de la salud no profesional: ayudantes de enfermería, instrumentadores, monjas y el ayudante de cirugía, que muchas veces ni siquiera era médico o era un estudiante de medicina con alguna experiencia. Todos estaban entrenados en la estrategia conocida como "formación en servicio"[2]. Era el cirujano quien dirigía todo dentro del quirófano: decidía la modalidad de anestesia y orientaba a quien la aplicaba, y no pocas veces él mismo la aplicaba y operaba.

En este contexto llegó el médico cloroformista y luego el anestesista, y si bien al principio este tuvo una condición de empírico en anestesia, fue el segundo profesional de la medicina que ingresó al quirófano. El cirujano conservó su autoridad y empezaron a surgir enfrentamientos en la forma de conducir el acto quirúrgico desde una perspectiva integral. El médico responsable de la anestesia comenzó a tener un panorama más amplio de lo que sucedía en el ambiente de la sala de cirugía en comparación con el mismo cirujano, quien estaba concentrado en el acto quirúrgico. Este "conflicto" se profundizó cuando surgieron las escuelas de especialización y el anestesiólogo ocupó su espacio en la sala de cirugía como parte del grupo quirúrgico según la noción de "trabajo en equipo", como se concibe en la actualidad.

El enfrentamiento en el quirófano, a veces de características dramáticas pese a los esfuerzos de muchos en busca de una integración y a los intentos de conformación de un equipo, se trasladó al ambiente hospitalario y al académico.

La anestesia buscó su identidad dentro de los departamentos quirúrgicos de las instituciones hospitalarias y encontró serias resistencias para tener cabida en los niveles directivos. Por su parte, los "servicios de quirófanos" fueron creciendo y allí también surgieron conflictos de poder, pues el cirujano era una persona relativamente transitoria en ese espacio en comparación con el especialista de la anestesia, quien permanecía todo su tiempo de trabajo dentro del servicio. La jefatura del quirófano debía definirse, y la anestesia, sin quererlo, se fue imponiendo ante la resistencia de la cirugía, que no quería perder su autoridad dentro del espacio administrativo.

En el ambiente académico sucedió lo mismo. La anestesia buscó convertirse en un servicio y luego en un departamento, solicitando la enseñanza de la anestesia como parte de la formación del médico general en el pregrado. Son históricas las luchas por incluir los contenidos en los cu-

2 La "formación en servicio" era una modalidad de capacitación de los actores del área de la salud que no correspondía a cursos formales de instituciones educativas. Los hospitales formaban a su personal por medio de este sistema. Después se implementaron las escuelas de auxiliares de enfermería, de instrumentación o de auxiliares de anestesia, que sustituyeron poco a poco a dicho personal, considerado empírico a la luz de la educación moderna actual.

rrículos y después la enseñanza de la anestesia dentro de los programas de formación médica. En los perfiles biográficos del presente libro y de *Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I* se narran las innumerables dificultades surgidas en el marco de estos procesos.

En efecto, la oposición de los cirujanos tuvo un papel histórico en el desarrollo de la especialidad. En el interior de ASCOFAME, la creación del Comité de Anestesia tardó más de cuatro años frente a los comités de las demás especialidades, esto influido por algunos cirujanos que se oponían a su creación, alegando que la anestesia no era una especialidad. De hecho, cuando la Sociedad promovió la ley encaminada a regir la anestesia, un cirujano, Senador de la República, se opuso y "engavetó" el proyecto que ya había sido aprobado en la Cámara de Representantes, por lo que su trámite se retrasó casi cuatro años.

Las tarifas fueron otra fuente de controversias. Los cirujanos adujeron ser los dueños de los pacientes e imponían las tarifas para el anestesiólogo. Infortunadamente no siempre eran muy claros sobre lo que habían cobrado, y por otra parte, el porcentaje del 30 % que fue aceptado con el tiempo por parte del servicio de anestesia, también generaba conflictos entre los actores del procedimiento. Los intentos de cambiar la "tarifa" se convertían en serias confrontaciones que trascendían el nivel personal para llegar a instancias administrativas superiores.

Estas dificultades se fueron zanjando con el tiempo y la relación entre el anestesiólogo y el cirujano fue mejorando, en parte debido al aporte que la anestesia le dio al manejo integral de la atención del paciente, con la noción cada vez más aceptada de la medicina perioperatoria. El cirujano comprendió que el anestesiólogo era un apoyo para el éxito de su cirugía y la atención general del paciente. La acción del anestesiólogo se extendió a la visita preanestésica, al control del dolor y al cuidado posanestésico. Hoy existe un trabajo en equipo que protege la vida del paciente y mejora los resultados de los procedimientos. Cirujano y anestesiólogo comprendieron que, con su mutuo apoyo, podían realizar intervenciones quirúrgicas que de otra manera no podrían practicarse.

Por último, la Ley 100 modificó la noción de la dependencia del paciente por parte de los profesionales de la salud, con lo cual la remuneración de los servicios del cirujano y del anestesiólogo se independizó y los conflictos al respecto pasaron a un segundo plano. En la actualidad las relaciones del anestesiólogo con el equipo quirúrgico se han perfeccionado y todos caminan hacia un solo objetivo: la salud del paciente, razón de ser de la profesión médica.

En la actualidad las relaciones del anestesiólogo con el equipo quirúrgico se han perfeccionado y todos caminan hacia un solo objetivo: la salud del paciente, razón de ser de la profesión médica.



Fotóforo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: SCARE; 1999. p. 64-6.
2. De Zubiría Consuegra R. Biografía del Dr. Antonio Vargas Reyes. Temas médicos, 1973. En: Herrera Pontón J. Historia de la Anestesia en Colombia. . Temas médicos, 1973. p. 63-5.
3. Vargas Reyes A. Trabajos científicos. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
4. Álvarez Echeverry T. Cronología Comentada de la Anestesia y la Reanimación en Antioquia. En: Crónica con invitados a bordo sobre la evolución histórica de la anestesia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
5. Aguirre SH. Tiempos difíciles y tiempos nuevos para la colección de tesis de medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 1872-1954. En proceso. Universidad Nacional de Colombia; 2015.
6. Ocampo Trujillo B. Cronología de la historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E; 2015.
7. El nuevo tiempo. En: Herera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
8. Cárdenas Rey D. Itinerario histórico desde el 22 de julio de 1902. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
9. Vargas CA. Primeras anestesias con gases en Colombia. Anestesia. 1954;15.
10. Muñoz L. Historia del Hospital San José: 1902-1950. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
11. Triana Cortés S. La raquianestesia. Bogotá: Universidad Nacional; 1930.
12. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
13. Marín Osorio J. Comunicación personal, En: Herrera Pontón J. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 97-8.
14. Herrera Pontón J. La historia de los Seminarios de Educación. En: Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 204-19.
15. Scioveille Samper G. Comunicación personal. En: Herrera Pontón J. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 102.
16. Álvarez Echeverri T. De la mecánica sacrílega a la anestésica perenne. Entrevista con el doctor Juan Ramón Marín. En: Crónica con invitados a bordo sobre la evolución histórica de la anestesia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
17. SADEA. Historia de la anestesia en Antioquia. En: Anestesiología. Medellín: SADEA; 2000.
18. Jiménez LD. La vida profesional de mi padre Samuel Jiménez. Ocampo Trujillo B, editor. Medellín; 2012.
19. Otero Ruiz E. Mi paso por la anestesia y otros datos. Jorge Colmenares. Ocampo Trujillo B, Peña JE, editores. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2010.

20. Otero Ruiz E. Maestros de la Anestesia. Inauguración del XVI Congreso Colombiano de Anestesia. Rev Col Anest. 1985;13:369-73.

21. Otero Ruiz E. Mi paso por la anestesia y otros datos. Jorge Colmenares. Bogotá; 2010.

22. Ocampo Trujillo B. Institucionalización y preprofesionalización. En: Cronología de la historia de la anestesia en Colombia. e-Book. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2014.

23. Muñoz WG. La anestesiología en el currículum de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Rev Col Anest. 1992;20:6.

24. Marín Osorio J. Curso de anestesiología. Rev Col Anest. 1975;3(1).

25. Marín Osorio J. Curso de anestesiología. Rev Col Anest. 1975;3(2).

26. Marín Osorio J. Curso de anestesiología. Rev Col Anest. 1975;3(3).

27. Marín Osorio J. Curso de anestesiología. Rev Col Anest. 1975;3(4).

28. Anestesia SCd. Acta N° 18. En: SCA, editor. Libro de actas de la sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1 de junio de 1951.

29. Anestesia SCd. Acta N° 22. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2 de noviembre de 1951.

30. Anestesia SCd. Acta N° 26. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2 de mayo de 1952.

31. Anestesia SCd. Acta N° 30. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 31 de octubre de 1952.

32. Anestesia SCd. Acta N° 36. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 8 de mayo de 1953.

33. Anestesia SCd. Acta N° 49. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 4 de mayo de 1956.

34. Anestesia SCd. Acta N° 58. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 6 de noviembre de 1956.

35. Anestesia SCd. Acta N° 65. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 3 de mayo de 1957.

36. Anestesia SCd. Acta N° 67. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1957. Bogotá: S.C.A.R.E.; 7 de junio de 1957.

37. Anestesia SCd. Acta N° 70. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 6 de septiembre de 1957.

38. Anestesia SCd. Acta N° 14. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 6 de abril de 1951.

39. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.

40. Anestesia SCd. Acta Nº 15. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 27 de abril de 1951. p. 39-42.

41. Anestesia SCd. Acta Nº 16. En: SCA, editor. Libro de actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá: S.C.A.R.E.; 11 de mayo de 1951.

42. Cavalier JE. El Siglo. 13 de mayo de 1951.

43. Delgado Sierra G. Nuestra sociedad. Reglamentación de servicios profesionales. Anestesia. 1954 May-Jun;11.

44. Lapham ME, Gross EC, Berson R. Un estudio de la Educación Médica en Colombia. Antioquia Médica. 1954 Sep-Oct;4:456-78.

45. ASCOFAME. Los origenes de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Enrique Pontón J, editor. Bogotá; 2015.

46. ASCOFAME. Acta de Constitución Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá; 1959.

47. ASCOFAME. Acta N° 1. Comité Nacional de Anestesiología. Bogotá: ACFM; 20 de diciembre de 1963.

48. ASCOFAME. Acta N° 1. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá, 1 de diciembre 20 de 1963.

49. ASCOFAME. Acta N° 2. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Medellín: ACFM; mayo de 1964.

50. ASCOFAME. Acta N° 3. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Manizales: ACFM; 28 de junio de 1964.

51. ASCOFAME. Acta N° 4. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 18 de julio de 1964.

52. ASCOFAME. Acta N° 5. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 13 de febrero de 1965.

53. ASCOFAME. Acta N° 6. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Medellín: ACFM; 27 de noviembre de 1965.

54. ASCOFAME. Acta N° 7. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Medellín: ACFM; 24 de junio de 1966.

55. ASCOFAME. Acta N° 8. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 29 de abril de 1968.

56. ASCOFAME. Acta N° 9. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 18 de septiembre de 1969.

57. ASCOFAME. Acta N° 10. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 18 de agosto de 1970.

58. ASCOFAME. Acta N° 12. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas Bogotá: ACFM; 1975.

59. ASCOFAME. Acta N° 14. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas. Bogotá: ACFM; 5 de julio de 1976.

60. ASCOFAME. Acta N° 15. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas. Bogotá: ACFM; 4 de febrero de 1977.

61. ASCOFAME. Acta N° 16. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas. Popayán: ACFM; 11 de marzo de 1977.

62. ASCOFAME. Acta N° 17. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas. Bogotá: ACFM; 23 de mayo de 1977.

63. ASCOFAME. Acta N° 20. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 24 de abril de 1981.

64. ASCOFAME. Acta N° 20. Comité de Anestesiología. En: Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas, ASCOFAME 1963-1966. Bogotá: ACFM; 18 de febrero de 1982.

65. Ocampo Trujillo B. Historia de los Seminarios de Educación. Manizales: Universidad de Caldas; 1999.

66. Herrera Pontón J. La Ley 6ª de 1991. Un hito en la historia de la Anestesiología de Colombia. En: Herrera Pontón J, editor. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 221-34.

67. Aguilera Castro F. Mi vida en la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

68. Manuel GA. Mi vida en el ejercicio de la anestesia. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

69. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 3191 de 1980, Por el cual se reglamentan las Unidades de Labor Académica de que trata el artículo 40 del Decreto extraordinario 80 de 1980. [Citado 26-07-2016]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103283_archivo_pdf.pdf

70. Congreso de la República de Colombia. Ley 30, Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Bogotá; 28 de diciembre de 1992. [Citado 13-07-2016]. Disponible en: http://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_ley_3092.pdf

71. ASCOFAME. Libro de Reglamento y Actas de Comité de Especialidades Médicas Tomo I. Bogotá: A.C.F.M.; 1963-1966.

72. Flórez F. Editorial. La anestesiología en el currículum de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Rev Col Anest. 1992;20(1).

73. Peláez RN. Roberto Nel Pelaez. Relato de 12 anestesiólogos. Cali: Grupo Milenio; 2010. p. 1-17.

74. Mejía M. Editorial. Los programas de posgrado en anestesia. Rev Col Anest. 1977;5(2).

75. Ocampo Trujillo B. Editorial. Rev Col Anest. 1977;5(4).

76. Macías Mejía R. Educación en anestesia. Rev Col Anest.1982 Jul-Sep;10(3).

77. Herrera Pontón J. Editorial. Primer Seminario de Educación en Anestesia. Rev Col Anest. 1974 Oct-Dic;2(1).

78. Ocampo Trujillo B. Apuntes para la historia de la anestesia en Caldas. Herrera Pontón J, editor. Manizales; 1999.

79. SCA. Primer Seminario de Educación en Anestesia. Rev Col Anest. 1974;2(4).

80. SCA. II Seminario nacional de educación en anestesia. Manizales; 1978.

81. S.C.A.R.E. Acta de la XXXI asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación. En: Libro de actas de la Sociedad Colombiana de Anestesia. Paipa: S.C.A.R.E.; 1984. p. 87-120.

82. Medina H. Educación continuada en medicina. Rev Col Anest. 1974;2(4).

83. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia, desde 1900. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 1997.

84. Delgado Sierra G. Anestesia. 1954;1(1).

85. Ocampo Trujillo B. 4° periodo: preinstitucionalización. En: Cronología de la historia de la anestesia. e-Book. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

86. Muñoz-Wuetcher G, Casasbuenas Ayala J. Boletín de anestesiología. Bogotá; 1965.

87. Marín Osorio J. Curso de anestesia. Rev Col Anest. 1975;3(2):151-8.

88. Marín Osorio J. Curso de anestesia. Rev Col Anest. 1975;3(3):239-49.

89. Marín Osorio J. Curso de dolor. Rev Col Anest. 1975;3(4):391.

90. Anesthesia Deorum Ars. Servicio de anestesia, Universidad de Antioquia. Medellín; 1999.

91. Anesthesia deorum ars. Suplemento N° 4, Dolor. Servicio de anestesia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.

92. Primer Congreso Colombiano de Anestesia. III congreso Latinoamericano de Anestesiología. Revista del Hospital San Juan de Dios. 1956;4(18).

93. Ministerio de Educación. Decreto 80 de 1980, Por el cual se organiza el sistema de educación postsecundaria. Bogotá; 22de enero de 1980. [Citado 13-07-2016]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf

94. Eslava Schmalbach J. Entrevista personal. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

95. Ocampo Trujillo B. Jaime Casasbuenas. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia, I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.

96. Bernal Ruiz MA. Carta al Dr. Laurentino Muñoz. En: Respondiendo unas preguntas. Barranquilla; 4 de junio de 1958.

97. Bermúdez A. Informe presentado por el Dr. Andrés Bermúdez, presidente de la sociedad de Bogotá, en el periodo de 1930 a 1931. Bogotá: Hospital de San José, Sociedad de Cirugía de Bogotá; 1931.

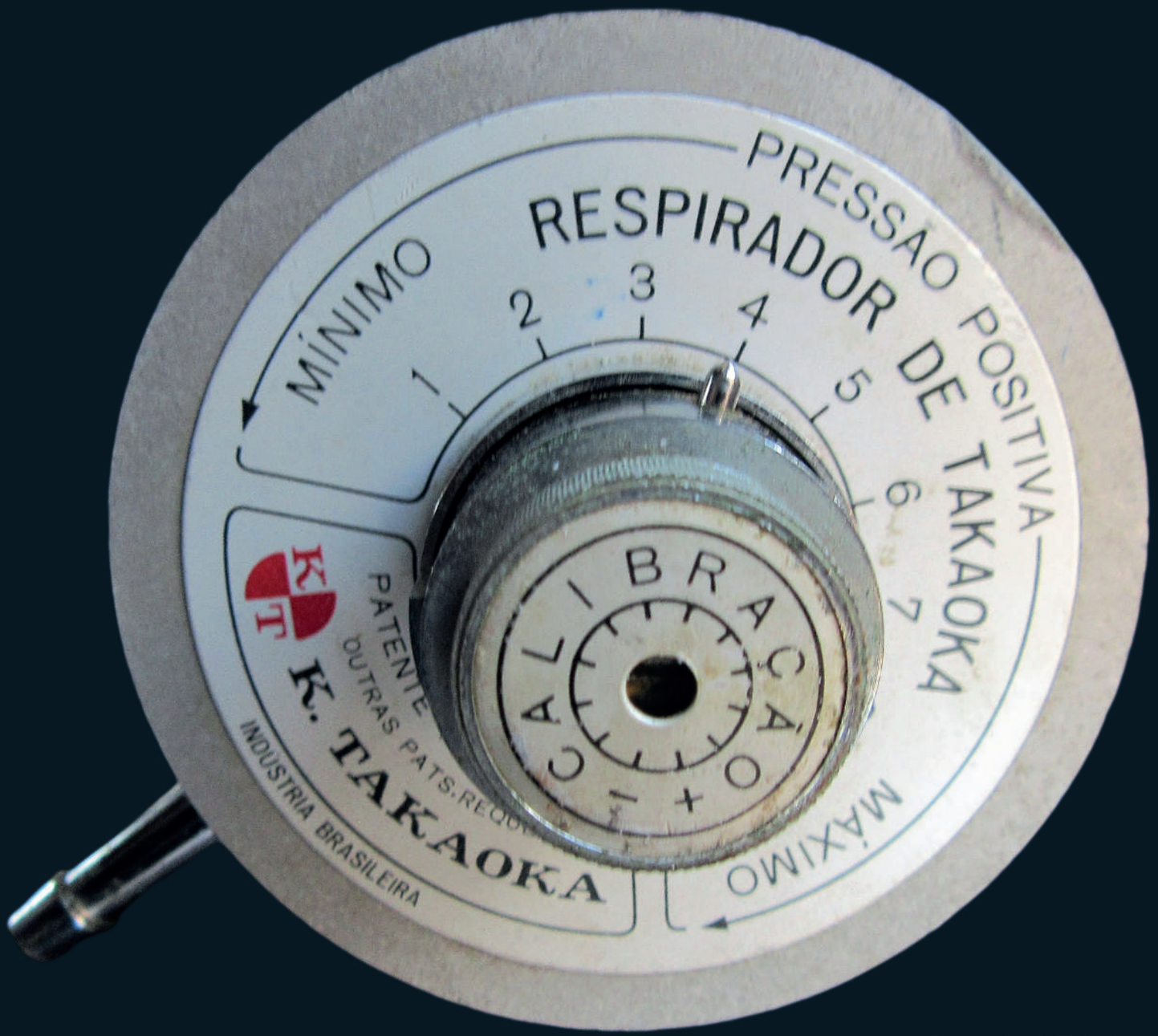
98. Castellanos C. Historias de los departamentos y servicios del Hospital San José. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2015.

99. Peláez Salazar RM. Evolución y desarrollo de la anestesiología en la división de salud de la Universidad del Valle. Ocampo Trujillo B, editor. Cali; 1996.

100. Sandino JV. José Vicente Sandino. Relato de 12 anestesiólogos. Cali: Grupo Milenio; 2010. p. 9-12.

101. Ocampo Trujillo B, Gómez Buitrago LM, Reyes Duque G, Calderon MM. 50 años del programa de especialización en anestesia. Apuntes para su historia. Manizales: S.C.A.R.E.; 2011.

102. Historia del Hospital Militar. 2010, [Citado 28-07-2016]. Disponible en: http://www.anestesiahomic.org/contenidos.php?Id_Categoria=142



Respirador de Takaoka

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO IV - APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA LEY 6ª DE 1991

Con la colaboración de los doctores:
Ignacio Ruiz Moreno,
Manuel Galindo Arias

No hay duda de que la Ley 6ª de 1991, "Por la cual se reglamenta la especialidad médica de la anestesiología y se dictan otras disposiciones", marcó un cambio fundamental en el desarrollo de la especialidad, en el crecimiento y fortalecimiento de la Sociedad Colombiana de Anestesiología (en esa época), y en el ejercicio mismo de la anestesia en el día a día por parte de sus actores, los anestesiólogos.

Para esos años existía la inquietud, estimulada por la ola de trabajos y encuestas a nivel mundial, que señalaba a la anestesia como la causante de la polución a causa de los vapores anestésicos, el estrés, etc., y de un sinnúmero de problemas como el aumento de abortos y malformaciones congénitas en el personal del área quirúrgica (1). Estos hechos llevaron a estimular el interés en que la anestesia fuera declarada una profesión de alto riesgo, con las implicaciones laborales que esto conllevaba (2-3).

Al Dr. Carlos Celis, quien fue elegido para el Congreso de la República y además fue presidente de la Sociedad en 1979, en la XXV Asamblea General de la Sociedad, en la ciudad de Cúcuta, se le solicitó tramitar una ley que contemplara la protección de la especialidad frente a estos problemas. En el informe presentado a la XXVII Asamblea reunida en Cali en 1981, el Dr. Celis afirma que "el proyecto para la reglamentación y ejercicio de la especialidad, no se pudo incluir en la Ley 23 de 1981, Ley de Ética Médica, por la gran polémica que suscitó". Mencionó los artículos en que se infringiría esta ley si se auspiciaran procedimientos como la preparación en tres meses de técnicos médicos en anestesiología. Asimismo, manifestó su decidida intención de continuar trabajando desde el Congreso de la República en este proyecto (4-5).

Este primer intento de crear una ley que reglamentara la especialidad se frustró por la estrategia de intentar incluirla dentro de la Ley 23 de Ética Médica, donde definitivamente no tenía cabida, pues el objetivo no apuntaba a reglamentar este aspecto de la especialidad. Igualmente, la intención de incluir en el texto la posibilidad de capacitar "técnicos de anestesia" en cursos de tres meses (lo que buscaba responder a la falta de especialistas en la primera época de desarrollo de la anestesia), tampoco tenía cabida en la ley enunciada. Además, esta posibilidad era duramente cuestionada por la comunidad que buscaba impulsar la especialización "completa" de anestesiólogos y que ya comenzaba a hablar de aumentar a tres años de estudio la especialización.

En la asamblea de Cúcuta se creó una comisión, presidida por el Dr. Mario Céspedes, secretario ejecutivo de la Sociedad, para recopilar la literatura existente sobre el alto riesgo que implicaba administrar anestesia, en respuesta a un trabajo realizado por él mismo en colaboración con miembros de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, titulado "Riesgos del anestesiólogo", un documento de más de 100 páginas con 280 referencias bibliográficas (4). Este documento fue entregado en la asamblea de la ciudad de Cali en 1981. A este estudio se agregó otro de 1980, preparado por otra comisión, compuesta por los Dres. Alberto Castellanos, Jaime Herrera, Carlos Julio Parra y Ernesto Rojas, sobre la reglamentación de la anestesiología en el país. Estos textos hicieron parte de la exposición de motivos del proyecto del Dr. Celis. Otro documento que aportó a la preparación de la ponencia fue el estudio de la comisión nombrada en la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología para estudio del riesgo profesional, coordinada por el Dr. Rodolfo Vega Ramos, de México; se presentó en la asamblea de la

BUSCANDO IMPULSAR LA LEY

CLASA reunida en Bahrein, Panamá, el 21 de noviembre de 1981; en dicho informe se hacía hincapié en las precarias condiciones en que trabajaban los anestesiólogos latinoamericanos (6).

Ahora bien, este no era el único intento de reglamentar las especialidades. En 1984, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas hizo contactos con el Ministerio de Salud y su ministro para presentar un proyecto de ley ante el Congreso, que regulara las sociedades científicas; se buscaba unidad entre las especialidades y motivación para la vinculación de las sociedades y sus afiliados a la asociación. Esta propuesta abortó a causa de los intereses de unos y otros particulares al respecto, y el proceso cayó en el olvido, hasta que en 1986 se revisó de nuevo. En 1987, el Dr. Ignacio Ruiz consideró importante proponer a las agremiaciones científicas impulsar ante el Congreso de la República una reforma de la Ley 14 de 1962, la cual reglamentaba el ejercicio de la medicina en el territorio, "buscando dinamizar y flexibilizar la norma para ponerla en concordancia con el momento del país y la proyección que se vislumbraba". Este proyecto también se frustró ante la imposibilidad de poner de acuerdo a los diferentes sectores médicos (7).

El 7 de octubre de 1986 se eligió la nueva Junta Directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, que quedó conformada por el Dr. Manuel Galindo como presidente, el Dr. Ricardo Carrillo como vicepresidente, la Dra. Josefina Abenosa como Secretaria, el Dr. Francisco L. Garavito como vocal, y el Dr. Ignacio Ruiz como tesorero. En el transcurso de las deliberaciones de la Junta, el Dr. Ignacio Ruiz le presentó a la directiva, y posteriormente a los delegados de Cundinamarca a la convención anual, un proyecto de ley para reglamentar el ejercicio de la anestesiología en Colombia; esta propuesta fue acogida por la seccional y se presentó el 23 de septiembre de 1987 ante la XXXVI Asamblea Nacional de Delegados de la S.C.A.R.E. realizada en Cartagena. Los Dres. Ricardo Carrillo y Manuel Galindo, en representación de Cundinamarca, sustentaron la exposición de motivos ante los delegados nacionales, estableciendo claros argumentos sobre la trascendencia del proyecto y su alcance (7).

En lo fundamental, el proyecto definía las condiciones y requisitos para ejercer como especialista de la anestesiología, las condiciones bajo las cuales se administra la anestesia en relación con las Normas Mínimas de Seguridad, la dignificación del ejercicio de la especialidad con un criterio de identidad acorde al desempeño profesional, y otros aspectos propios de sus funciones y derechos, así como la creación de un organismo controlador y fiscalizador del ejercicio de la anestesiología (2, 8). Con algunas modificaciones, en esa asamblea se aprobó el proyecto original y se ordenó iniciar la tarea de impulsarlo dentro del Congreso de la República. Con el Dr. Ignacio Ruiz, "[…] que tenía muchos amigos políticos, nos metimos a fondo a trabajar el tema, nos la pasábamos en el Congreso de la República hablando con los colegas médicos y parlamentarios" (9).

En octubre de 1987 se presentó el proyecto de ley ante la Comisión Quinta de la Cámara de Representantes, por iniciativa de la representante Martha Catalina Daniels, siendo escogido como ponente el representante Remberto Burgos. Durante el primer debate, sustentado en parte por los miembros de la Sociedad y ante los representantes de la Comisión Quinta, se hizo la exposición de motivos, soportando los argumentos de la ponencia; el proyecto fue aprobado por dicha Comisión y

"En pocas palabras, logramos establecer un modelo de control de calidad y desarrollo de la anestesia, tanto en el servicio a los pacientes como en la calidad de vida de los anestesiólogos".



Autoclave

El Dr. Ignacio Vélez "nos hizo el favor de guardarlo [el proyecto de ley] en un cajón, no presentó ponencia y no se votó en la comisión; de lo contrario, de haberlo presentarlo y haberle dado trámite negativo por su oposición, hasta ahí habría llegado el proyecto".

posteriormente por la plenaria de la Cámara, en diciembre de 1987.

Al inicio de la actividad legislativa del Congreso en 1988, se asignó el proyecto de ley en la Comisión Quinta del Senado al senador Ignacio Vélez Escobar, conocido cirujano antioqueño (uno de los propietarios de la Clínica SOMA de Medellín), quien desde un comienzo manifestó su desacuerdo frente al proyecto, tomando la decisión de no presentarlo a debate ante la Comisión. El Dr. Vélez, prestigioso cirujano, muy conservador en sus principios, estaba de acuerdo con el concepto que aún primaba en la época, según el cual la anestesia era una actividad que podía ser realizada por un técnico y no era una especialidad médica propiamente dicha. En ASCOFAME había sido parte de los cirujanos que retardaron por cinco años la creación del comité de la especialidad. A este respecto, fueron inútiles los esfuerzos de la Junta Directiva de la S.C.A.R.E. y sus filiales, especialmente la seccional de Antioquia, para modificar esta actitud. El Dr. Galindo y el Dr. Ruiz fueron a hablar con el senador Vélez Escobar a su oficina del Congreso, donde "él lo miró [el proyecto] y nos dijo 'los felicito por sus ideas pero esto no va'"; sin embargo, el Dr. Vélez "[…] nos hizo el favor de guardarlo en un cajón, no presentó ponencia y no se votó en la comisión; de haberlo presentarlo y darle trámite negativo por su oposición, hasta ahí habría llegado el trámite del proyecto" (8).

El documento aprobado por la plenaria de la Cámara en 1987 permaneció sin trámite casi dos años, e iniciadas las actividades parlamentarias en el primer semestre de 1990, se logró "desempolvarlo", siendo asignado como ponente, en la Comisión Quinta del Senado, el senador Carlos Celis Carrillo, anestesiólogo insigne de Norte de Santander y expresidente de la S.C.A.R.E., en quien se encontró un apoyo permanente para la sustentación de la propuesta. De igual modo, se mantuvo el soporte ininterrumpido de la Sociedad Nortesantandereana de Anestesiología, en cabeza del Dr. Jorge Montañez. Allí se encontraron parlamentarios que apoyaron sus tesis, como José Blackburn, Hilda Martínez de Jaramillo, Marta Catalina Daniels y Ernesto Samper Pizano. "Muchas veces fuimos al senado, Rafael Sarmiento, Ignacio Ruiz y mi persona, a conversar con los parlamentarios" (9). No se identificaba en este grupo de parlamentarios una posición política específica; en efecto, la voluntad de acompañar la propuesta se centraba más en la relación personal de los promotores de la Sociedad y en la fuerte argumentación que se ponía a consideración de ellos.

El Dr. Celis presentó el proyecto de ley ante la Comisión Quinta, en donde, después de tres debates, fue aprobado en el segundo semestre de 1990, para pasar después a la plenaria del Senado de la República, donde fue aprobado el 17 de diciembre de 1990.

LAS DEMANDAS CONTRA LA LEY 6ª DE 1991

El Dr. Ruiz dijo en esos días: "Prácticamente cuatro años después de haberse iniciado este proceso, todos los que de una y otra forma participamos en esta tarea, sentíamos y expresábamos la satisfacción plena del deber cumplido. En muchas ocasiones se dudaba de la viabilidad de nuestra propuesta; sin embargo, la persistencia y el convencimiento de ellos, triunfaron sobre el pesimismo" (8). El 16 de enero de 1991, el Presidente de la República, César Gaviria Trujillo, refrendó con su firma este acto legislativo, iniciándose así una nueva era en la historia de la anestesiología en nuestro país.

Se había logrado concretar un hecho sin precedentes a nivel nacional e incluso mundial. En efecto, una sola especialidad en Colombia, además de la anestesiología, tiene una ley que la regula: la radiología; no obstante, el fundamento de esta ley se centra en la protección de las personas vinculadas a esa especialidad, como médicos especialistas y técnicos, y las normas apuntan a los aspectos laborales que la rigen (10); ninguna otra especialidad médica en Colombia ha logrado, a pesar de los permanentes intentos apoyados en no pocos refuerzos económicos, reglamentar la especialidad. Cosa similar sucede a nivel mundial, donde prácticamente no existe una reglamentación similar que regule el ejercicio profesional de una especialidad, y menos de la anestesia. Los especialistas de la anestesia en Colombia sorprenden a sus colegas de todo el mundo cuando les comentan a estos sobre la existencia de la ley y sus alcances.

La Ley 6ª de 1991 (de enero 16), "Por la cual se reglamenta la especialidad médica de Anestesiología y se dictan otras disposiciones", concreta en su articulado las partes fundamentales de nuestra profesión: la define como tal, al otorgarle identidad propia, establece la calidad del médico anestesiólogo, las condiciones para ejercer, sus funciones y derechos y su campo de acción, y por último, se crean unos comités de control garantes del cumplimiento de la Ley. "En pocas palabras logramos establecer un modelo de control de calidad y desarrollo de la existencia, tanto en el servicio a los pacientes como en la calidad de vida de los anestesiólogos" (8).

Así narra el Dr. Galindo cómo recibieron la noticia el 6 de enero de 1991: "Estábamos en la Biblioteca Luis Ángel Arango, comenzando el año 91, celebrando un Simposio Internacional sobre Seguridad en Anestesia, cuando se socializó la noticia de que nuestra Ley era una realidad; nunca nos hemos explicado por qué el Dr. Vélez Escobar no le dio trámite y ponencia negativa a esta iniciativa; tal vez pensó que no insistiríamos o no le dio la importancia que el tema exigía" (9).

Desde sus inicios, la Ley sufrió embates desde muchos lugares de la actividad médica gremial, científica, académica, etc., al considerar muchas personas que se había entregado a la anestesia una posición de privilegio, mientras otras no ocultaron posiciones envidiosas por dicho logro.

Primera demanda

El 30 de agosto de 1994, el Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, y el Comité Interdisciplinario de Responsabilidad Profesional Pública, emitieron una declaración sobre la problemática originada con la expedición de la Ley 6ª de 1991 que regulaba la anestesiología y la reanimación, a través de la cual se planteaba un desacuerdo con esta, al considerar que sobrepasaba las posibilidades del recurso humano y tecnológico, generando "problemas de orden público, no fáciles de resolver". Este documento estaba firmado por el Director Seccional de Salud de Antioquia, Luis Carlos Ochoa, el director de la empresa social del Estado Metrosalud, Dr. Francisco Javier Espinal, y la coordinadora general del Comité Interdisciplinario de Responsabilidad Profesional del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, María Patricia Castaño de Restrepo.

El citado documento originó una comunicación enviada al Dr. Luis Carlos Ochoa por

parte de la S.C.A.R.E., a través de su secretario ejecutivo, el Dr. Ignacio Ruiz Moreno, en donde se expusieron claramente los conceptos y fundamentos en respuesta a los argumentos planteados por los demandantes.

De manera simultánea, Metrosalud y el Comité Interdisciplinario de la Responsabilidad Profesional convocaron a una conferencia de prensa, donde expusieron las diferentes razones que los asistían para motivar una reforma legislativa de la Ley 6ª de 1991. Esta reunión se convocó para el 30 de agosto de 1994 en el Auditorio Guillermo Cano Isaza, en la Alcaldía de Medellín. Los Dres. Jorge Mario Correa e Ignacio Ruiz asistieron en representación de la S.C.A.R.E. y realizaron una profunda defensa de la legitimidad y legalidad de la Ley 6ª de 1991. Allí se clarificó cuál era el mensaje de los actores de la demanda.

Uno de los más fuertes contradictores fue el rector de la Universidad Juan N. Corpas, quien sostenía que la restricción que la Ley imponía para el ejercicio de la anestesia no podía aceptarse, pues iba en contra del libre ejercicio de la medicina por parte de los médicos formados en Colombia; le tenía aversión a la Ley, y para controvertirla, publicó una página completa en el periódico en contra de ella, y con sus abogados, la demandó.

Otras demandas más

Transcurridas dos semanas desde la rueda de prensa en Medellín, fue informada una demanda de inconstitucionalidad radicada el 13 de septiembre de 1994 ante la Corte Constitucional por el abogado Javier Tamayo Jaramillo, domiciliado en Medellín, y al mismo tiempo se informó de otra demanda radicada ante la misma Corte con fecha anterior, el 16 de agosto de 1994, por el abogado Alfonso Miranda Talero, domiciliado en Santafé de Bogotá. Las dos demandas exigían declarar inconstitucionales los artículos 2, 3, 4, literal b, 9, 10, 11 y 15. Las demandas correspondieron por reparto a los magistrados sustanciadores Antonio Barrera Carbonell y Jorge Arango Mejía, respectivamente.

Los artículos demandados fueron (11):

Artículo 2°: Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrá llevar el título de médico especializado en Anestesiología y reanimación y ejercer funciones como tal:

El Colombiano de nacimiento o nacionalizado que haya adquirido o adquiera el título en medicina y cirugía de acuerdo con las Leyes colombianas y que haya realizado posteriormente su entrenamiento en un programa de Anestesiología en un hospital universitario o adscrito a una universidad debidamente aprobada reconocidos por los organismos competentes del Gobierno Nacional.

El médico que haya adquirido o adquiera el título de médico especializado en Anestesiología y reanimación en otro país, equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1: Podrá también ejercer como médico especializado en Anestesiología y reanimación aquel que con anterioridad a la vigencia de la presente Ley haya obtenido el título correspondiente otorgado por facultades o escuelas universitarias o refrendado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, legalmente reconocidas por el Estado Colombiano.

Parágrafo 2: El médico cirujano que se encuentre realizando su entrenamiento en Anestesiología dentro de un programa aprobado por el Gobierno Nacional y respaldado, autorizado y supervisado por el centro universitario y/o la facultad de medicina correspondiente.

Artículo 3°. Los médicos especializados en Anestesiología de reconocida competencia que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud Pública y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional.

Artículo 4°. Únicamente podrá ejercer como profesional de la anestesiología en el territorio nacional, aquel médico que haya realizado su entrenamiento de posgrado en anestesiología en las facultades de medicina de los centros universitarios legalmente reconocidos por el Gobierno colombiano.

Artículo 9°. El ejercicio profesional de la anestesiología y reanimación se cumplirá en todas las circunstancias y lugares donde el individuo, la familia y los grupos lo requieran en cualquiera de las siguientes formas:

Ejercicio institucional: El médico especializado en anestesiología y reanimación cumplirá con autonomía las funciones enunciadas en el artículo 7°, vinculado sin relación laboral a instituciones del sector salud, y de asistencia social hospitalaria y comunitaria de carácter oficial, seguridad social y privada y en servicios de salud dependientes de otros sectores.

Ejercicio independiente. El médico especializado en anestesiología y reanimación cumplirá con autonomía las funciones anunciadas en el artículo 7° vinculado sin relación laboral a instituciones del sector salud, y asistencia social hospitalaria y comunitaria de carácter oficial, seguridad social y en servicios de salud dependientes de otros sectores. En relación a los honorarios profesionales producto del ejercicio independiente de la especialidad, las entidades se someterán a las tarifas reglamentarias por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, S.C.A.R.E. y el Gobierno Nacional.

Artículo 10°. Las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial de seguridad social y privada solo vincularán médicos especializados en Anestesiología y reanimación en el área correspondiente de acuerdo con preceptos establecidos en la presente Ley.

Artículo 11°. Los cargos de dirección y manejo orgánicamente establecidos en instituciones oficiales, seguridad social, privada o de utilidad común "relacionados en el área específica de Anestesiología", serán desempeñados únicamente por médicos especializados en Anestesiología y reanimación de nacionalidad colombiana.

No ha habido mucha claridad en los argumentos de los diferentes demandantes, quienes enfocaban el ataque a la Ley 6ª desde diferentes puntos de vista. A partir de conversaciones con actores de la época, cabe resaltar algunos puntos de las demandas:

- Confusión en el objetivo de la Ley. Pensar que se pretendía definir el qué, el cómo y el con qué se debía administrar la anestesia. Lo que se buscaba realmente era establecer quiénes sí y quienes no podían administrar anestesia en Colombia.

- Se vivía una época especial de dificultades en cuanto al número de especialistas de la anestesia para atender las necesidades locales, regionales y nacionales, y la Ley aparentaba restringir aún más esa situación.

- En la época –décadas del 70 y 80–, la anestesia no era universalmente aceptada como una especialidad, y fuerzas del sector quirúrgico se oponían a su desarrollo. Muchos cirujanos aún "ponían" la anestesia y ellos mismos operaban; la anestesia era supervisada por personal auxiliar con entrenamiento en servicio.

- El entrenamiento de técnicos de anestesia seguía siendo una opción y algunas escuelas de medicina intentaban organizar cursos para prepararlos.

- La certificación de los especialistas, ya definida por ASCOFAME desde 1965, no era una opción para quienes ejercían la anestesia empíricamente, sin entrenamiento formal en una escuela universitaria. Había mucha resistencia para certificarse con la opción "por derecho adquirido", que operaba para todas las especialidades, incluida la anestesia.

- Todos estos hechos y otros más se sumaron para oponerse a la Ley que reglamentaba el ejercicio de una especialidad creciente y que ingresaba al ambiente quirúrgico con fuertes argumentos científicos.

LA DEFENSA DE LA LEY

Dos publicaciones fueron, inicialmente, las respuestas a estas demandas. La S.C.A.R.E. publicó, a través de su secretario ejecutivo, el Dr. Ruiz, un documento ante la opinión pública, el cual rechazaba las demandas y planteaba una clara defensa de los pacientes y del ejercicio de la anestesiología. Por su parte, el Dr. Rafael Macía Mejía, fiscal de la S.C.A.R.E., publicó otro documento en defensa de la Ley desde la ciudad de Manizales.

En una reunión extraordinaria de la Junta Directiva de la S.C.A.R.E., se decidió contratar los servicios de un abogado constitucionalista para impugnar ante la Corte Constitucional las pretensiones de la demanda de inexequibilidad presentada por los ciudadanos Alfonso Miranda Londoño y Javier Tamayo Jaramillo contra el contenido de la Ley. La Corte había decidido agrupar las tres demandas y estudiarlas conjuntamente.

El 14 de octubre de 1994 se escogió al abogado Ramiro Borja Ávila para impugnar las demandas y realizar la gestión de la defensa. El Dr. Rafael Macía Mejía, fiscal de la S.C.A.R.E., invocando "el derecho de intervenir como defensor de las normas en proceso promovidas por otros que se adelanten en la Corte Constitucional", consagrado en el Artículo 242 de la Constitución Política de Colombia, solicitó la exequibilidad de los artículos demandados. El abogado Ramiro Borja Ávila presentó ante la Corte Constitucional la impugnación dentro de los términos establecidos, con excelente material probatorio en defensa de los artículos demandados. Llamó profundamente la atención el comportamiento del señor Viceprocurador General de la Nación, Orlando Solano Bárcenas, quien después de realizar una de las exposiciones más claras y bien documentadas entre las anexas al proceso acerca del ejercicio de la anestesiología y sus implicaciones, concluyó su intervención, de manera sorprendente, poniéndose de parte de los demandantes.

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 16 de noviembre de 1994, por la complejidad e importancia del asunto y por solicitud de uno de los magistrados sustanciadores, decidió citar a audiencia pública al Ministro de Salud, al representante legal y al fiscal de la S.C.A.R.E., al presidente de la Academia Nacional de Medicina, a la Representante Martha Catalina Daniels, al Procurador General de la Nación, a los abogados demandantes Alfonso Miranda Londoño y Javier Tamayo Jaramillo, y al abogado Ramiro Borja Ávila como único ciudadano interviniente dentro del proceso.

Un importante grupo de personajes participaron de manera activa en el proceso de defensa, con diferentes posiciones frente a la Ley 6ª de 1991: la gallarda y favorable del Dr. Gilberto Rueda Pérez, presidente de la Academia Nacional de Medicina; la ambigua y contradictoria del Dr. Alonso Gómez, Ministro de Salud y anestesiólogo; la acertada y contundente del Dr. Jorge Mario Correa, presidente de la seccional de anestesiología de Antioquia, quien, en uso de la palabra, presentó una serie de argumentos y aclaraciones acerca de la génesis de la demanda del abogado Tamayo Jaramillo, en la que se identificaba un organismo del Estado atacando subrepticiamente una Ley de la República; y finalmente, la de los representantes de la S.C.A.R.E., Dres. Rafael Macía y Manuel Galindo, quienes, conjuntamente y de acuerdo con lo expuesto por el Dr. Borja, definieron de manera clara el argumento central de la defensa acogido por la Corte Constitucional: "[…] la Ley 06 de 1991 reglamenta el ejercicio de la especialidad y no la aplicación de procedimientos anestésicos".

El Dr. Macías narra el momento en que le correspondió participar en la defensa de la primera demanda:

Hice un escrito con todas las de la ley y se lo mandé a la Corte; el documento no ingresó como defensa, pero fue leído por ellos, pues se mencionó en las

discusiones. Solicité que me dejaran participar en la sesión pública que se programó, una audiencia pública de la corte con los atacantes y defensores de la Ley, y tuve la buena fortuna de que me tocó hablar de antepenúltimo, y el último era el abogado contratado como defensor. Llevé preparadas unas notas en una libretica; cuando empiezo a escuchar a los atacantes decir una cantidad de barbaridades, empecé a anotar y me tocó reescribir otro discurso completamente distinto, para poder responderles; no dije nada de lo que llevaba planeado, sino respuestas a sus argumentos. La tesis central que se presentó fue que "[…] esta no es una ley que regula la práctica de la anestesia, sino quién ejerce o no la anestesia, aquí no están diciendo si se puede dar anestesia con esto o aquello, si se puede o debe inyectar tal cosa, eso no se menciona para nada; dice que quienes ejercen la especialidad de la anestesiología son los que se entrenaron y esos son los que tienen que ser tenidos en cuenta, no dice más. Todo lo demás está completamente salido de término, no tiene nada que ver". Tuve la sensación de haber acertado (12).

La otra presentación definitiva de la defensa fue la del Dr. Manuel Galindo, quien hizo un resumen comparativo; el abogado defensor, cuando salió de la reunión, alabó su intervención. Por su parte, el Dr. Gilberto Rueda Pérez, con quien se estaba trabajando en ese momento en el proyecto de la Asociación Médica Colombiana, también hizo una férrea defensa de la Ley 6ª.

Fue un enorme esfuerzo compensado en su totalidad con la sentencia final de la Corte Constitucional, un inmenso triunfo de la anestesiología en Colombia y de los pacientes, frente a quienes se buscaba frenar un aspecto histórico de la medicina en el país.

Quedó claro que la posición planteada por el abogado defensor y por los representantes de la S.C.A.R.E. durante la audiencia pública fue definitiva en la sentencia proferida por la Corte Constitucional, la cual, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución, resolvió, en Sentencia C-280/95 del 29 de junio de 1995, declarar exequible la Ley 6ª de 1991, salvo dos apartes del artículo 2°: la expresión "colombiano de nacimiento o nacionalizado" y la palabra "nacionalizado".

Había transcurrido prácticamente un año a lo largo del cual la S.C.A.R.E. y el abogado defensor lucharon hombro a hombro para mantener vigente la Ley 6ª de 1991. Fue un enorme esfuerzo compensado en su totalidad con la sentencia final de la honorable Corte Constitucional, un inmenso triunfo de la anestesiología en Colombia y de los pacientes, frente a quienes se buscaba frenar un aspecto histórico de la medicina en el país.



Esterilizador, 1945

LA REGLAMENTACIÓN DE LA LEY

Tan complejo y difícil como fue lograr la Ley 6ª de 1991, así fue también su reglamentación (13). Desde la promulgación de la Ley se hicieron esfuerzos permanentes frente a la necesidad de una adecuada reglamentación acorde con los principios contemplados en ella. El 12 de enero de 1996, casi cinco años después de la sanción presidencial, se logró el primer Decreto Reglamentario No. 097, firmado por el señor Presidente de la República, Ernesto Samper Pizano, y por el Ministro de Salud, Augusto Galán Sarmiento.

Dicho decreto reglamentario precisa varios puntos que clarificaron las dificultades surgidas a partir de la Ley, entre los cuales se pueden resaltar:

Artículo 1°. Del Concepto.- La anestesiología es una especialidad de la medicina fundamentada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con las otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en anestesiología y reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad con el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad para dicho ejercicio.

El Artículo 2° repite el contenido de la Ley en lo que hace referencia a las personas autorizadas para ejercer funciones de médico especialista en anestesia (ver Artículo 2°, atrás).

El Artículo 3° hace referencia a:

Práctica de procedimientos anestésicos por médicos no especializados: Los médicos no especializados en anestesia y reanimación solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en anestesia y reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, solo podrán suministrar la anestesia en casos de urgencia.

El parágrafo del mismo artículo define la administración de anestesia por parte de los odontólogos y por médicos no especialistas: "Los médicos no especializados en anestesiología y reanimación y los profesionales de odontología podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios del ejercicio profesional ordinario y habitual que no implique el riesgo grave para la salud del paciente".

De las Normas Mínimas de Seguridad

En la definición del "concepto" del Artículo 1° de esta reglamentación, se autoriza el "[…] manejo y práctica de esta especialidad con el cumplimiento de las Normas Mínimas de Seguridad para este ejercicio".

La Sociedad, en cumplimiento de esta disposición reglamentaria, le dio continuidad a su esfuerzo por definir unas normas mínimas, lo que ya había emprendido en 1984, y las consignó en un manual establecido oficialmente por la S.C.A.R.E. en agosto de 1991, cuando una comisión coordinada por los Dres. Germán Parra y Pedro Ibarra las presentaron en la XLI Asamblea Ordinaria de la S.C.A.R.E. realizada en Manizales. En la XLIII Asamblea en Pereira, el 12 de noviembre de 1993, el "Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología", contemplado en la Ley, aprobó el *Manual de Normas Mínimas para el ejercicio de la especialidad en el territorio nacional*, y la Sociedad se empeñó en lograr su cumplimiento a través de procesos de motivación y educación (ver Capítulo VIII - Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia).

De la certificación de los especialistas

Otro de los campos que reglamentó la Ley para el ejercicio de la especialidad fue la apertura a la

Se cumplía así el objetivo de la Ley: a partir de 2001, nadie que no estuviera certificado como anestesiólogo podría dar anestesia en la República de Colombia, salvo en las excepciones contempladas en aquella.

certificación de médicos que venían ejerciendo la anestesia, pero a quienes la Ley, a partir de su expedición, los limitaba para continuar ejerciéndola. La reglamentación estipula:

Artículo 7°: De la aplicación del término para acreditar la calidad del médico especialista en anestesiología y reanimación: Los médicos que ejercían como especialistas antes del 16 de enero de 1991, y que a la presente fecha no hayan obtenido el título de especialistas en anestesiología y reanimación, deberán acreditar académicamente dicha calidad, máximo dentro de los cinco (5) años siguientes contados a partir de la vigencia del presente decreto para poder continuar desempeñándose como tal.

Es indispensable que los médicos contemplados en el presente artículo, demuestren que están adelantando los trámites respectivos para obtener el reconocimiento como especialistas en Anestesiología y Reanimación, ante el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, en un plazo no mayor de dos (2) años, a partir de la vigencia del presente decreto.

Mientras se cumplen los términos estipulados en los incisos anteriores, los médicos generales contemplados en ellos, podrán ejercer la especialidad.

A partir de la expedición de la Ley, se abrió un espacio inicial de cinco años para la certificación de los especialistas, y la reglamentación correspondiente lo amplió a otros cinco. Durante el primer periodo de ampliación de la Ley, cuando quienes aplicaban anestesia se podían acoger a ella validando su experiencia como años de formación de posgrado, no se le dio importancia a la norma, pues se pensó que la reglamentación no iba a funcionar; pero cuando se vio que la aplicación era en serio y que quien no estaba certificado como anestesiólogo ya empezaba a tener dificultades laborales, fue cuando se generó interés en acogerse a ella. Se otorgaron cinco años más para que los interesados se pusieran en orden, de 1996 a 2001, pero en los dos primeros años tendrían que demostrar que estaban tramitando su certificación.

Se cumplía así el objetivo de la Ley: a partir de 2001, nadie que no estuviera certificado como anestesiólogo podría dar anestesia en la República de Colombia, salvo en las excepciones contempladas en aquella.

IMPACTO DE LA LEY

La Ley 6ª impactó el ejercicio de la anestesiología en Colombia en diferentes sectores que se describen a continuación.

En la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

- Le dio a la Sociedad un estatus especial en el concierto de las especialidades médicas en Colombia.
- Le dio herramientas para presentar sus inquietudes y propuestas ante los entes gubernamentales a nivel nacional y regional, tanto a través de los Comités de la Especialidad, como con el fortalecimiento de su accionar en las instancias operativas de la anestesia, como clínicas, hospitales e IPS en general.
- Le creó funciones en el campo de la educación, que asumió con responsabilidad en la formación de especialistas y en la educación continuada de los ya certificados.
- Fortaleció sus responsabilidades de comunicación con sus afiliados en el campo del ejercicio profesional.
- Exigió fortalecer los esquemas de seguridad en el ejercicio de la especialidad, lo que ya venía desarrollando la Sociedad con las Normas Mínimas de Seguridad.
- Le dio herramientas para el fortalecimiento de la producción intelectual de sus afiliados, a través de la *Revista Colombiana de Anestesiología* y las publicaciones que ha impulsado progresivamente de forma creciente.
- Fortaleció la responsabilidad en la oferta de servicios gremiales.
- Le amplió su misión de compromiso con la comunidad.

Para los anestesiólogos:

- Contribuyó a su autoestima.
- La sensación de tener una Ley "propia" fortaleció su participación en las actividades de la Sociedad.
- Fortaleció su responsabilidad en el ejercicio de la especialidad.
- Fortaleció su liderazgo en las salas de cirugía y en el "trabajo en equipo" dentro del grupo quirúrgico.
- Amplió su espacio para la investigación y la producción intelectual.
- Amplió su visión de compromiso con la comunidad.

Por lo demás, muchas otras responsabilidades, actividades y ofertas no tan visibles se han derivado también de la existencia de la Ley 6ª para el ejercicio de la anestesiología.

El día a día de la actividad anestesióloga nacional, regional y local está impactado por esta Ley, que ha fortalecido a la Sociedad y a la especialidad, ubicándolas a la cabeza en el concierto de las sociedades y especialidades médicas nacionales, y de las sociedades de anestesiología en al ámbito latinoamericano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Pontón J. Riesgo profesional del anestesiólogolo y del personal que trabaja en el área quirúrgica. En: Aldrete JA. Texto de Anestesiología Teórico Práctico. México D.F.: Salvat; 1986. p. 1645-51.

2. Herrera Pontón J. Ley 06 de 1991. Un hito histórico de la anestesiología en Colombia. En: Anestesia en Colombia. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.CA.R.E.; 1999.

3. Vega RR, Moreno RH, Dos Reis A, Chevarria A. Recomendaciones para el estudio de los riesgos profesionales del anestesiólogo. Rev Col Anest. 1979;7:280-3.

4. Anestesiología SCd. Acta de la XXVII Asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación. En: Libro de actas # 1 de la S.C.A.R.E. Cali: S.C.A.R.E.; 1981.

5. Celis CC. Informe del Dr. Carlos Celis a la Asamblea de Cucutá. En: Libro de actas de la Sociedad Colombiana de Anestesia. Bogotá, S.C.A.R.E.; 1981.

6. Vega RR. Recomendaciones de la comisión para el estudio de los riesgos profesionales del anestesiólogo. Rev Col Anest. 1979;7:280.

7. Ruiz Moreno I. Una época de mi vida (1980-2010). Mi percepción de lo que ocurrió. Sector salud: Una visión gremial. Bogotá; 2016. p. 17-22.

8. Ruiz Moreno I. La Ley 06 de 1991. En: Herrera Pontón J, editor. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 222-5.

9. Galindo Arias M. Mis aportes a la Sociedad Colombiana de Anestesia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2015.

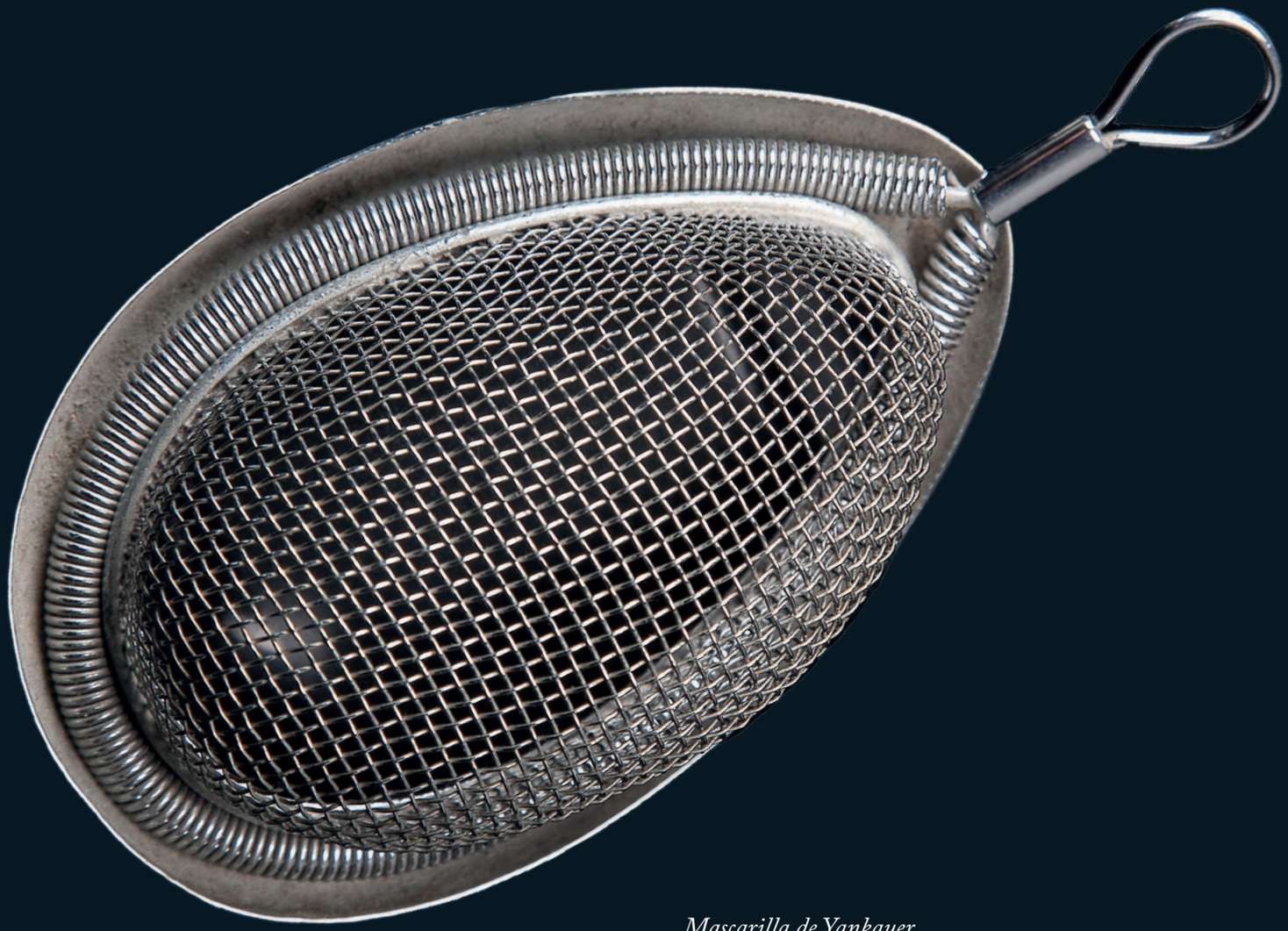
10. Colombia Cd. Ley 657 de 2001. Se reglamenta la especialidad médica de la radiología e imágenes diagnósticas. Bogotá: Diario Oficial; 2001.

11. Colombia Cd. Ley 06 de enero 16 de 1991. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá; 1999. p. 227-31.

12. Macías Mejía R. Mi participación en el desarrollo de la Sociedad. Manizales: S.C.A.R.E.; 2015.

13. Salud Md. Decreto número 97 del 12 de enero de 1996. En: Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá; 1999. p. 231-4.

CAPÍTULO V - APUNTES PARA LA HISTORIA DEL FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS (FEPASDE)



Mascarilla de Yankauer

UNA RESPUESTA AL EJERCICIO DE LA ANESTESIA Y DE LAS PROFESIONES DE LA SALUD: UNA NECESIDAD HISTÓRICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA (1)

Las demandas y reclamaciones jurídicas a los profesionales de la salud, con mayor frecuencia a los médicos, se incrementaban progresivamente en los años 80 del siglo XX, comenzando a impactar seriamente el ejercicio profesional, sobre todo en algunas especialidades. Las entidades prestadoras de servicios del sector salud exigían cada vez más pólizas de responsabilidad civil, pero las que ofrecían las compañías de seguros tenían una cobertura parcial en los aspectos en que era necesario protegerse, como lo penal, lo disciplinario y lo ético, sin mencionar además las restricciones incluidas en las condiciones de dichas pólizas (2-3).

En el ambiente de la comunidad médica surgía la inquietud de buscar alternativas diferentes a las compañías de seguros para protegerse de las posibles demandas. El Dr. Ignacio Ruiz, dirigente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología en la época, buscaba opciones, y en sus indagaciones halló la existencia de fondos solidarios internacionales en el medio transportador y en el sector naviero, los cuales tenían el objetivo de proteger a sus miembros frente a reclamaciones jurídicas derivadas de sus funciones. En el camino de la búsqueda de alternativas y consultas institucionales, el Dr. Ruiz encontró al abogado Gonzalo Peña Aponte, asesor de ASMEDAS nacional en este campo.

La creación de un proyecto de ley y de un sistema de protección me nace por un grave problema que ocurrió en la ciudad de Cali con un colega anestesiólogo quien fue atacado de manera inmisericorde por la familia del pacientico involucrado, por la justicia y por los medios de comunicación; esto me convence de la urgente necesidad de una legislación actualizada para el ejercicio de la medicina en Colombia, proyecto que posteriormente lo transformé para solo Anestesiología al no tener acogida por los gremios médicos (3).

En la época no existía información confiable sobre indicadores de incidencias de demandas al profesional médico en el área penal, civil, administrativa o disciplinaria. Promovido por el Dr. Ruiz, la Fundación para la Educación Superior (FES) realizó un estudio que buscaba clarificar estos aspectos, y con base en esta información se iniciaron unos cálculos de frecuencia de dichos procesos.

El Dr. Ruiz redactó el texto original del proyecto FEPASDE y lo presentó a organizaciones gremiales médicas como ASMEDAS y la Asociación de Sociedades Científicas, entidades de las cuales no obtuvo respuesta positiva. Entonces decidió presentarla a la entidad de la cual era directivo; de ese modo, durante la presidencia del Dr. Manuel Galindo en la Sociedad Cundinamarquesa en 1986, esbozó la idea de crear un "Fondo solidario para demandas", y así surgió el primer debate a la iniciativa; más adelante, en la presidencia de la S.C.A.R.E. de la Dra. María Eugenia Gómez y la secretaría ejecutiva del mismo Dr. Galindo, en el periodo 1989-1991, se presentó el proyecto de creación del FEPASDE.

El Dr. Juan Manuel Ramírez Ríos, médico anestesiólogo y abogado residenciado en Medellín, trabajaba en la creación de un sistema de protección a los profesionales médicos con similares objetivos. Con el Dr. Ruiz, iniciaron el diseño de la propuesta, preparando un borrador de reglamento y una estructura inicial: "Él quería que se creara un fondo privado inicialmente y posteriormente aceptó que se desarrollara el proyecto a través de la Sociedad". Ante el fracaso en el acercamiento a las instituciones que se habían concebido como posibles líderes del proyecto, se decidió presentarlo a la Sociedad Colombiana de Anestesiología.

La primera presentación ante la S.C.A.R.E. fue en agosto de 1990, en la XL Asamblea de Delegados en el Hotel Cuéllar de la ciudad de Pasto. Allí se planteó "una alternativa frente a las pólizas de seguros para la protección y defensa del médico en la práctica de su profesión", para lo cual los doctores Ruiz y Ramírez propusieron crear un "fondo acumulativo de todas las sociedades científicas y gremiales con destino

¿CÓMO SE ESTRUCTURÓ EL FEPASDE?

a atender las reclamaciones judiciales o extrajudiciales". La propuesta no fue bien recibida, y luego de un amplio debate, se delegó en la Junta Directiva y en su Comité Gremial la preparación de un proyecto con los lineamientos de un fondo solidario para ser presentado a la asamblea, el cual debería llevarse a la siguiente convención (1, 4).

El nuevo documento se presentó en la Junta Directiva Nacional en agosto de 1991, y en la XLI Asamblea Ordinaria en la ciudad de Manizales (5). Con el título "Resolución 001", se redactó el primer reglamento y se oficializó la propuesta de creación del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE), que en su artículo primero planteaba el siguiente objetivo: "Auxiliar a los Médicos Anestesiólogos afiliados al mismo dentro del Territorio Colombiano y que sufran demandas ocasionadas por el ejercicio mismo de la profesión". Aprobada la creación del fondo, se decidió socializarlo con todas las filiales de la S.C.A.R.E. para su conocimiento por parte de los afiliados, y para definir, luego de un detenido estudio, su "puesta en marcha" en la siguiente Convención de Delegados.

Entre e1 15 y 16 de agosto de 1992, en la XLII Asamblea Nacional de Delegados de la S.C.A.R.E. en el Hotel Dann de Barranquilla, se estudió la Resolución 001 de la XLI Asamblea Nacional, preparada por la comisión coordinada por el Dr. Saúl Charris Borelly, con la relatoría del secretario Dr. Rafael A. Jiménez y con los delegados participantes, los Dres. Germán Suárez Gartner, José Oscar Hurtado Floyd, Oscar Domínguez García y Hugo Antonio Medina Galvis. En apoyo a la proposición, la asamblea aprobó las siguientes consideraciones: "Los aportes se realizarán durante cinco años, el médico anestesiólogo quedará eximido de hacer aportes a partir del sexto año conservando todos los derechos al Fondo de acuerdo a los reglamentos; el reglamento solo podrá ser modificado por la asamblea nacional de la S.C.A.R.E. en forma ordinaria o extraordinaria; las filiales serían las responsables de la promoción del FEPASDE" (6).

Así, el 16 de agosto de 1992, la Asamblea de Delegados aprobó unánimemente el Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE). Entre octubre de 1992 y marzo de 1993 se desarrolló el proceso de ensamblar la organización, y con la aprobación de los delegados, el centro de costos de la organización científico-gremial le trasladó al proyecto, en forma de préstamo, 5'000.000 de pesos para iniciar actividades, darle forma a la estructura administrativa, y promover y poner en funcionamiento el FEPASDE.

Contemplada la necesidad de buscar una alternativa de protección, lo primero que se hizo fue lo más obvio: buscar compañías de seguros que expidieran pólizas adecuadas para la protección frente a los riesgos. El abogado Gonzalo Peña trabajaba en otro sector, el de aseguradores, y según él cuenta, "[…] contribuí con un acercamiento a una aseguradora, si no recuerdo mal, Skandia, cuando hacía seguros en Colombia. Parte de mi trabajo de la época era diseñar pólizas de responsabilidad para Latinoamérica con un grupo de aseguradores" (7). Buscó un acercamiento y en efecto lo logró, pero cuando dictaba una conferencia en calidad de invitado (pues no era un funcionario de Skandia), le informaron que esa compañía no vendería más pólizas como las que se buscaban; la aseguradora había recibido órdenes de su casa matriz de suspender la venta de ese tipo de productos. Era un momento de cambios en el mercado mundial de seguros, bajo una completa lógica, pues los seguros se mueven en torno a grandes volúmenes que definen las tendencias de mercado, y en ese sentido, el aporte en primas de Colombia (más en este tipo de producto) era de milésimas, ni siquiera de centésimas, con relación a los capitales que se movían en el sector en el mundo (7).

Los Dres. Ruiz, Galindo y Ramírez decidieron buscar otra alternativa que fuese un tipo de fondo solidario, al no haber posibilidades en el sistema de seguros existente; sin detenerse en un análisis jurídico, estaban convencidos de que esta era la respuesta a la necesidad inminente de que había que hacer algo:

[…] recuerdo mucho que esa idea se planteó en otros escenarios, ese planteamiento se los hicieron, hice algún acompañamiento en esas ideas a ASMEDAS y a la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, no recuerdo el orden, pero sí recuerdo que el contraargumento más importante que se vivió en esa época, y sobre todo el de ASMEDAS, se enfocaba en que "[…] si se protegían, eso estimularía más las demandas" y algunos líderes sindicales todavía lo siguen diciendo, pese a que esos mismos líderes sufrieron los embates patrimoniales de esas demandas (7).

ASMEDAS fue claro en su rechazo: "Nos van a exponer a que los abogados, cuando sepan que aquí hay platica, entonces nos van a demandar".

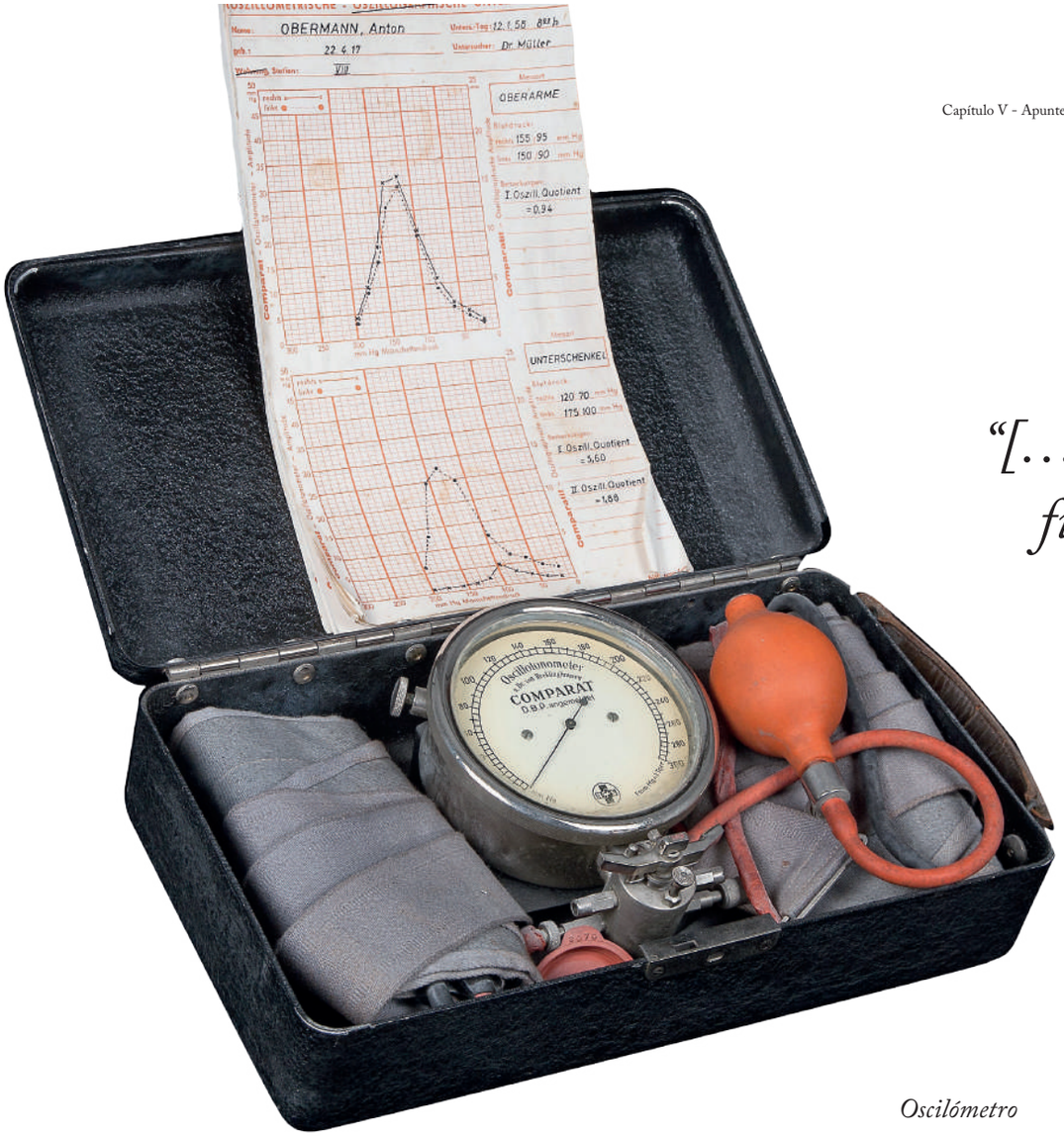
Para la época, en Colombia, el dinamismo de los procesos judiciales y la conciencia de reclamación de la población venían aumentando, no solo por razones culturales, sino también bajo el impulso de razones jurídicas y de la misma Constitución de 1991, que originó un gran cambio en la cultura de la reclamación. En realidad muchas reglas de juego en materia de responsabilidad no habían cambiado, pero sí otras en aspectos clave, sobre todo en lo referente al gran debate acerca del Artículo 90 de la Constitución, y a la acción de tutela, que generó una gran conciencia de reclamo. Lo cierto es que las personas, cuando se ven abocadas a una catástrofe, a algo que les afecta, un daño, la muerte de un familiar o lo que sea, ahora no se conforman con asumir que ello ocurrió debido a la suerte, al destino o por obra de Dios, sino que buscan un responsable, así jurídicamente este no exista; lo buscan de inmediato, dicen: "alguien me tiene que responder", y ello no solo en el ámbito de la salud, sino también, por ejemplo, en los accidentes automovilísticos, etc. (7).

Constitución Política de Colombia. Julio 20 de 1991. Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra este (8).

"Anteriormente, si usted iba caminando y le caía un cable de la luz encima, se decía: 'tan de malas'; hoy no: 'alguien me tiene que responder'" (7).

Esto generó un caos, en particular frente al Estado. En la década del 90, este tenía bajo su responsabilidad económica y jurídica el gran porcentaje de la prestación del servicio de salud, lo que, después de la Ley 100, se modificó, con los servicios de particulares, medicina prepagada, EPS e IPS (7). Cuenta el Dr. Peña:

Yo era asesor de ASMEDAS nacional y a la vez asesor de ASMEDAS Cundinamarca, y en un momento dado no pude seguir cumpliendo con los compromisos, y finalmente decidí retirarme y me hicieron una despedida. En esa reunión se me acercan los doctores Galindo y Ruiz y me cuentan toda la historia, "[…] la idea no se ha podido desarrollar por otro lado, la vamos a liderar nosotros, queremos que usted nos acompañe, ayúdenos, no sabemos la manera de avanzar", y recuerdo lo que les dije: "Ustedes me ponen en un dilema, porque soy un apasionado en los temas de responsabilidad, si hay que trabajar ese tema gratis a mí eso no me estresa, una pasión mía es la responsabilidad, la traigo desde el pregrado, eso me entusiasma mucho y me apasiona, y en particular la responsabilidad profesional". A partir de allí se originaron una serie de reuniones de trabajo; obviamente eran ad honorem *para todo el mundo, y si había que viajar se tenía que hacer gestiones para conseguir recursos, nos conseguían los tiquetes, y en oportunidades el gancho para viajar era que, como contraprestación, "[…] invite a su señora si puede*



Oscilómetro

"[…] recuerdo una reunión fuera de la sesiones de los organismos directivos, sentados en una mesa en una cafetería: en un papel de servilleta se buscaba el esquema ideal para iniciar el fondo".

y le pagamos el hotel y están invitados a almorzar"; eso era como compensación, pero se construyeron relaciones personales estrechas y además se estaba hablando del tema que me apasionaba (7).

Así se vino construyendo el proyecto. El Dr. Ruiz le vendió la idea al ingeniero Félix Sánchez, quien tenía un alto cargo en Ecopetrol, y el tema empezó a plantearse en la junta directiva de la Sociedad y en varias asambleas. Según él, "a algunas pude ir, a otras no". Las directivas pidieron construir un modelo, y el Dr. Ramírez ya había hecho un bosquejo, al que se hicieron algunas adiciones, aunque sobre todo se pedía un modelo de cómo iba a operar el fondo (3). Se trabajó en las noches, y con el ingeniero se modificó el tema que hoy se conoce como cualitativo y no cuantitativo; él hacía gráficos en Excel Dinámico, con tablas dinámicas de lo que se planteaba, y de esa manera se empezó a construir dicho modelo. No se puede decir que fuera un modelo actuarial, pero sí contaba con unas bases muy cercanas en su proyección, movimientos de caja, estructura administrativa, etc. (7). Se trataba de transformar el sueño del proyecto en una operación con números, pues tenía que ser viable, y así se definió que se requería un mínimo de 500 personas vinculadas antes de cualquier inicio; con ello se abrió la venta de la idea al "cliente", la S.C.A.R.E. Fueron dos o tres años de trabajo intenso y serio, de mucho análisis (3).

Tenía una mezcla de pasiones, una era la de responsabilidad y la otra era la gestión del riesgo desde la perspectiva de los reaseguradores; era esa mezcla la que podía aportar a esos equipos de trabajo, particu-

larmente al ingeniero, para ir concretando la idea. Se analizaba el tema sustantivo de la responsabilidad, cómo era el aspecto procesal, la operación de lo que es un bufete de abogados, se miraba desde el concepto del riesgo, las aplicaciones de las reglas de mutualidad propias de la historia del reaseguro en el mundo, y de allí se partía a trabajar matemáticamente en el diseño del proyecto (7).

Se efectuaron contactos con el Dr. Carlos Palacino y con la Universidad Nacional de Colombia para el análisis del modelo actuarial que estaba en construcción, atendiendo a los números para que el fondo fuera viable, lo que pocos consideraban posible. La construcción de modelos demandó muchos meses, tal vez años de trabajo. "Recuerdo que me invitaron a una asamblea donde se iban a tomar decisiones; no tenía claro que ese fuera el objetivo y llegué tarde, porque se retrasó el vuelo y estas ya se habían tomado" (7).

Vamos a arrancar. Fue una gran sorpresa porque no estaban preparados para iniciar actividades. Se habían contemplado unas fases, pues una cosa era la construcción del modelo y después venía la fase jurídica, y tenía claro que no habíamos llegado a ella. La insistencia fue clara: vamos a iniciar el fondo. Hice unas preguntas obvias: ¿cuál va a ser la relación jurídica del fondo con los anestesiólogos?, ¿a título de qué van a pagar los eventos que se presenten?, eso hay que organizarlo jurídicamente porque puede ser peligroso, es riesgoso, la Sociedad puede meterse en un lío jurídico. Fue cuando se empezaron a diseñar lo que hoy se llama "Los mapas de riegos estratégicos". No puedo decirle a alguien que no está afiliado a la Sociedad, "venga y pague dinero aquí"; la respuesta fue que se tenía pensado hacer un contrato. "No, por allí no puede ser, con franqueza les voy a decir, este es un tema muy debatible", no se había llegado a ese capítulo, pero este es un tema muy delicado porque puede haber problemas de captación de dinero y puede haber actividades aseguradoras simuladas. Se puede convertir en una actividad ilícita, porque el estatuto tributario habla de actividades simuladas y dice que son ilícitas (7).

Se presentaron dos alternativas: toda persona que quisiera acceder a los beneficios debía estar afiliada a la Sociedad, con el calificativo que se quiera; pero debían formar parte de la personería jurídica, no ser terceros; esto era fundamental, pues de lo contrario podría fracasar el fondo, podría generarse un escándalo público e incluso problemas de cárcel. Ya no era el momento de pensar si la figura jurídica era la S.C.A.R.E. u otra, puesto que, simplemente, nadie se interesó en la propuesta. Era muy preocupante bajarle el ánimo a quienes tenían la idea y "echarles un balde de agua fría" que desorganizaba todas sus intenciones. Pasaron los días, se buscaron alternativas, "[…] llegué a pensar que la idea se había hundido, pues no se hablaba más de ello"; ¿se organiza el fondo dentro de la S.C.A.R.E.?, ¿se organiza una entidad externa?; "recuerdo […] una reunión fuera de la sesiones de los organismos directivos, sentados en una mesa en una cafetería, en un papel de servilletas, se buscaba el esquema ideal" (7).

Pasaba el tiempo y no se avanzaba en la concreción de la propuesta. Se seguía indagando en la Superintendencia cuál podría ser la forma de organizar la estructura del modelo, pues no se podía correr el riesgo de que FASECOLDA y las aseguradoras radicaran quejas para que lo intervinieran. Como el Dr. Peña conocía personajes del sector de seguros, algunos de confianza, se sentaba en privado con ellos en los cocteles, y le advertían de los riesgos y le aconsejaban: "hablen antes de que los busquen". Había inquietudes por no tener respaldo de las aseguradoras, pero a la vez tranquilidad, pues la única aseguradora que lo había ofrecido había "sacado el cuerpo" a los tres meses.

El Dr. Galindo, siendo secretario ejecutivo, había asumido la presidencia de la Sociedad por ausencia transitoria de la titular. Dos interrogantes lo asaltaban: ¿cómo se organizaría el fondo en el sistema de la Sociedad?, y ¿cómo consultar el tema a la Superintendencia, si no había claridad al respecto y ello podría ser peligroso para el

proyecto? Entonces, se dijeron: "¿cómo es eso de la consulta, por qué no la hacemos?", "hagamos esa consulta de frente y así de una vez definimos si enterramos este proyecto o no". Así, se decidió hacer la "famosa consulta", y la redactó el Dr. Galindo con la secretaria que tenía en el hospital: "[…] le di las ideas por teléfono, 'redáctela tal cual se tiene pensado, no se ponga con cosas jurídicas, plantee la idea como es'" (7). Se le preguntó a la Superintendencia: "Si ustedes son los que tienen que autorizar estas actividades, dígannos por qué una sociedad, una corporación científico-gremial, no puede ejercer esta actividad". La Superintendencia respondió. No fue una respuesta ideal, pero consideró que sí era posible. Se hizo un análisis parcial y se reconoció que no era una actividad sometida a la vigilancia del Estado. Dijeron que, por parte de ellos, no había problema, pero que debía revisarse si había limitantes con otra entidad. Así, se decidió avanzar en el proyecto del Fondo Solidario (tanto la consulta como la respuesta están documentadas; durante años se buscaron y se encontraron por casualidad en un archivo donde estaban mal archivadas).

La consulta fue hecha a la entonces Superintendencia Bancaria, hoy Financiera, la cual vigila las actividades económicas; los fines de esta entidad se relacionan con la protección de la confianza del público en materia económica y con el buen funcionamiento del sistema financiero. En principio, nadie puede ejercer una actividad financiera, ni aseguradora, ni las que están en la frontera entre estas dos áreas, si no está previamente autorizado por la Superintendencia (7). Con dicha respuesta, se abría la posibilidad de iniciar el fondo, y ya se había calculado, con el ingeniero, la viabilidad del proyecto y el número mínimo de afiliados necesarios. Por otra parte, si esto no tenía viabilidad, pasaría de ser una gran idea a un gran desprestigio y un gran escándalo (3).

La antiselección y otras consideraciones

Estaba claro que si no había 500 afiliados al fondo, ni siquiera se pensaría en iniciar actividades. En el campo de los seguros hay un fenómeno denominado *antiselección*, el cual se basa en la estimación de que, al ofrecerse un servicio, los primeros que lo utilizan son quienes consideran, objetiva o subjetivamente, que tienen un mayor grado de riesgo (7). Por ejemplo: se va a ofrecer un fondo solidario para procesos judiciales en caso de condenas; en este caso, ¿quiénes llegarán primero?: los que objetivamente tienen mayor riesgo o subjetivamente consideran que lo tienen. Esto se denomina antiselección: primero llegan los que se van a siniestrar. El fenómeno de la antiselección ha hecho fracasar muchos productos del sector asegurador. Esta probabilidad está mezclada con el "principio de mutualidad", en razón del cual se equilibra el servicio; en efecto, si todos tienen problemas, no va a alcanzar el dinero para cubrir sus seguros, pues los resultados económicos se basan en que no todos tengan el problema, que no todos reclamen, ya que si todos reclaman, el sistema es inviable.

Si todos llegasen a reclamar el valor del aporte, este tendría que ser igual, más un margen superior, a lo que van a reclamar. Por ejemplo: si se organiza un fondo de auxilio funerario, un fondo mutual, en una cooperativa de auxilio funerario, y se destina a todos los mayores de 80 o 90 años, sin invitar a los de 20 y 30 años, esto quiere decir que el valor de lo que se aporta y el valor de lo que se va a reclamar, se equilibran, y no alcanzará la plata de los recaudos para cubrir las reclamaciones. Estas consideraciones fueron permanentes en el desarrollo del proyecto (7). Con base en ellas se definió la necesidad de convencer a 500 anestesiólogos para que se afiliaran efectivamente, para que aportaran y pagaran.

Una controversia importante surgió respecto a los primeros vinculados: el documento de su afiliación fue llamado contrato, lo cual no se podía hacer, ya que si un contrato se hace con un afiliado y se recibe su dinero, se puede configurar una captación, que es ilegal. No se alcanzaron a concretar muchos contratos, pero los pocos firmados hubo que revertirlos o manejarlos administrativamente (7).

SE AMPLÍA LA COBERTURA

Las directivas del FEPASDE buscaban la forma de llegar a los 500 afiliados para dar luz al inicio de actividades. El Dr. Juan Manuel Rodríguez y el Dr. Marcos Ramírez, cirujano plástico de Medellín, comunicaron, en febrero de 1993, la posibilidad de que la Cooperativa Médica de Antioquia (COMEDAL) se vinculara al FEPASDE y a las actividades de desarrollo y promoción del proyecto. En dos reuniones de los consejos directivos de ambas empresas surgió la propuesta de que la S.C.A.R.E. ampliara la cobertura a todos los médicos del país, tanto generales como de otras especialidades. Se convocó a una nueva asamblea extraordinaria de delegados de la Sociedad, que se reunió en abril de 1993 en la Clínica Marly de Bogotá, y allí se estudió y debatió la propuesta, la cual finalmente fue aprobada por 20 filiales de la S.C.A.R.E. que apoyaron la alianza con COMEDAL. En mayo de 1993 se iniciaron actividades de promoción y en septiembre se inició la oferta de servicios, cuando se completaron los 500 vinculados.

La vinculación del grupo antioqueño al fondo se dio cuando la compañía de seguros negó el pago del seguro a tres afiliados de la cooperativa, argumentando que, como el juez había reconocido el error, la compañía no pagaba el siniestro: "Eso puede suceder hoy en día, pues hay pólizas para anestesiólogos que excluyen el acto anestésico, y en aquella época la culpa grave no era asegurable, pero para vender el seguro lo redactaban de otra forma, para qu,e si se consideraba que habia una culpa en esa modalidad, no se pagara el siniestro" (7).



Ventilador Benett Pr2

EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Una vez ampliada la cobertura del fondo para otros profesionales médicos no anestesiólogos, se discutió la apertura de derechos para los afiliados externos a la S.C.A.R.E., incluido el derecho a participar en los niveles de decisión y aportar al desarrollo del fondo; para ello se creó el Comité Ejecutivo Nacional del FEPASDE, a modo de órgano asesor de la Junta Directiva. Ello permitió que odontólogos, enfermeros, COMEVAL y COASMEDAS estuvieran allí sentados y colaboraran en la gestión comercial. Poco a poco se abrieron otros contactos, por ejemplo con Saludcoop a través del gerente de COASMEDAS, y luego apareció La Equidad, abriéndose así un contacto con el sector solidario. De una u otra forma hubo un apoyo a la revisión del modelo actuarial.

Una de las actividades más importantes del inicio del FEPASDE fue la labor de educación a través de desplazamientos por todo el país, con el fin de informar acerca de los servicios que ofrecía la vinculación al fondo; se inició así una fase preventiva orientada a crear una cultura frente al riesgo en los profesionales de la salud. En este aspecto educativo cumplió un papel muy importante el Dr. Rafael Macía Mejía, revisor fiscal de la S.C.A.R.E., quien recorrió el país para informar y promover la vinculación a este nuevo servicio de la Sociedad. Pero la labor educativa no se

centró solamente en los usuarios afiliados, sino que se amplió a todos los profesionales del derecho que prestan los servicios, a través de conferencias, reuniones y análisis colectivo de casos, y algo muy importante, la interacción con jueces y magistrados responsables de los fallos.

Inicialmente se nombró como gerente al Dr. Manuel Galindo, después a una promotora y luego a un economista. Estos primeros administradores sufrían mucho, porque se estaba montando una empresa y había poco personal de apoyo. Uno de los puntos de discusión era cómo mitigar riesgos, cómo tratar con la ley de grandes números y cómo evitar decisiones que alteraran los supuestos de ese modelo.

Para el logro de estos objetivos, se organizó un equipo de abogados especializados en diferentes temas jurídicos relacionados con las demandas, orientado a cubrir la atención de los procesos que surgieran en lo penal, civil, administrativo y ético-disciplinario, y así prestar un servicio integral al asociado. Se consideró fundamental tener un banco de jurisprudencia básica, pues se estaba partiendo de cero; así, defender un caso de responsabilidad fallida no era un tema sencillo, no se contaba con experiencia y había una gran diferencia con los esquemas de otros debates jurídicos. Se propuso "construir un esquema básico de jurisprudencia", pero a nivel de la Junta se armó un difícil debate acerca de sus costos y de si era realmente necesario. Para los asesores jurídicos, la respuesta a esto era clara, pero no para los directivos, legos en la materia. Era indudable la necesidad de formar líderes en los temas jurídicos, pero no todos los actores compartían dicho criterio; no se trataba de contratar abogados que llevaran los casos, mucho menos cuando estos se vinculaban a través de recomendaciones, sin los requisitos de idoneidad general y específica en los temas jurídicos que les correspondería manejar (7).

Una anécdota de aquella época fue el caso de dos abogadas contratadas, las cuales, cuando se quiso revisar los avances de los delicados procesos que estudiaban, manifestaron que estaban sujetas a la ley que las regía, que tenían un secreto profesional que cumplir y que no podían mostrar los avances de los procesos. Se recurrió a sustentar jurídicamente la diferencia entre casos individuales e institucionales, que eran los que ellas manejaban. Además de esta, otras muchas anécdotas ayudaron a conformar la visión jurídica del fondo.

Respecto a los temas jurídicos que surgieron de la implementación del FEPASDE y de los casos que se presentaron, se encontró que no estaban regulados por normas jurídicas, leyes o decretos. La jurisprudencia en estos casos está enmarcada en los debates, es decir, en las condiciones del fondo jurídico o de las tesis jurídicas que adopta el fallador, el juez o el magistrado. Cualquiera de ellos, al tomar una decisión en un caso concreto, aun teniendo la misma norma o el mismo texto de la ley para analizar la situación, puede fallar de manera diferente a otro. Así se va construyendo la jurisprudencia sobre un tema (7).

Un debate de fondo fue la cobertura que se ofrecería al afiliado, hasta dónde iría dicha protección. Se argumentaba que "las pólizas de seguro no cubren nada, aquí cubrimos todo". Desde la perspectiva práctica y técnica era relativamente fácil aprobarlo, pero desde el análisis jurídico y económico era más complejo de lo que parecía. Estos fueron los grandes debates de la época; por el contrario, hoy los debates se manejan con "esquemas cuantitativos de probabilidad", y se pretende que las decisiones estén soportadas no solo cualitativa sino cuantitativamente (7).

El reglamento que rigió al FEPASDE desde sus inicios se construyó en un principio con un criterio muy generoso: "lo que a usted le pase, aquí se lo solucionamos". Se abrió el debate, y se dijo: "pongámosle un tope; ¿cuánto debe pagar el que tiene varias condenas?; ¿todos por igual?; puede haber un grupo grande que está siendo condenado, y al consumir los recursos para la cobertura de este caso, hacia el futuro no alcanzarán para la protección de los más juiciosos, los

que no tienen demandas". Estas fueron las discusiones que marcaron la época de la construcción de las normas que debían regir para el pago de los servicios y la cobertura de lo que se ofrecía.

Uno de los grandes debates internos, en el marco de lo que hoy se denomina "diseño de producto", fue la viabilidad económica del FEPASDE. ¿Se cubren todos los procesos por cualquier tipo de evento, o se le pone un límite a esto?; ¿se cubren solamente dos procesos, o como se definió después, solo se cubre la mitad de un segundo proceso? Estas fórmulas se fueron construyendo como resultado de detenidos análisis. ¿Si alguien se afilia hoy, eso quiere decir que el caso de un paciente suyo fallecido hace un año también está cubierto? En efecto, este riesgo es latente, no de manifestación inmediata, como sucede a veces en medicina: alguien atiende a un paciente y cree que todo está bien, pero hubo un impase y en dos años se notifica una demanda. ¿Cómo definir este caso? Se terminó reglamentando que el hecho generador debía ocurrir después de la afiliación, y que antes de proceder al cubrimiento del caso, se verificaría el paz y salvo en los aportes económicos. Fueron múltiples las circunstancias que hubo que definir y precisar. La manera como se estructuró el reglamento y las reglas de juego fueron un tema más complejo de lo que a simple vista parecía, y guardaba relación estrecha con la viabilidad del fondo (7).

LA ORGANIZACIÓN JURÍDICA Y LA PROMOCIÓN DE LA CULTURA DEL RIESGO

Poco a poco se fue conformando un grupo de abogados, inicialmente generalistas, pero luego con especializaciones en los diferentes tipos de demandas que se presentaban: civiles, penales, éticas. Con una organización centralizada en la cabeza de la prestación del servicio en la capital, se organizaron grupos de abogados en todas las seccionales del país. El estudio de casos concretos de proceso o de casos simulados, con el colectivo de abogados, fue creando una cultura de trabajo y análisis para la defensa de los afiliados y para la educación de estos.

De modo paralelo a este desarrollo, se promovió y aún se continúa con el trabajo de educación. La cultura de la prevención y del manejo del riesgo se volvió casi una obsesión. Cursos, congresos, asistencia grupal, centro de consultoría, etc., son parte de las estrategias para prevenir demandas y, algo muy importante, para cualificar el ejercicio de las profesiones y los oficios.

A medida que se avanzaba en el estudio de casos y atención de demandas, se encontraron diferencias entre una póliza de seguros y el FEPASDE (11). La cobertura de los riesgos del profesional afiliado y la exigencia de las instituciones prestadoras de servicios han tenido en cuenta la necesidad de tomar una póliza de responsabilidad para cubrir posibles problemas del ejercicio. La controversia está vigente. En la tabla a continuación se presentan las diferencias o especificidades que se encuentran en la atención de estos requerimientos.

Cubrimiento	
"Origen del servicio	
Protección	
Recurso humano (respaldo)	
Apoyo científico	
Acompañamiento	
Asesoría jurídica.	
Coberturas jurídicas	
Cobertura en el tiempo	
Exclusiones	
Cobertura económica	
Deducible	
Costos de asesoría jurídica.	
Asistencia jurídica	
Educación continua	
Servicios adicionales.	

Pólizas	*FEPASDE*
Oportunidad de negocio.	Con FEPASDE se obtiene una necesidad sentida de protección como profesional de la salud en el ejercicio de su profesión. Creado pensando en la solidaridad: todos aportan y se ayudan entre sí, en caso de tener un problema jurídico.
Normalmente se toman para que el beneficiario sea la institución (clínica, hospital). Son exigidas por parte de las instituciones para cubrirse en caso de un siniestro.	Disfruta de protección completa profesional.
Protección de servicios a través de terceros (*outsorsing*) que no tienen la misma experiencia.	Cuenta con un equipo de abogados con amplia trayectoria en las áreas civil, penal, ética, disciplinaria y contencioso-administrativa; expertos en manejar procesos de demandas a profesionales de la salud en ejercicio.
No ofrece.	Cuenta con un equipo científico que investiga, asesora y soporta la labor del área científica. Se cuenta con pares de las diferentes profesiones de la salud que brindan soporte a los abogados para preparar una excelente defensa.
No hay acompañamiento directo.	Se ofrece acompañamiento desde las etapas preprocesales hasta la terminación del proceso.
Solo cuando ocurre el siniestro.	Es ilimitada.
No ofrece. Solo en los horarios y tiempos establecidos.	Es permanente, disponible las 24 horas del día.
Solo en procesos civiles y en algunos casos penales.	Se adquieren coberturas en procesos penales, civiles, éticos, disciplinarios y de lo contencioso-administrativo.
Hasta cuando se venza la póliza, aunque no se hayan agotado coberturas. Una vez se vence hay que renovarla, esto es anualmente.	Cuenta con FEPASDE hasta que se agoten coberturas. Esto puede ser incluso hasta después del fallecimiento del socio.
Listado de acuerdo a cada especialidad.	No tiene exclusiones.
Generalmente daño emergente.	Es mucho mayor que con las pólizas. (hasta 600 s.m.m.l.v. en el grupo 1, 370 s.m.m.l.v. en el grupo 2, y 350 s.m.m.l.v. en el grupo 3.
	Gana cobertura en el daño emergente (disminución de valores económicos existentes), lucro cesante (lo que el afectado dejo de recibir por el daño), perjuicios morales y daños a la vida de relación (avaluados en s.m.m.l.v.).
Generalmente el 10 % del valor asegurado.	No tiene deducible.
Se entrega al asegurado el valor al que tiene derecho de acuerdo a su póliza, para que cubra lo que le alcance (se le reembolsa) o se ofrecen los servicios de *outsorsing*.	No tiene costo adicional, lo cubre el plan en su totalidad.
Generalmente opera con reembolso.	No genera un gasto adicional porque cubre honorarios de abogados, gastos de procesos, peritajes y pruebas.
No ofrece.	El FEPASDE desarrolla educación preventiva, ciclos de conferencias, revista especializada *Médico Legal*.
No ofrece.	Tiene la posibilidad de acceder a servicios jurídicos en otras áreas del derecho a tarifas muy asequibles (S.C.A.R.E. abogados)".

▲ Diferencia entre una póliza de seguros y los servicios prestados por el FEPASDE a sus afiliados

La *Revista Médico Legal*, cuya primera publicación se remonta a 1995, ha cumplido una función educativa respecto a los dos espectros de las personas vinculadas, al orientarse a la información de los profesionales de la salud vinculados como usuarios, y a la educación e información del *pool* de abogados vinculados al FEPASDE.

La revista se publica tres veces al año, con un formato semejante al de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, convirtiéndose así en un espacio de conversación sobre temas jurídicos relacionados con problemas surgidos de las demandas en el campo del ejercicio profesional, y definiendo políticas y estrategias, tanto de prevención como de resolución de problemas.

Contar con el FEPASDE obligó a la Sociedad Colombiana de Anestesiología a un desarrollo empresarial sin antecedentes, lo que modificó toda su estructura administrativa, de una simple y modesta a una de completos y complejos registros, seguimientos y controles de alta exigencia.

A QUIÉNES SE PRESTA EL SERVICIO Y QUÉ SERVICIOS SE PRESTAN

Luego de la apertura inicial a los médicos de COMEDAL, esta se amplió progresivamente a todas las especialidades y a todos los profesionales de la salud; en los últimos tiempos se ha ampliado la cobertura al área de los oficios y ocupaciones, como técnicos de laboratorio, de rayos X, etc.

La protección ofrecida es amplia en cuanto a lo jurídico y lo económico, en respuesta a demandas y acciones legales en contra durante el ejercicio profesional. La protección jurídica se determina de acuerdo con la etapa en que se encuentra el proceso, y las coberturas de respaldo económico se otorgan de acuerdo al grupo de profesionales de la salud al que el afiliado se encuentra adscrito. En el campo penal, civil, contencioso y administrativo se ofrece investigación privada sin límite, cobertura de los gastos del proceso y asistencia procesal del 100 %. Las indemnizaciones cubren el pago prejudicial y el fallo judicial, en cuantías variables para un primer o segundo evento jurídico.

EL APORTE AL DESARROLLO GREMIAL

Contar con el FEPASDE obligó a la Sociedad Colombiana de Anestesiología a un desarrollo empresarial sin antecedentes, lo que modificó toda su estructura administrativa, de una simple y modesta, a una de completos y complejos registros, seguimientos y controles de alta exigencia. Todos estos hechos sumados obligaron a la S.C.A.R.E. a migrar a la estrategia empresarial y cambiar su dinámica, al disponer de recursos para desarrollar el otro tipo de actividades de las cuales es responsable. A la par de la controversia sobre los desarrollos de la Sociedad a partir del surgimiento del FEPASDE, cuando se cuestionaba la prevalencia del aspecto económico empresarial sobre lo académico y científico, surgieron serios cuestionamientos, que aún persisten, sobre el deterioro de los objetivos gremiales de la organización.

Sin embargo, en los análisis de desarrollo y crecimiento del fondo se tenía claro que se estaba atendiendo al desarrollo gremial del sector. Los anestesiólogos, con apertura a todos los actores del gremio, estaban siendo solidarios con la "comunidad de la salud" en un aspecto de su ejercicio profesional. Sin embargo, la comunidad de la salud tiene otras necesidades: no les pagan sus honorarios, se retrasan sus salarios o tienen demandas de tipo disciplinario, y estos eran problemas vinculados con protecciones no contempladas en los reglamentos. Desde el inicio se planteó la posibilidad de ayudar y establecer otros beneficios similares o parecidos, a fin de contribuir a la ayuda de esta comunidad.

Desde las primeras etapas de la concepción del fondo, sus promotores, los Dres. Ruiz y Galindo, y después la generalidad de sus directivos, plantearon que la Sociedad Colombiana de Anestesiología ejerciera un liderazgo dentro del gremio de los anestesiólogos, el cual se proyectara a todo el gremio de la salud, primero con los médicos y después con los demás profesionales y técnicos. No faltaron los cuestionamientos a esta perspectiva, y presiones y exigencias para restringir los servicios a los anestesiólogos. Pero finalmente los procesos se dieron, y desde la S.C.A.R.E. se han ofrecido múltiples productos y servicios, a través de los cuales se ha ejercido un liderazgo nacional. Esto ha funcionado como un eje de presión para conseguir logros en el ámbito del Estado, en asocio con otros actores del sector salud, lo que hoy se define como la búsqueda de "intervenir el contexto", no solo desde el nicho de los afiliados como unidad independiente, sino por parte de todos en conjunto como un sector de la sociedad.

En consecuencia, con base en servicios básicos iniciales que se han ampliado progresivamente, se ha construido una de las más importantes empresas en el área de la salud al servicio de los profesionales.

¿CÓMO HA IMPACTADO EL FEPASDE EN LA S.C.A.R.E. Y EN LA SALUD EN COLOMBIA?

En el editorial de 2009 de la revista de la Sociedad, titulado "Innovación y desarrollo científico", escrito por el hoy director ejecutivo, Dr. Gustavo Reyes Duque, se especifica cómo la creación de instancias como el FEPASDE ha contribuido al desarrollo científico de la S.C.A.R.E.:

El objetivo definido en 1949, cuando se constituyó la Sociedad Colombiana de Anestesia –SCA– (en ese tiempo), era promover el desarrollo gremial y científico. Más adelante, en 1993, con una visión más intuitiva que real, y con el ánimo de ampliar la oferta de servicios en lo gremial a los socios de la organización, se creó el Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas –FEPASDE– relacionadas con la responsabilidad médica. No obstante, para muchos esta nueva estrategia generó una disyunción o aislamiento entre los asuntos que generaron la fundación de nuestra organización. En cierta forma, los liderazgos hegemónicos y los intereses individuales favorecieron esta reducción poco halagadora y establecieron tendencias dominantes en los asuntos asumidos por el gremio. La individualización y la relevancia subjetiva de los objetos de las misiones de las organizaciones tienen como revés la degradación del futuro, del desarrollo integral, la atomización de las personas y de los proyectos.

Fueron muchos los que criticaron esta posición y fueron

Sus más de 55 000 afiliados que reciben beneficios son la muestra de una misión cumplida, sin perjuicio de que en el futuro se sigan trazando nuevas metas y buscando nuevos caminos.

muchos otros los que construyeron a la academia en la aridez de la época. Pero el mundo evoluciona y los nuevos liderazgos refrescan e invocan los principios que en el fondo aportan la institucionalidad necesaria a las organizaciones. En consecuencia, la asamblea de delegados y las últimas juntas directivas definieron una estructura que en esencia buscaba construir en la diferencia, superar el holismo (solo ver el todo o los resultados) y el reduccionismo (solo ver las partes) y construir un principio hologramático (el principio hologramático ve las partes en el todo y el todo en las partes) que favoreciera un futuro más halagador (9).

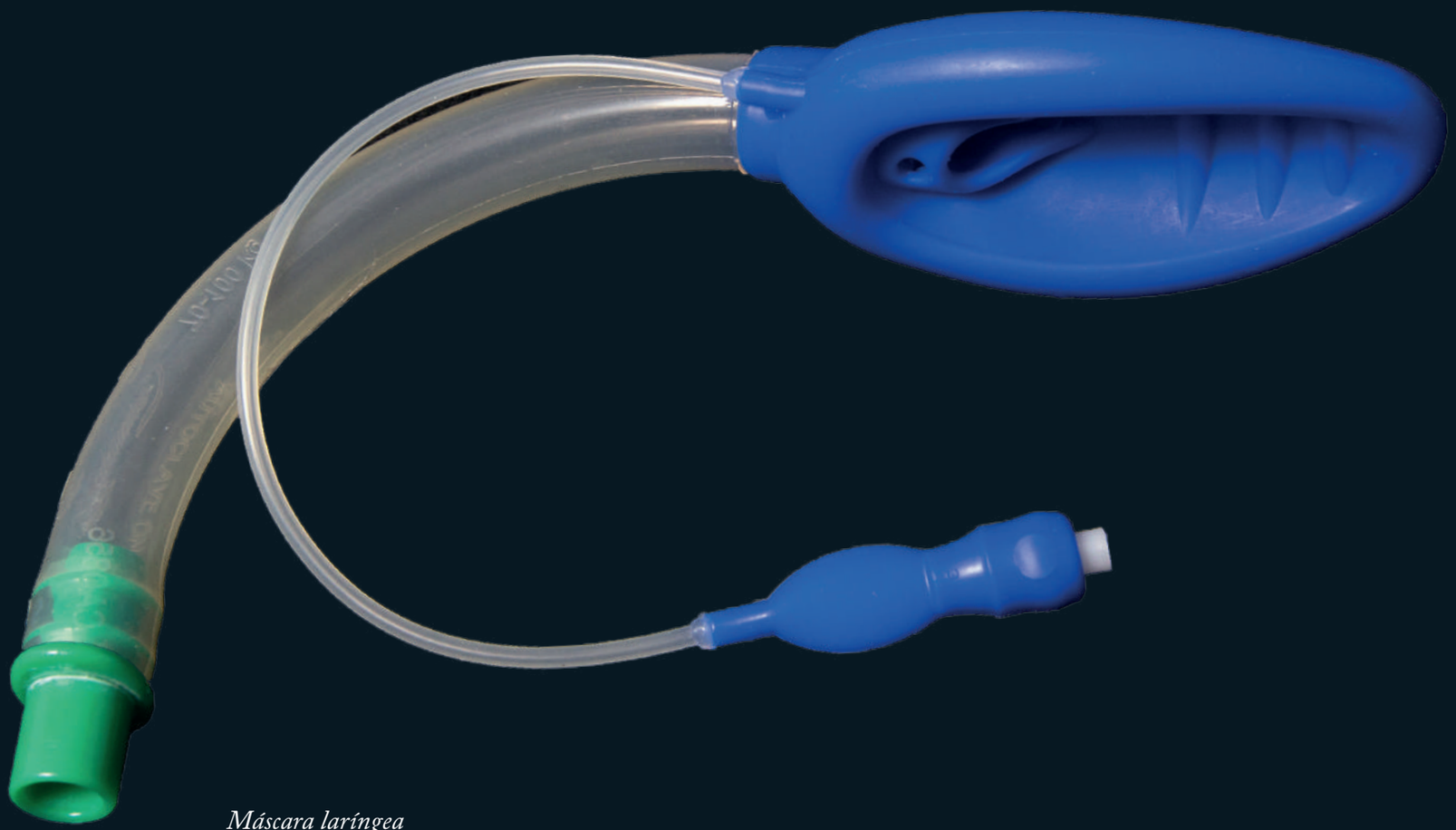
En el año 1999, el Dr. Jorge Osorio cuestionó la relación entre la Sociedad y el FEPASDE. Su planteamiento cuestionó el relativo abandono de la parte científica y gremial en aras de otorgar mayor importancia al FEPASDE, que estaba representando importantes transformaciones administrativas y financieras en la Sociedad: "Necesitamos que nuestros líderes hoy entretenidos con el buen negocio de FEPASDE miren hacia su base de sustentación, que es el Gremio, que ya no la Ciencia. Una cosa es llevar a buen recaudo los dineros aportados al Fondo de Solidaridad y ponerlos a producir en bien de los afiliados y otra muy distinta es sentarse encima de ellos. ¡La gallina sentada encima de los huevos de oro y los pollitos muriéndose de hambre!" (10).

Este tipo de cuestionamientos se presentan periódicamente, y frente a ello, en las asambleas de la Sociedad se ha buscado un equilibrio entre los tres pilares que hoy la sustentan: lo académico-científico, lo gremial y lo empresarial (ver Capítulo VI - Periodo de Oro [1991-2002]: Ley 6ª, FEPASDE, CorpoSCARE).

Uno de los impactos del FEPASDE desde los inicios de su concepción, inclusive cuando aún no había definiciones sobre el camino por seguir, fue la conciencia del riesgo: "estamos en riesgo de demanda, hay que hacer algo" (7). El fondo viene cumpliendo sus objetivos y hoy, en asocio con otras estrategias de servicio de la Sociedad, ha cumplido un papel fundamental dentro de esta. Sus más de 55 000 afiliados que reciben beneficios son la muestra de una misión cumplida, sin perjuicio de que en el futuro se sigan trazando nuevas metas y buscando nuevos caminos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Pontón J. Capítulo X. FEPASDE. En: Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
2. Ruiz I. FEPASDE: una necesidad histórica profesional de la medicina. En: S.C.d. anestesia, editor. Historia de la Anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999. p. 235-8.
3. Ruiz Moreno I. Orígenes del FEPASDE. Bogotá; 2016.
4. S.C.A.R.E. Acta de la XL asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación. En: S.C.A.R.E., editor. Libro de actas de la Sociedad. Pasto: S.C.A.R.E.; 1990.
5. S.C.A.R.E. Acta de la XLI asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación. En: Libro de actas de la Sociedad. Manizales: S.C.A.R.E.; 1991.
6. S.C.A.R.E. Acta de la XLII asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación. En: Libro de actas de la Sociedad. Barranquilla, 15 y 16 de agosto de 1992.
7. Peña Aponte G. Conversatorio sobre la Ley 06 de 1991 y el FEPASDE. Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2016.
8. Colombia, S.d. Constitución Política de Colombia. 20 de julio de 1991. [Citado 01-07-2016]. Disponible en: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf
9. Reyes Duque G. Innovación y desarrolllo científico. Rev Col Anest. 2009; 37(2).
10. Osorio RJ. Editorial. Rev Col Anest. 1999; 37(2).
11. Fepasde. Diferencias entre una póliza de seguros y el FEPASDE. [Citado 23-03-2016]. Disponible en: http://asocolderma.org.co/uploads/files/SCARE/SCARE_Fepasde.jpg



Máscara laríngea

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO VI - PERIODO DE ORO (1991-2002): LEY 6ª, FEPASDE, CORPOSCARE



▲ Grupo de trabajo que participó en la construcción colectiva de este escrito: de izquierda a derecha, Ricardo Navarro Vargas, presidente de la S.C.A.R.E.; Saúl Charris Borelli; Rafael Macías Mejía; Manuel Galindo Arias; Mario Granados Sandoval; Ernesto Rojas; Julio Enrique Peña Baquero; Luz María Gómez Buitrago, subdirectora científica de la S.C.A.R.E.; Gustavo Reyes Duque, director ejecutivo de la S.C.A.R.E.; Bernardo Ocampo Trujillo, coordinador de la reunión, y Jorge Mario Correa.

HITOS QUE MARCARON EL "PERIODO DE ORO"

Para la reconstrucción de los hechos que marcaron este periodo de desarrollo acelerado de la Sociedad, se convocó a un conversatorio con los actores de la época y a directivos actuales de la S.C.A.R.E., y con ellos se buscó desentrañar el qué, el cómo y el cuándo del momento en que la institución cambió su rumbo y se orientó hacia una empresa con fortalezas académicas, científicas, gremiales y empresariales, que cumple en la actualidad un papel preponderante en el concierto de las sociedades científicas del país.

En el grupo de trabajo y en instancias cercanas a él, con el mismo objetivo, participaron los Dres. Saúl Charris Borelli, Manuel Galindo Arias, Jorge Mario Correa, Rafael Macías Mejía, Julio Enrique Peña Baquero, Mario Granados Sandoval, Fernando Aguilera Castro, Ignacio Ruiz Moreno, Luis Gonzalo Peña A., Gustavo Reyes Duque, Luz María Gómez Buitrago, Ricardo Navarro Vargas y Bernardo Ocampo Trujillo, coordinador del grupo de trabajo.

En la definición de los periodos de la anestesia consignados en el libro *Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I* (1), la investigación llegó hasta el año 1973, y se definió un sexto periodo que comprendía desde 1973 hasta la fecha; en ese documento se precisó claramente que el estudio de dicha época implicaba una investigación adicional que se ha emprendido con motivo del proyecto *Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia* (2).

Anteceden el desarrollo de la Sociedad dos periodos de mucha importancia. El cuarto periodo, que se ha llamado de Institucionalización y Preprofesionalización, iniciado en 1949, cuando se funda la Sociedad Colombiana de Anestesiología; se caracteriza por el surgimiento de los primeros cloroformistas y anestesistas, médicos que se dedicaban totalmente al ejercicio de la anestesia, y que a través de la recién fundada Sociedad impulsan el desarrollo de la especialidad, y crean las primeras escuelas de anestesia, inicialmente para personal no médico por la falta de interés de estos y otros profesionales de la salud en la naciente especialidad; también se organiza el primer congreso de anestesia y llegan a Colombia los primeros médicos formados en anestesia en el extranjero; comienzan a surgir las sociedades regionales y poco a poco la anestesia logra una representatividad en el concierto de las especialidades en el país (3).

El quinto periodo, reconocido como el de Profesionalización, se inicia en 1959 con la fundación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), que abre la normatización de las escuelas de medicina y de los posgrados de las diferentes especialidades, entre ellas la de anestesia en 1954, cuando se crea el comité de la especialidad. Certificados los primeros especialistas por derecho adquirido, se institucionalizan las escuelas de posgrado que se iniciaron hacia 1958, adscritas a los hospitales y que ahora dependerían de las universidades. El crecimiento es exponencial: posgrados, congresos, cursos y fortalecimiento de los aspectos académico, científico y gremial. Todo marcha, aunque con grandes restricciones económicas de la Sociedad nacional y de las regionales, pero con una voluntad de crecimiento generalizada. Dos hechos coinciden con el final del periodo en 1973: la celebración del Congreso Latinoamericano y del II Congreso Colombiano, dos eventos científicos de gran relevancia, y la fundación de la *Revista Colombiana de Anestesiología* (3).

Ese año de 1973, que se señala como el fin del quinto periodo, corresponde a la crisis de la Sociedad, a consecuencia de la ruptura del convenio de prestación de servicios con la Caja Na-

cional y el Instituto de Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), lo que llevó a una confrontación de los anestesiólogos con el Gobierno (3). Este incidente gremial involucró poco a poco a las sociedades regionales, y luego de varias asambleas ordinarias y extraordinarias, la crisis se agravó, para resolverse solo parcialmente con la XX Asamblea reunida en Armenia el 21 de junio de 1974 (4); estas reuniones se consolidaron con la convocatoria a la XXI Asamblea, el 19 de julio de 1975 en el Hospital Militar de Bogotá, cuando asume la presidencia de la entidad el Dr. Jaime Herrera Pontón (5).

En 1972, por disposición del Gobierno, los anestesiólogos y los profesionales de las demás especialidades pasaron de cobrar sus servicios por evento, a ser empleados oficiales con sueldo. Solamente la cirugía plástica siguió pasando facturas en la anterior modalidad, lo que se terminaría después a causa de los abusos de estos especialistas en la facturación (6).

La confrontación Gobierno-anestesiólogos continuó y llevó a una convocatoria extraordinaria el 29 de septiembre de 1976, de nuevo en el Hospital Militar (7), con el fin de tratar los temas de la crisis del sistema de salud, así como los planteamientos del Gobierno sobre la contratación con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), y sobre la declaración de empleados públicos a los anestesiólogos vinculados a la institución. Los anestesiólogos libran la batalla definitiva por la reivindicación médica en general y de la especialidad, cambiando el viejo y sumiso modelo de relación cirujano-anestesiólogo. Los miembros de las distintas seccionales son activistas de primera fila en la huelga de 1976 del Instituto del Seguro Social, que llevó a la Ministra del Trabajo de la presidencia de Alfonso López Michelsen, María Helena de Crovo, a señalar al gremio de anestesiólogos como el "[…] talón de Aquiles de la organización médica en Colombia". La declaración de solidaridad la firmaron 17 de las sociedades filiales a la Colombiana. El paro médico del año 1976, encabezado por ASMEDAS, bajo la presidencia del ginecólogo Eduardo Arévalo Burgos, duró 56 días. Al final del conflicto, los médicos, incluidos los anestesiólogos, pasaron de ser trabajadores oficiales a funcionarios de la seguridad social. En ese momento, el Instituto pasó de llamarse Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) a Instituto de Seguros Sociales (ISS) (6).

SEXTO PERIODO: DE LA REESTRUCTURACIÓN. 1973 -1991

Al sexto periodo, que va de 1973 a 1991 (8), se le ha denominado "Periodo de la Reestructuración", por comprender los años en los cuales hay una serie de hechos académicos, gremiales y jurídicos que permiten una recuperación parcial de la Sociedad. En la mayoría de esos hechos no participó directamente la Sociedad, sino que fueron impulsados y organizados por grupos de profesionales y por las sociedades regionales. Se caracteriza esta época del desarrollo de la anestesia, claramente, por el interés de los anestesiólogos en cualificar el ejercicio de la anestesia de modo independiente de la dirección nacional de la Sociedad, que hacía esfuerzos por su supervivencia; las sociedades regionales se fortalecieron y varias, en asocio con las universidades, desarrollaron actividades académicas y científicas, hicieron esfuerzos investigativos, y manejaron sus problemas gremiales y de relaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Los principales programas que se desarrollaron durante la época y que fueron consolidándose en busca del desarrollo de la especialidad incluyen:

- Fundación de la *Revista Colombiana de Anestesiología* y su fortalecimiento.

- Reuniones sobre manejo del dolor, con invitados internacionales, que abrieron uno de los primeros campos de acción de los anestesiólogos fuera del quirófano.

- Seminarios de Educación de Anestesia, que marcaron las pautas para la enseñanza de la anestesia a nivel de pre y posgrado, así como los inicios de la investigación y el desarrollo de los programas de especialización.

- Primeras reuniones de jefes de programas de especialización.

- Programación de cursos varios, entre los que se cuentan los de farmacología de la anestesia y la analgesia, bases científicas de la anestesia y ventilación mecánica.

- Se inauguran las primeras unidades de cuidados intensivos, lideradas por especialistas de la anestesia.

- Continúan fundándose las sociedades regionales de anestesia bajo la tutoría de la Sociedad Colombiana de Anestesiología (SCA).

- Estatutariamente, la creación del cargo de secretario ejecutivo, en el año 1973, marcó un cambio en la cabeza de la dirección de la Sociedad, al pasar a ser el representante legal de esta. Como en esa época no había facilidad en las comunicaciones y en la movilidad, y la Sociedad tenía unos recursos limitados, no era fácil que los presidentes, muchos de ellos viviendo fuera de Bogotá, viajaran a la capital. Por tal razón, el secretario ejecutivo tenía que atender asuntos importantes que no daban espera, como reuniones con ministros, con ASCOFAME o con otros dirigentes gremiales (ACSC, ASMEDAS, FMC), etc. Esta decisión agilizó la administración de la Sociedad, aunque no sin causar resistencias y dificultades.

ANTECEDENTES QUE ABRIERON EL CAMINO DEL PERIODO DE ORO

Antes de 1991, año que se ha identificado como punto de partida de este "Periodo de Oro", ocurrió una serie de hechos de características variables que prepararon el terreno para el cambio de la Sociedad. Se parte de unas actividades sobre todo científico-académicas, con la responsabilidad principal de organizar el congreso anual de la especialidad, y cursos sobre diferentes temas de actualidad; también, de serias dificultades económicas que llevaban a limitar las reuniones de la Junta Directiva y a recurrir, para las actividades que se desarrollaban, a la colaboración de los laboratorios farmacéuticos que producían las drogas usadas en el ejercicio de la profesión, y de los distribuidores de equipos médicos que de igual manera los ofrecían para su comercialización; y finalmente, de actividades gremiales que caminaban en la definición de tarifas para el ejercicio privado o institucional oficial, junto a la búsqueda de independencia con una remuneración digna no supeditada a los honorarios que los cirujanos cobraban a sus pacientes.

El desarrollo de dos eventos históricos se acercaban, y diferentes actores y organizaciones nacional y regionales trabajaban en la búsqueda de soluciones a problemas que impactaban seriamente el ejercicio de la profesión.

A medida que diferentes actores trabajaban en la búsqueda de soluciones a problemas que impactaban seriamente el ejercicio de la profesión, dos eventos históricos se acercaban: una ley que regía la especialidad y un fondo solidario para protección de demandas.

En la búsqueda de una independencia de la especialidad, se estudiaba la emisión de una Ley de la República que la rigiera, y se exploraba en el parlamento esta posibilidad, a la par que, con asesores de todo tipo, se redactaba el proyecto de ley para su presentación. Esto llevó a que en enero de 1991 se expidiera la Ley 6ª, que rige en la actualidad y marca un hito en la historia de esa época de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, y también el inicio de este periodo (ver Capítulo VI: Historia de la Ley 6ª).

Otros grupos de anestesiólogos exploraban la solución a la creciente tendencia a demandar al profesional médico en general, y al anestesiólogo en particular, por problemas en su ejercicio. Se analizaba la oferta de las compañías de seguros, los costos de las pólizas, el incumplimiento en responder a los siniestros, las alternativas de solución y la posibilidad de constituir un fondo solidario, específicamente para protección de las demandas. En busca de la solución se evaluó a las entidades que podrían liderar el proyecto, y el resultado de ese proceso fue la creación del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) en 1993 (ver Capítulo V: Historia del FEPASDE).

Otro punto crucial del desarrollo de la especialidad, que marcaría pautas en su transformación, fueron las Normas Mínimas de Seguridad publicadas en 1984; en un principio, fueron cuestionadas por los propios anestesiólogos, debido a la falta de voluntad de las instituciones y sus directivos para conseguir los equipos exigidos en las normas, ante las "normales" dificultades económicas de las instituciones de salud de la época; por otra parte, el no cumplimiento de las normas podía abocar al profesional a dificultades ante la ley y a ser objeto de un incremento futuro de demandas (ver Capítulo VIII - Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia).

Otros hechos no menos importantes fueron ambientando los cambios de la Sociedad hacia una entidad distinta. En diferentes asambleas se presentaron reformas y proposiciones que apuntaban a mejorar las condiciones de los afiliados, y a cualificar la Sociedad como entidad científica y gremial, características de las sociedades científicas de la época. Dentro de esos hechos se pueden resaltar:

- La reforma estatutaria del año 1982 en la histórica asamblea de la Clínica Marly, cuando se hizo consciente y se institucionalizó la concepción de la Sociedad como una federación donde funcionaba una unidad de cuerpo administrativo, y a la vez una descentralización al otorgársele vida jurídica a las organizaciones regionales. El Dr. Rafael Sarmiento fue protagonista cuando les hizo conocer a los asistentes que la Sociedad Colombiana tenía una organización de carácter federativo.

- Los aspectos gremiales tuvieron, en los preámbulos del año 1991, una fuerte relevancia; entre ellos están:

- La aprobación de las vacaciones forzosas, no acumulables, que eran costumbre en el personal médico.
- Se iniciaron conquistas del bienestar personal en el trabajo (racionalización de jornadas laborales o vacaciones), las cuales empezaban a tomar importancia.
- Con los directivos del ISS se adelantó un trabajo importante en su momento, porque favorecía a trabajadores de esta entidad y a los que trabajaban en entidades que hacían contratos con ella, las cuales eran muchas. Se logró que las tarifas de anestesia pasaran del 30 % al 40 % y quizás algo más; no era lo óptimo, pero era mejor que lo que había. Además, las tarifas del ISS eran el parámetro por el que se regían muchas otras instituciones oficiales y particulares (6).

• La Ley 100 de 1993, que modificó el "Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia", le exigió a las sociedades científicas y a sus miembros un cambio, y este se representó, entre otras, en las condiciones siguientes:

- Se modificó por completo el ejercicio profesional.
- Se obligó a buscar nuevas alternativas de negociación entre médicos y EPS o IPS.
- La Sociedad hizo un trabajo sobre tarifas, el cual, de alguna manera, integraba el manual del Seguro Social con el Manual Tarifario SOAT.
- Con esta meta, se diseñó la Guía de Valores Relativos (GVR), con base en las guías de la ASA, y se hizo su presentación en una asamblea; sin embargo, no se aceptó como "guía única de pago a los anestesiólogos", pues no se logró unidad en la posición de las diferentes regiones del país, aunque marcó un hito en la forma de concebir las tarifas de la especialidad.
- El Dr. Rafael Macía recorrió el país y presentó en varias seccionales una conferencia, donde mostraba la nueva perspectiva económica para los anestesiólogos.
- A mediados de la década de los 90, el Ministerio dio a conocer un proyecto de decreto, en el cual se permitía que los anestesiólogos accedieran a la pensión de jubilación a los 20 años de ejercicio, pero con la exigencia de que, una vez pensionados, no podrían trabajar más en la especialidad. La Sociedad y los anestesiólogos rechazaron esa "gabela envenenada".

Con estos antecedentes se sentaron las bases para un cambio, y se fueron produciendo los hechos que lo definirían: la Ley 6ª, el FEPASDE y las Normas Mínimas de Seguridad.

Un hito que es necesario resaltar, aunque ya fue señalado, y que impactó la estructura de la Sociedad, fue el esquema político federado que dio a las sociedades departamentales una administración propia; esta se fortaleció en la medida de los intereses y voluntades de sus miembros, y de la posibilidad para estos de desarrollarse en los aspectos científico, académico, gremial y empresarial. Dicha condición administrativa se reflejó en los diferentes aspectos en los cuales la Sociedad se trasformó.

Todos estos hechos están enmarcados en los cambios constitucionales sucedidos en el país a raíz de la aprobación de la Constitución de 1991, que llevó a un gran cambio cultural en todas las estructuras sociales y políticas de Colombia.

Pero ¿cómo influyen estos hechos en el "Periodo de Oro"? A continuación se explica esto mediante algunos aspectos claves.

La Ley 6ª de 1991

La búsqueda de una ley que reglamentara la especialidad, iniciada en 1987 y concretada el 16 de enero de 1991 con la firma del Presidente de

la República, se ha demarcado como el punto de partida de la transformación de la Sociedad y el inicio del "Periodo de Oro" de su historia (ver Capítulo IV - Apuntes para una historia de la Ley 6ª de 1991).

A partir de ese momento se trabaja bajo el imperativo legal con fuerza de ley, que plantea que una determinada especialidad solo puede ser ejercida por quien tiene una formación específica. Este hecho adquirió una gran importancia a medida que el tiempo pasaba, pues a pesar de que no se trataba de una política pública, sí hay un delineamiento en las altas esferas del Gobierno respecto a frenar cualquier posibilidad de regulación de otras especialidades; es decir que, en la actualidad, este tema no tiene cabida en las altas esferas administrativas, y otras profesiones han fracasado en el intento de lograrlo, con gastos significativos de dinero (9).

La Ley creó el Comité Nacional para el Control de la Anestesiología, que permite una interlocución de la Sociedad con el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud (después Ministerio de la Protección Social y hoy de nuevo Ministerio de Salud); igualmente creó los Comités Regionales, lo que permite que las sociedades de los departamentos puedan interactuar con las Secretarías Departamentales de Salud (después Direcciones Territoriales de Salud). Si bien estos no son órganos que tomen decisiones, los comités tienen un peso importante, pues ninguna otra especialidad puede ir a una Secretaría de Salud y solicitar una organización especial o acordar formas especiales de prestación del servicio (9).

Pero ¿cuáles fueron los aspectos que se derivaron de la expedición de esta Ley, que justifiquen afirmar que en esa fecha cambió la Sociedad y se convirtió en lo que es hoy, con toda su proyección?

La Ley abrió la segunda posibilidad de certificación de los anestesistas, médicos que ejercían la anestesia pero no tenían un documento que les acreditara su experticia en la disciplina; se abrió la posibilidad de una certificación por ejercicio y tiempo de dedicación, y si esto no era suficiente, la posibilidad de hacer una actualización en una entidad universitaria que expidiera su acreditación. La primera oportunidad había surgido con la "certificación por derecho adquirido" del año 1964, con la creación del Comité de Anestesiología de ASCOFAME. Y ahora, con la reglamentación autorizada por la Ley 6ª y las mencionadas posibilidades de certificación, el ejercicio de la anestesia en Colombia quedaba restringido a médicos especializados en anestesia (ver Capítulo III - Historia de la formación del recurso humano en anestesia en Colombia).

La aprobación de la Ley desencadenó reacciones positivas y negativas, y sin proponérselo, el gremio se hizo más visible ante la comunidad médica. Las demandas contra la norma, provenientes de diferentes entes administrativos, universidades, secretarías de salud, etc., y los resultados de la defensa por conservarla, hicieron más visible a la anestesia como tal y a su órgano rector, la Sociedad. Pero estos se hicieron más evidentes cinco años después, cuando se reglamentó la Ley y se tomó conciencia, por parte de sus diferentes actores, de los compromisos adquiridos y la responsabilidad del ejercicio del acto anestésico. Se luchó por eliminar aspectos negativos del día a día, como las anestesias simultáneas, y a pesar de que los logros no han sido totalmente positivos, la reducción de dichos aspectos fue significativa y tuvo amplio reconocimiento social y científico.

La aprobación de la Ley creó entre los anestesiólogos una sensación de confianza, una impresión de pertenencia al gremio y una visión de comunidad académica que generaba amistad y solidaridad, hacia adentro y afuera de la organización. Se modificó significativamente el mercado de los servicios del anestesiólogo, y la contratación, que ya estaba variando con la Ley 100 de Seguridad Social, se hizo más sólida; de igual manera, las propuestas de relación laboral con las entidades de salud tomaron fuerza, con logros significativos a nivel regional y nacional. La independencia de la relación anestesia-cirugía, en

cuanto a los honorarios, se fortaleció, significando esto, en no pocas circunstancias, ventajas para el gremio.

El hecho de ser una especialidad médica con una ley que normatizara su ejercicio, le dio a la anestesia un protagonismo ante la sociedad y ante el Gobierno, que con el transcurso del tiempo y con un manejo cuidadoso, se ha hecho más significativo, no solo para la anestesia en particular, sino para las demás especialidades, en el concierto de una situación de salud compleja.

No se puede desconocer que la anestesia y el anestesiólogo han logrado un liderazgo en el ejercicio general de la salud, conducido desde la Sociedad y proyectado en todos los ámbitos de su incumbencia en el país; y este liderazgo se ha proyectado internacionalmente con influencia muy significativa en la comunidad médica anestesiológica de Latinoamericana, y con un reconocimiento a sus logros por parte de la *World Federation of Societies of Anesthesiologist* (WFSA).

Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE)

Al mismo tiempo que se buscaba la emisión de la Ley de la especialidad, el grupo trabajaba en buscar la forma de protegerse de la creciente ola de demandas que aparecían y que comprometían a todos los profesionales de la salud. A finales de los 80, las demandas a los anestesiólogos eran muy numerosas y de altas cuantías, y la anestesia ocupaba los primeros puestos en las especialidades y profesiones demandadas. Después de un análisis en el que participaron expertos de diferentes ramas del aseguramiento, en 1993 se da vida a un fondo que inicialmente protege a los anestesiólogos, pero después amplía su cobertura a todos los profesionales del sector salud. La Ley 6ª impactó en el quehacer del anestesiólogo y creó cierto grado de temor, lo que hizo, aún más, pensar en el FEPASDE (ver Capítulo V - Apuntes para la historia del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas [FEPASDE]).

El fondo acabó impactando toda la estructura de la Sociedad de anestesia; sumado a la Ley 6ª, la fortaleció y dio origen a una actividad no contemplada en sus estatutos, al transformarla en una empresa con gran fortaleza financiera y en una Sociedad con objetivos científico-académicos, gremiales y empresariales. Contar con el FEPASDE obligó a la Sociedad a un desarrollo empresarial sin antecedentes, que cambió toda su estructura administrativa, desde una simple y modesta, a una de completos y complejos registros, seguimientos y controles de alta exigencia. Todos estos hechos sumados obligaron a la S.C.A.R.E. a migrar a la estrategia empresarial, y le cambiaron la dinámica al permitir disponer

La aprobación de la Ley creó entre los anestesiólogos una sensación de confianza, una impresión de pertenencia al gremio y una visión de comunidad académica que generaba amistad y solidaridad, hacia adentro y afuera de la organización.

de recursos para desarrollar los otros tipos de actividades de las cuales era responsable.

El fondo fue concebido como un apoyo al anestesiólogo, pero diferentes circunstancias obligaron a ampliar la cobertura en principio a la profesión médica en general, y después a todos los profesionales de la salud (odontólogos, enfermeros, laboratoristas, fisioterapeutas, etc.), e inclusive, en los últimos tiempos, a personas de los oficios del sector (camillero, personal de ambulancias, etc.), estudiándose también la posibilidad de ampliar la cobertura a las instituciones.

El FEPASDE llevó progresivamente a un importante cambio en la conciencia del anestesiólogo, en el sentido del surgimiento de una "cultura de seguridad" en el ejercicio. En la búsqueda de esa seguridad y para proteger los recursos que se captaban para la protección de quien es demandado, se inició toda una política educativa alrededor de la prevención y las estrategias de seguridad. Se creó una gran "conciencia del riesgo" y de la necesidad de actuar para solucionar la problemática surgida y creciente (9).

El impacto en el campo jurídico fue de gran trascendencia, en la medida que se organizó un grupo de abogados dedicados al estudio de las leyes y normas que existían y eran necesarias para la defensa de los afiliados; con una dirección central, la conformación de equipos regionales fortaleció aún más el equipo jurídico y el trámite de los procesos. Los afiliados del FEPASDE de todas las disciplinas, recibieron educación en el tema, y la revista *Médico Legal*, fuera de ser un medio de consulta tan relevante como la de carácter científico (*Revista Colombiana de Anestesiología*), sirvió para afianzar esa "cultura de la prevención" y del constante trabajo por la seguridad del paciente. La estrategia de desarrollar seminarios para los jueces y fiscales, inicialmente cuestionada, se convirtió en un acierto que ha impactado en los resultados de los trámites de defensa en marcha.

La organización S.C.A.R.E., resultante de todos estos desarrollos, ha tenido un grupo permanente de detractores que le han cuestionado su crecimiento y los servicios que ofrece. En su inicio, de los ataques jurídicos salió fortalecida y relativamente indemne. Si bien ha habido acciones del sector asegurador con el deseo de imitarla o reproducirla, y cuestionamientos sobre los servicios que se prestan, hay también en ese sector deficiencias de las pólizas que se ofrecen al personal de salud y que no le dan la cobertura que el FEPASDE ha demostrado ofrecer (ver diferencias entre los servicios de las pólizas y los del FEPASDE, en el capítulo V sobre este fondo). Y desde el interior de la organización, se han pronunciado voces que cuestionan que las responsabilidades empresariales han debilitado las acciones científico-académicas y gremiales, las cuales son su responsabilidad primaria. Todos estos cuestionamientos han llevado a las directivas a ser mucho más exigentes, por una parte en la escogencia de quién la dirige, y por otra, en extremar las políticas de servicio y las estrategias de control.

Un intento de resumen del impacto que el FEPASDE ha causado en la S.C.A.R.E. y en el medio en el cual esta se desenvuelve, puede definirse así:

- En el medio gremial, se comprendió que el fondo tenía en sus manos un recurso de mucha importancia que le obligaba a desarrollar estrategias para su administración y conservación.

- En el sistema de salud, se ha contribuido a mejorar la prestación de servicios.

- Se cambió la forma de hacer educación, cuando se pasó de la simple comunicación de contenidos a la búsqueda de su empoderamiento, al estar orientado al logro de competencias para el ejercicio profesional.

- Se evidenció y consolidó el concepto de Responsabilidad Social, que acompaña todo el quehacer de la S.C.A.R.E. en la actualidad.

- Cambió el papel frente a las industrias farmacéuticas, al pasarse de una situación de de-

pendencia de ellas, a una de apoyo y trabajo solidario en busca de los objetivos trazados.

La actividad científico-académica

Varios hechos fueron positivos para el fortalecimiento de la Sociedad en este periodo, unos que venían de tiempo atrás y otros que se consolidaron en las etapas que le siguieron hasta el presente.

Los Seminarios de Educación que promovió ASCOFAME para todas las especialidades, tuvieron un desarrollo particular en la anestesia, ya que las demás especialidades solo realizaron uno. La academia (diferentes programas de especialización desde las universidades) y la Sociedad hicieron el primero de dichos seminarios en el año 1974 (10), bajo el liderazgo de la Sociedad Caldense de Anestesia (SCA) y la Universidad de Caldas; después siguieron convocando esta actividad, y hasta la fecha se han celebrado diez seminarios, nueve de ellos en la ciudad de Manizales y uno en Rionegro, bajo el auspicio de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (SADEA) y la Universidad de Antioquia. De gran importancia en el reorrido de los diferentes seminarios fueron los requisitos mínimos para la enseñanza del pregrado y del posgrado, los cuales se iban implementando en los diferentes programas, inclusive antes de que se formalizara su reglamentación por ASCOFAME o por el Ministerio de Educación (ver Capítulo III - Historia de la formación del recurso humano en anestesia en Colombia).

Con la definición de los "requisitos mínimos para el pregrado" se invitó a las universidades a incluir la anestesia en sus currículos de medicina, y si bien no todas los asumieron con el fervor con que fueron aprobados, poco a poco la enseñanza de principios de la anestesia al estudiante de medicina abrió en este el entusiasmo por la especialidad; esto ha llevado, entre otras cosas, a que la anestesia sea una de las especialidades más apetecidas por los médicos generales en los inicios del siglo XXI. Cuando la Ley 6ª salió a la luz pública, se cuestionó la enseñanza de las técnicas anestésicas a los estudiantes de pregrado; varias escuelas bajaron la guardia, y en muchas otras se ha conservado el concepto de "no enseñar a administrar anestesia", pero sí las técnicas de reanimación y otros aspectos de la disciplina que le son útiles al médico general en su ejercicio profesional.

Las leyes sobre educación impactaron el desarrollo de la academia en el campo de la anestesiología. Una de ellas fue la Ley 80 de 1980 "[…] conjunto de reglamentos, normas y estatutos que regulan el funcionamiento de la educación superior en Colombia" (11). Una norma que influyó en la educación de nivel superior de esa época, y por consiguiente en la enseñanza de la anestesia, fue la de las Unidades de Labor Académica (ULA) (12), que definían las características de los contenidos por ofrecer y su intensidad horaria para lograr los objetivos deseados en cada unidad programada. Las ULAS exigieron la capacitación de los docentes para su aplicación, y ASCOFAME y la Sociedad, por intermedio de los Dres. Eliseo Cuadrado y Bernardo Ocampo, presentaron una propuesta para implementarlas en los diferentes posgrados de anestesiología.

Se caminaba con mucha dificultad en la implementación de las ULAS y con una gran reacción negativa frente a estas, cuando se expidió la Ley 30 del 28 de diciembre de 1992, que cambió el panorama de la educación, muy especialmente para las sociedades científicas que ejercían alguna influencia en la enseñanza de las especialidades. Esta ley le entregó la autonomía a las universidades, las cuales asumieron, con los criterios de cada una, la enseñanza en todos los ámbitos, dejando a las sociedades científicas la sola posibilidad de desarrollar actividades de educación médica continuada (EMC) (13). La autonomía entregada por esta ley ha favorecido el surgimiento de nuevos programas de especialización, y ha permitido el fortalecimiento y cualificación de la mayoría de estos, sin que se deje de cuestionar la calidad de algunos.

Frente a esta realidad, la S.C.A.R.E. comenzó a tener un gran protagonismo en todas las actividades de educación continuada, primero desde sus congresos, que poco a poco se fueron

En educación, la Sociedad se ha caracterizado, desde esa época hasta la fecha, por el uso de diseños estructurales novedosos y por utilizar todos los medios tecnológicos modernos para su implementación.

transformando de eventos con base en conferencias y mesas redondas, a verdaderos programas de educación a través de grupos de conferencias y talleres sobre temas concretos, con objetivos educativos precisos; estas metodologías modificaron el papel de los asistentes, quienes pasaron de ser actores pasivos o simples escuchas, a actores activos participativos, con resultados significativos en el aprendizaje. El impulso de las actividades de educación continuada desde las sociedades regionales, la mayoría en asocio con las universidades de la región, ahora con importante autonomía y apoyadas desde el nivel central, convirtieron a la Sociedad Colombiana de Anestesiología en un permanente centro de educación, con una amplia gama de temas para todos sus afiliados y para profesionales de otras especialidades y disciplinas. En educación, la Sociedad se ha caracterizado, desde esa época hasta la fecha, por el uso de diseños estructurales novedosos y por utilizar todos los medios tecnológicos modernos para su implementación.

Uno de los puntos fundamentales en el aspecto académico fue la ampliación de la enseñanza de la anestesia de dos a tres años, trámite que iniciaron los Dres. Mario Céspedes y Fernando Flórez, profesores de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, lo cual, después de un largo proceso que empezó con un rechazo inicial, se aprobó tras varias asambleas y Seminarios de Educación. Fue un cambio definitivo en la cualificación de los nuevos anestesiólogos, pues se introdujeron en los currículos temas como las ciencias básicas, el cuidado intensivo, el manejo del dolor o la investigación, y se amplió la visión del acto anestésico desde la visita preanestésica al cuidado posanestésico, inclusive más allá del "cuarto de recuperación", que comenzó a llamarse Unidad de Cuidado Posanestésico (UCPA).

El componente educativo tomó una gran fuerza en la Sociedad en este periodo, y en ese sentido, todas las estrategias de educación modernas son contempladas en sus objetivos y metas. Las técnicas de la multimedia y el video aplicadas a todos los eventos científicos que se desarrollan a nivel central y en las regionales, puestos a disposición de los anestesiólogos en el portal SCARE TV, son una innovación que ha trascendido el ámbito nacional, al ser estos consultados por anestesiólogos de habla hispana en varias partes del mundo. El portal Siempre Educando, otra de las proyecciones del sistema de comunicaciones de la Sociedad, apunta de nuevo a la educación continua y a los procesos de recertificación voluntaria que se han activado. Pero la atención en este aspecto no se centra en el profesional ya formado y en ejercicio, sino que se preocupa por los estudiantes del posgrado de anestesia, los residentes, para quienes se programan actividades permanentes; una de estas es el Congreso de Residentes, en la que los residentes son los actores principales, y se propicia una sana competencia, además de fomentarse el surgimiento de nuevos líderes. Todos estos esfuerzos educativos se centran en una tecnología de calidad donde priman los diseños instruccionales

de los productos ofrecidos, y donde se prioriza la transferencia del conocimiento como una condición fundamental.

La investigación no se quedó por fuera de estos desarrollos; en efecto, desde la apertura de la *Revista Colombiana de Anestesiología* y la *Revista Médico Legal*, como espacio para publicar los trabajos científicos de los anestesiólogos, se ha pasado al estímulo de la investigación, tanto en los premios creados con ese fin, como en la convocatoria que se ha abierto para apoyar proyectos, la cual se concreta en el Centro de Desarrollo Tecnológico, con registro oficial en Colciencias.

La anestesia fuera del quirófano

Tres temas de estudio surgieron de la creciente tendencia de los anestesiólogos de proyectarse hacia afuera de las salas de cirugía.

La más importante salida de la exigencia de su ejercicio del día a día fue el "cuidado posanestésico", qué paso a ser un cuidado intensivo, primero en los "cuartos de recuperación" y luego en espacios dedicados al cuidado de los pacientes críticos, unos resultantes de la atención posanestésica y otros de situaciones derivadas del trauma. Estos desarrollos atrajeron poco a poco la atención de los internistas, obstetras, cirujanos, pediatras, etc., que encontraban en dichos nacientes espacios la solución al cuidado de los pacientes con patologías necesitadas de cuidados especiales. Desde la Sociedad se programaron las primeras reuniones y congresos sobre cuidado intensivo, y sus miembros aportaron al surgimiento de las sociedades de la disciplina, donde muchos anestesiólogos fueron actores y fundadores.

El manejo del dolor fue otro campo que se abrió desde la anestesiología, inicialmente como la necesidad de respuesta al manejo del dolor posoperatorio, pero después como algo derivado del desarrollo de nuevas técnicas y de la disponibilidad y conocimiento de las drogas para su manejo; de tal manera, se abrió el camino del manejo del dolor crónico, en un inicio enfocado en el dolor oncológico y luego ampliado al no oncológico. La proyección de esta tendencia se amplió al control del dolor agudo, al de la paciente obstétrica y hacia la educación y la investigación. De nuevo, desde el campo de la anestesia se proyectaron los primeros cursos y congresos del manejo del dolor en Colombia, y se invitó, como en el tema del cuidado intensivo, a los mejores profesionales del mundo para que enseñaran al respecto. Muchos anestesiólogos fueron fundadores de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED).

La reanimación cerebro-cardiopulmonar (RCCP) fue otro campo de acción surgido desde la anestesia, tanto en las sociedades de las regiones como en el nivel central, y los cursos sobre el tema, dictados a todo el personal de salud y la comunidad, se convirtieron en una actividad cotidiana del quehacer de los anestesiólogos. En la preocupación por unas maniobras adecuadamente practicadas y por los avances en la forma de aplicarlas, se invitó a los actores principales del mundo en el tema, y se organizaron cursos y congresos de carácter nacional e internacional.

El crecimiento de la anestesia como disciplina y como ciencia, llevó al surgimiento de diferentes temas dentro de ella, y así fueron apareciendo grupos temáticos específicos que sumaban personas con intereses comunes; dentro de estos surgieron los grupos dedicados a la hipertermia maligna, la anestesia cuantitativa, la anestesia intravenosa (TIVA), o los que dieron origen a subespecialidades como la anestesia pediátrica, la anestesia obstétrica, la neuroanestesia, la anestesia cardiovascular, el manejo del dolor, la anestesia regional, la anestesia ambulatoria, etc. Surgieron entonces los comités científicos para cada uno de dichos temas, y desde estos entes organizativos se empezaron a desarrollar actividades científico-académicas, como publicaciones, cursos, congresos, talleres e investigaciones. Así se generó un punto adicional en el fortalecimiento de este pilar de la S.C.A.R.E.

La *Revista Colombiana de Anestesiología* (RCA), sostenida desde 1973 con un gran esfuerzo, sin que se haya suspendido la publicación de uno solo de sus números programados, se convirtió, para esas fechas, en un puntal de la

comunicación entre la Sociedad y sus afiliados. Se abrió un espacio para que la naciente investigación, promovida por la Ley 30 de 1992 y asumida por las universidades como un quehacer fundamental, permitiera hacer visible el ejercicio investigativo que se introducía en los programas de tres años. Se crearon los premios Juan Marín, Jorge Colmenares, Luis Cerezo y Rafael Peña, se les asignó estímulo económico y académico, y se inició un camino que se ha fortalecido con el tiempo. Nuestro órgano de difusión científica se ha convertido en uno de los más importantes de Latinoamérica en todas las disciplinas médicas, con amplia indexación, con el interés de investigadores de muchas partes del mundo para la publicación de sus trabajos, y bajo el ánimo de que los anestesiólogos colombianos puedan presentar sus escritos científicos en una revista de calidad.

La cultura de las publicaciones no se ha restringido a la RCA o a la *Revista Médico Legal*, sino que se ha ampliado a la publicación de textos científicos de amplia difusión en Colombia y en Latinoamérica, convirtiéndose esta en otra de las formas de educación permanente a los afiliados. Y a ello se suman las cartillas que se editan sobre diferentes temas, tanto para los anestesiólogos como para otras profesiones, cubriendo de este modo el espectro de los afiliados al FEPASDE, así como las cartillas dirigidas a la comunidad en general.

Normas Mínimas de Seguridad (NMS)

Las NMS cumplieron un papel fundamental en el desarrollo de la anestesiología en Colombia y en el fortalecimiento de la Sociedad, pues conllevaron la necesidad de un mejor equipamiento de las salas de cirugía, lo que ha redundado en una mayor seguridad para el paciente y el anestesiólogo; en efecto, con el tiempo, este fue encontrando en la tecnología una mejor manera de aplicar las técnicas y controlar el procedimiento anestésico (ver Capítulo VIII - Historia de las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia).

Las NMS se convirtieron, poco a poco, en una innovación, y se fortaleció su aplicación cuando comenzaron a generar resultados, adquiriendo mayor significación cuando se incorporaron a la Ley 6ª, lo que las hizo prácticamente obligatorias, tanto para los actores del ejercicio de la anestesia, como para los responsables de las entidades que ofrecen servicios médicos que involucren la anestesia. Esto da al gremio la posibilidad de exigir la consecución de los equipos incluidos en las normas.

Desde los inicios de la creación del Comité de la Anestesiología en ASCOFAME, en 1965, se definieron unos requisitos mínimos para las instituciones hospitalarias o universitarias que quisieran abrir servicios de formación de especialistas en anestesia, los cuales, sin embargo, solo implicaban exigencias generales, como tener un cuarto de recuperación, un visoscopio y un desfibrilador. Las nuevas normas y sus permanentes revisiones, además de su oficialización en asambleas de la Sociedad, implicaron requisitos mucho más amplios y, por supuesto, la cualificación del acto anestésico, que impacta todo aquello que rodea la especialidad. Los laboratorios farmacéuticos debieron adecuarse a estas normas y los equipos médicos, poco a poco, se fueron tecnificando, para el bien de la especialidad, que mostraba su seriedad en las exigencias derivadas de las normas. Un resultado de estos requerimientos del comité de la especialidad, fueron las exigencias a los anestesiólogos que quisieran convertirse en docentes y asumir su enseñanza.

La proyección hacia la comunidad

Entre sus objetivos de desarrollo, la Sociedad definió la necesidad de proyectarse a la comunidad con sus acciones asistenciales y de educación. Desde este periodo se abrieron las puertas para dicha proyección y los aspectos más significativos de estos alcances se pueden señalar así:

- Se ha llegado a la mayoría de edad, en donde la comunidad sabe que es importante ser atendido por un buen anestesiólogo.
- En 1999 la Sociedad se consolidó como un actor de la comunidad en el Congreso de Medellín. Ese año se empezaron a organizar programas de educación y atención a la

comunidad, se organizó el primer OVACE con meseros, y los aspectos de proyección externa se incorporaron a los programas de los congresos.

- El FEPASDE decide sus intervenciones en términos de equidad y relevancia.
- La gestión de la información ha sido clave en el desarrollo de la organización.
- El acercamiento a los nuevos conceptos del *Big Data* ha fortalecido el desarrollo académico y empresarial.
- La Sociedad ha entendido su Responsabilidad Social y en todas sus acciones busca cumplir su papel como actor en ella.

Corporación Integral de Servicios: CorpoSCARE

La fecha final de caracterización de este periodo es diciembre de 2002, momento en que se da vida jurídica al ente administrativo CorpoSCARE. El diseño de esta estrategia administrativa de la S.C.A.R.E. se cumplió bajo la presidencia del Dr. Rafael Macías Mejía y la vicepresidencia del Dr. Mario Granados Sandoval, quien firmó el documento de constitución y a quien, al ser elegido presidente para el periodo 2003-2005, le correspondió ponerlo en marcha.

Los crecientes desarrollos de la Sociedad, caracterizados por la prestación de innumerables servicios tanto a sus afiliados propios como a



▲ Dr. Rafael Macía Mejía; CorpoSCARE surgió cuando él era presidente de la S.C.A.R.E.



▲ Dr. Mario Granados Sandoval: firmó la escritura de organización de CORPOSCARE y la impulsó siendo presidente de la S.C.A.R.E.

los del FEPASDE, crearon la necesidad de un ente administrativo autónomo, pero integrado a la S.C.A.R.E., que facilitara su dirección, crecimiento y control. Así surgió el Grupo Corporativo S.C.A.R.E., conformado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), CorpoSCARE, S.C.A.R.E. Abogados y la agencia de seguros S.C.A.R.E., grupo que tenía por objeto "promover el bienestar de los profesionales de la salud y demás clientes corporativos, mediante el diseño, desarrollo y oferta permanente de productos y servicios que satisfagan sus necesidades y expectativas".

En consecuencia, era necesario recoger en un solo ente administrativo los crecientes servicios que la organización venía creando, y que exigían un orden especial para sus relaciones con el Gobierno y con las responsabilidades tributarias y de control que resultaban de ellas.

A excepción del FEPASDE, todos los servicios de la Sociedad quedaban comprendidos en esta organización. Así se daba cabida, en una sola entidad, a la dirección de la ONG de la S.C.A.R.E., cabezas administrativas que venía creando la asamblea a medida que crecía la organización y en respuesta a la implementación de nuevos productos. Los servicios académico-científicos (congreso, cursos, talleres), los servicios del grupo de abogados diferentes al

FEPASDE (laborales, de riesgos no profesionales) y los servicios de seguros (personas, vehículos, bienes) estaban ahora bajo una sola cabeza directiva para su orientación y control.

Esta es una mirada retrospectiva a los 11 años en los cuales la Sociedad pasó de ser una "pequeña" empresa académica y gremial, a una organización soportada en tres pilares: académico-científico, gremial y empresarial, de alta calidad y significativos beneficios para sus afiliados.

SÉPTIMO PERIODO: DESARROLLO INTEGRAL, ÉPOCA POSTERIOR AL PERIODO DE ORO, CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL (2003 A LA FECHA)

A la fecha de diciembre de 2002, la Sociedad ya era distinta: había crecido, se había fortalecido, se había expandido, era una empresa económicamente diferente y el camino estaba abierto para su futuro crecimiento. Reconocer los cambios efectuados de allí en adelante debe ser producto de un nuevo análisis; solo así se podrá medir la dimensión que ha logrado la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE. Cronología de la historia de la anestesia en Colombia. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.
2. Ocampo Trujillo B., Peña Baquero JE. Pioneros II y otros temas de la historia de la anestesia en Colombia (en proceso). Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.
3. Ocampo Trujillo B. Cronología de la historia de la anestesia en Colombia (e-Book). Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.
4. SCA, Acta de la XX Asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesia: En: Libro de actas de la Sociedad 1956-1981. Armenia: SCA; 21 de junio de 1974.
5. SCA, Acta de la XXI Asamblea ordinaria de la Sociedad Colombiana de anestesiología. Bogotá: SCA; 19 de julio de 1975.
6. Galindo Arias M. Conflicto de los anestesiólogos con el ICSS. B. Ocampo Trujillo, Editor. Bogotá; 2016.
7. SCA, Acta de la Asamblea extraordinaria de la Sociedad Colombiana de Anestesiología. Bogotá: SCA; 29 de septiembre de 1976: Bogotá.
8. Ocampo Trujillo B. Sexto Periodo. La restructuración 1973-1991 (en desarrollo). En: Cronología de la historia de la anestesia en Colombia (e-Book). Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.
9. Peña G. Impactos de la Ley 6ª y del FEPASDE en el desarrollo de la Sociedad. B. Ocampo Trujillo, Editor. Bogotá; 2016.
10. Anestesia, S.C.d. Primer Seminario de Educación en Anestesia. Rev Col Anest. 1974;2(4):336.
11. Jaime Amaya JA. Ley 30 de 1992. Resumen. 1992. (Citado 22-03-2016). Disponible en: http://www.slideshare.net/XODOALEX/ley-30-de-1992-18558063
12. Ministerio de Educación . Decreto 3191 de 1980, Por el cual se reglamentan las Unidades de Labor Académica de que trata el Artículo 40 del Decretoextraordinario 80 de 1980. En: Decreto número 3191 de 1980. 18 de diciembre de 1980: Bogotá.
13. Congreso de Colombia. Ley 30 de 1992, Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. 28 de diciembre de 1992. Disponible en: http://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_ley_3092.pdf

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO VII - APUNTES PARA LA HISTORIA DE LOS CONGRESOS DE LA SOCIEDAD: CONTENIDO ACADÉMICO (1949-2001)



Electrocardiográfo, 1970

LAS PRIMERAS PROPUESTAS DE CONGRESO

Los congresos de anestesia han sido una de las actividades más consistentes de la Sociedad Colombiana de Anestesiología a través de los años, al servir como base de la capacitación de sus miembros y ser una forma de actualización de conocimientos en el campo de la anestesia[1].

Pero también han sido una plataforma de impulso al desarrollo de las diferentes ramas de la especialidad, al informar de sus desarrollos y favorecer el inicio y crecimiento de nuevos enfoques que han llevado a sus miembros a salir de las salas de cirugía e impulsar otras modalidades del ejercicio profesional, como el cuidado intensivo, el manejo del dolor, la terapia respiratoria o la atención de desastres, lo que ha contribuido al ingreso de los anestesiólogos a la docencia, la investigación y a aspectos no propiamente médicos, como la administración y el tema de la bioética.

Los congresos han sido una forma de relación entre los anestesiólogos colombianos y la comunidad científica mundial, con base en los campos de la ciencia que sientan las bases y los desarrollos de la especialidad, mediante invitados internacionales que han participado como conferencistas en estos eventos académicos, científicos, gremiales y sociales. Y además, han sido el espacio de presentación de los afiliados a la Sociedad y de sus desarrollos personales y científicos, algo que los ha posicionado en el ámbito local, regional, nacional e internacional.

El presente capítulo es un acercamiento a la historia de este importante evento, uno de los más relevantes de la S.C.A.R.E.

La primera referencia a un congreso de la Sociedad aparece 15 meses después de la fundación de esta, el 2 de febrero de 1951, durante la presidencia del Dr. Joaquín Prado Villamil, cuando el Dr. Julián Córdoba, miembro fundador, propuso en una reunión que se celebrara el primero junto al Congreso de Gastroenterología de Bucaramanga; pero los asistentes a la reunión decidieron que sería mejor celebrarlo con el Congreso Nacional de Cirujanos que estaba próximo a realizarse en Medellín (1). El 6 de abril de 1951, el presidente nombró una comisión integrada por los Dres. Córdoba y Juan Marín, para que conversara con los encargados de la organización del congreso de cirujanos (2). El 31 de agosto del mismo año se retomó el tema, y el Dr. Marín, secretario perpetuo, convenció a los directivos de que era mejor hacer un congreso "propio", distinto al de los cirujanos, y para ello se definió como posible fecha de realización la segunda quincena de enero de 1952 (3).

1 A propósito de este capítulo, merece un reconocimiento especial el Dr. Arnobio Vanegas Ángel, eminente médico del Valle del Cauca, anestesiólogo pediatra, maestro, académico, investigador y expresidente de la Sociedad, cuya juiciosa conservación de los programas de los congresos en sus archivos, ha permitido recorrer el devenir de esta actividad fundamental de la especialidad en Colombia.

Los congresos han sido para los anestesiólogos colombianos una forma de relacionarse con la comunidad científica mundial y con la ciencia que sienta las bases del desarrollo de la especialidad.

EL PRIMER CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA

El 16 de octubre de 1951, el Dr. Prado, presidente de la Sociedad, respondió una carta del presidente del congreso de cirujanos, con la inscripción, para su presentación en este evento, de un trabajo del Dr. Joaquín Prado sobre raquianestesia, uno del Dr. José Vicente Sandino sobre anestesia potencializada, y tres del Dr. Juan Marín: "Causas más frecuentes de muerte en anestesia raquídea", "Parálisis vaginal en cirugía pelviana femenina" y "El cirujano, el anestesista y el enfermo". El Dr. Alberto Delgadillo había inscrito con anterioridad el programa que se desarrollaría el día de las conferencias en el Hospital de la Samaritana (4). Más allá de esto, no se encuentran otras referencias de esta participación.

En febrero de 1952 se habló otra vez de "nuestro congreso de anestesiología", que se celebraría en agosto. Se inscribieron para su presentación los trabajos: "Pentotal en analgesia obstétrica" y "Trabajo práctico sobre peridural" del Dr. Joaquín Prado; un trabajo práctico sobre raquianestesia y una conferencia de anestesia en pediatría del Dr. Alberto Delgadillo; "Pentotal en cirugía ocular" y "Anestesia potencializada" del Dr. José Vicente Sandino; "*Shock*" del Dr. Jorge Páez, y "Anestesia en cirugía endotorácica" del Dr. Marín (5).

En el mes de junio se inició la preparación del evento, para lo cual se nombraron las comisiones encargadas de su organización: la Comisión de Exposiciones a cargo del Dr. Gustavo Delgado; la Comisión de Prensa y Propaganda a cargo del Dr. Juan Marín; la Comisión de Agasajos y Alojamiento a cargo del Dr. Gustazo Scioville, quien informó de descuentos en alojamiento y transporte por parte de la empresa Avianca; y la Comisión de Trabajos a cargo de los Dres. Alberto Delgadillo y Vicente Sandino, quienes definieron que cada ponencia sería de 15 minutos, con otros cinco para la discusión sobre el tema expuesto. En cuanto al programa del evento, se definió que en las mañanas habría trabajos prácticos en los hospitales La Misericordia, San José, La Hortúa, San Carlos y La Samaritana; de 3 a 6 de la tarde, lectura de trabajos escritos; a las 9 de la noche, presentación de películas científicas, y después,

II CONGRESO COLOMBIANO Y III CONGRESO LATINOAMERICANO

mesas redondas para disertar sobre los trabajos presentados en el día. También se definieron las insignias de identificación para los asistentes (6).

No se encuentra una referencia específica al desarrollo del evento como tal, pero en septiembre, en la reunión ordinaria de la Sociedad, se hicieron múltiples reconocimientos con motivo de aquel, entre los que se cuentan: agradecimientos a los Dres. McCormick de Bucaramanga y Hernán Cuartas de Manizales por su asistencia; felicitaciones a los delegados de UNIDIA, los Dres. Lombana Barreneche, Rafael Muñoz y Miguel Gómez; felicitaciones y agradecimientos a los directores de los hospitales San José, La Samaritana y San Carlos, y a las "casas" que contribuyeron a la exposición científica.

En esa reunión se aprobó que los trabajos de los Dres. Aníbal Galindo, Efraín Otero y Pedro González, presentados a la "convención", se aceptaran como cumplimiento del requisito para el ingreso a la Sociedad. Se habló de la "necesidad de publicar los anales de la convención" y de la fundación de "nuestra revista", que se llamaría "Revista de la SCA", y en la que "podrán participar todos los colegas del país que así lo deseen" (7).

En febrero de 1956 se habló por primera vez de estos congresos y se nombró una comisión para su organización, la cual quedó integrada del siguiente modo: Dr. Juan J. Salamanca, presidente; Dr. Juan Marín, secretario; Dr. Jorge Colmenares, tesorero; Dr. Darío Acevedo, vocal. Se propusieron los siguientes temas para los seminarios: analgesia obstétrica, anestesia en geriatría, raquianestesia infantil y sala de recuperación (8).

En reuniones sucesivas se fueron inscribiendo nuevos trabajos para el congreso: "Anestesia en tuberculosis" de los Dres. Marín y Artunduaga (9); "Impresiones anestesiológicas de Norteamérica" del Dr. Salim Yamure; "Cuarto de recuperación", seminario delegado en un conferencista extranjero; "Raquia en pediatría", propuesto como seminario pero después sustituido por "Anestesia en pediatría"; "Anestesia en obstetricia" del Dr. Téllez (10); y un curso de posgraduados y otro de reanimación propuestos por el Dr. Galindo, aprovechando la presencia de anestesistas extranjeros (10).

Al avanzar en la organización del Congreso se ajustó el programa, el cual quedó definitivamente así:

- Domingo 21 de octubre de 1956, 6 p.m.: Inauguración, Hotel Tequendama, Salón Esmeralda.
- Lunes, 8 a.m.: Presentación de casos. 11 a.m.: Mesa redonda. Almuerzo de camaradas en el Hospital San Juan de Dios. Reunión de delegados colombianos. Noche libre.
- Martes: Mañana libre y Museo del Oro. Tarde: Conferencias en el Hotel Tequendama.
- Miércoles en la mañana: Hospital San Carlos. Tarde: Conferencias en el Hotel Tequendama.
- Jueves: Mañana libre. Zipaquirá, Catedral de Sal. Tarde: Conferencias en el Hotel Tequendama.
- Viernes, 8 a.m.: Presentación de casos en el Hospital San Juan de Dios. 11 a.m.: Almuerzo en el Country Club. Tarde libre. Estatutos internacionales. Noche: Clausura en el Club Médico.

LOS CONGRESOS DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA

- Sábado: Paseo a Girardot, salida a las 7:30 a.m. Almuerzo de despedida en el Hotel Tocarema (11).

Para este congreso fijó una cuota extraordinaria de 100.00 pesos.

En cuanto al Programa Social Femenino, se invitó a las esposas de los anestesistas a una reunión para organizar el programa especial para los invitados y damas asistentes: Georgina de Galindo, Teresita de Sandino, Olga de Córdoba, Gloria de Valbuena, Victoria de González, Ana Francisca de Guzmán, Libia de Salamanca, Cecilia de Delgadillo, Evelyn de Yamure, Maruja de Bedoya, Graciela de Villalobos, Mercedes de Rey, Lucila de Tonelli, Lucila de Colmenares y Teresa de Mojica (12). Las novias de los anestesistas que trabajaban en Bogotá serían invitadas especiales. Se eligió como presidenta del Comité Femenino a la Sra. Cecilia de Delgadillo y como vicepresidenta a la Sra. Georgina de Galindo (11).

Las invitaciones a la Exposición Científica por parte de las casas industriales quedaron programadas así:

- Dr. Galindo: FANO, Schmedling, Siemens, Andia.
- Dr. Villalobos: Lilly, Higeya.
- Dr. Colmenares: Park Davis, Dental Latorre.
- Dr. Valbuena: Specia, General Electric.
- Dr. Rey: Grillo.
- Dr. Tonelli: Pfizer, Hormona.
- Dr. Fabio Villalobos: Comisión de Prensa.

El Dr. Juan J. Salamanca presentó renuncia irrevocable a la presidencia de la Sociedad y del Congreso, aduciendo falta de tiempo y un viaje próximo a los Estados Unidos. Asumió transitoriamente el vicepresidente Dr. Delgadillo, y tras convocarse a la elección de las directivas, se presentó un empate entre los Dres. Colmenares y Galindo, el cual se decidió a la suerte, quedando como presidente de la Sociedad y del Congreso el Dr. Aníbal Galindo (13).

El 24 de agosto de 1956 tuvo lugar el II Congreso Colombiano de Anestesia y el III Congreso Latinoamericano de Anestesiología. No hay mayores referencias a lo sucedido dentro del evento, y la única información conocida se enfoca en la Convención Nacional de la Sociedad (14) *(*ver "Capítulo II: La Sociedad Colombiana de Anestesiología 1949-1957".)

Ha quedado atrás el periodo 1949-1956 de la Sociedad Colombiana de Anestesiología. El congreso de 1956, segundo de la primera etapa, se asume como el primero de la nueva Sociedad Colombiana y a partir de ahí se inicia una nueva numeración de los eventos, partiendo del II Congreso Nacional de Medellín del 12 al 15 de mayo de 1958, celebrado en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (15).

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Aníbal Galindo; secretario: Dr. Salim Yamhure; tesorero: Dr. Olmedo López.

Mesa Directiva:

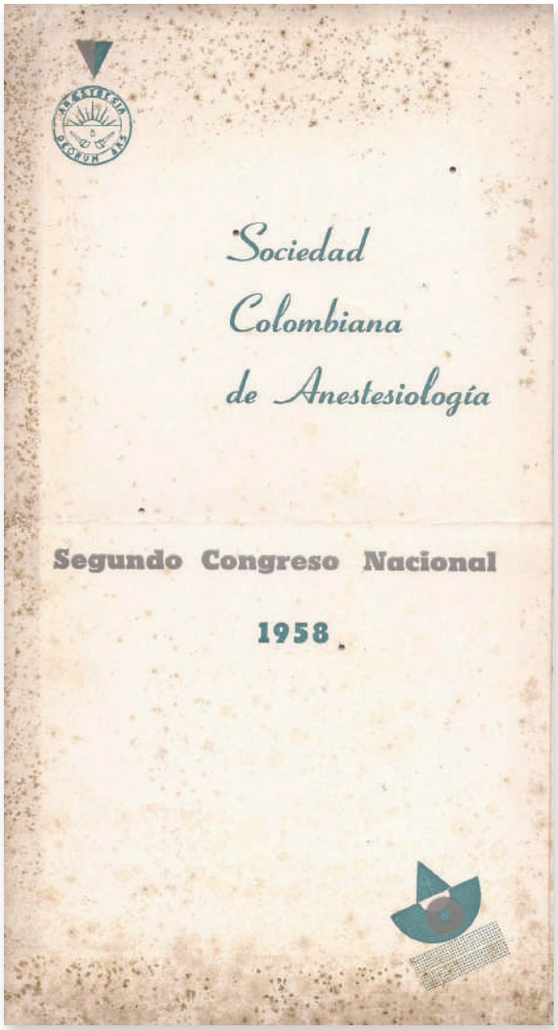
Dres. Nacianceno Valencia Jaramillo, Gabriel Betancur G., Carlos E. Mesa Y. y Carlos Silva F.

Temario oficial:

Anestesia en pediatría y anestesia en geriatría.

Temas libres:

Anestesia peridural vía sacra en pediatría, por el Dr. Aníbal Galindo; Succinilcolina en niños, por



▲ Carátula del programa del II Congreso Nacional de Medellín, 1958 (16)

el Dr. Salim Yamhure; 1 200 casos de anestesia para amigdalotomía en niños, por el Dr. Marceliano Arrázola; Anestesia en órganos de los sentidos en pediatría, por el Dr. José Silva; Dos rafias diafragmáticas en niños menores de seis meses, por los Dres. Arnobio Vanegas y Moisés Levy; Anestesia en labio leporino y paladar hendido, por el Dr. José Antonio Rubio; Anestesia en cirugía pulmonar y cardiovascular, por el Dr. Oscar Tonelli; Succinilcolina en cirugía de pólipo laríngeo, por los Dres. Marcos Barrientos, Nacianceno Valencia y Gabriel Betancur; La acepromazina como auxiliar de la anestesia en neurocirugía, por los Dres. Humberto Gómez y Francisco Giraldo; La importancia de vigilar la recuperación anestésica en geriatría, por el Dr. Hernando Pacific Robles; Curare intramuscular en anestesia pediátrica: 20 casos, por el Dr. Samuel Jiménez; Primera observación sobre fluothane en el Hospital San Vicente de Paúl, por el Dr. Guillermo Morales; El baytinal en cirugía torácica, por el Dr. Oscar Tonelli; Anestesia en cesárea con novocaína y pentotal, Clínica Luz Castro de Medellín, por el Dr. Alfonso Durango.

Cine científico:

Cierre de comunicación interauricular bajo hipotermia y comisurotomía para estenosis pulmonar bajo hipotermia; y Anestésicos locales, por el Dr. Fernando Schoonewolf.

Actividades sociales:

Almuerzo de colegas en el Restaurante Tomms; cena de clausura en el Club de Profesionales.

En esta época ya se han diferenciado claramente la Sociedad Cundinamarquesa y la Sociedad Colombiana de Anestesiología. Este congreso se celebró dos años después del exitoso de 1956. La Sociedad comenzó a estabilizarse y la anestesia ya había asumido un papel de importancia en el concierto nacional.

Las presentaciones consistieron en experiencias de la actividad clínica en anestesia general, y se esbozó el inicio de la anestesia cardiaca y neurológica, presentándose una primera experiencia sobre los agentes halogenados y el halotano en particular. Por su parte, el cine científico hizo sus primeras apariciones, ofrecido por los laboratorios o desarrollado por los profesionales de la anestesia. Los dos temas centrales del congreso, la anestesia pediátrica y la anestesia en el paciente geriátrico, evidenciaron el gran interés en desarrollar estos aspectos de la especialidad, y se insinuó la necesidad del primero de ellos como una subespecialidad.

III CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA (17)

IV Convención Colombiana de Anestesiólogos, celebrada en Barranquilla del 3 al 7 de junio de 1959 en el Teatro de Bellas Artes.

Directivos de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Secretario perpetuo: Dr. Juan Marín; presidente: Dr. Aníbal Galindo; primer vicepresidente: Dr. Alfonso Parra Betancur; segundo vicepresidente: Dr. Jorge Colmenares; secretario: Dr. Salim Yamhure Helo; tesorero: Dr. Luis Olmedo López.

Mesa Directiva:

Dres. Miguel Navarra Gianini, Hugo Franco Camacho, Manuel Puello García, Enrique Asmar Orozco, Guillermo Ariza Donado y Rodolfo Ortiz Páez.

Temario oficial:

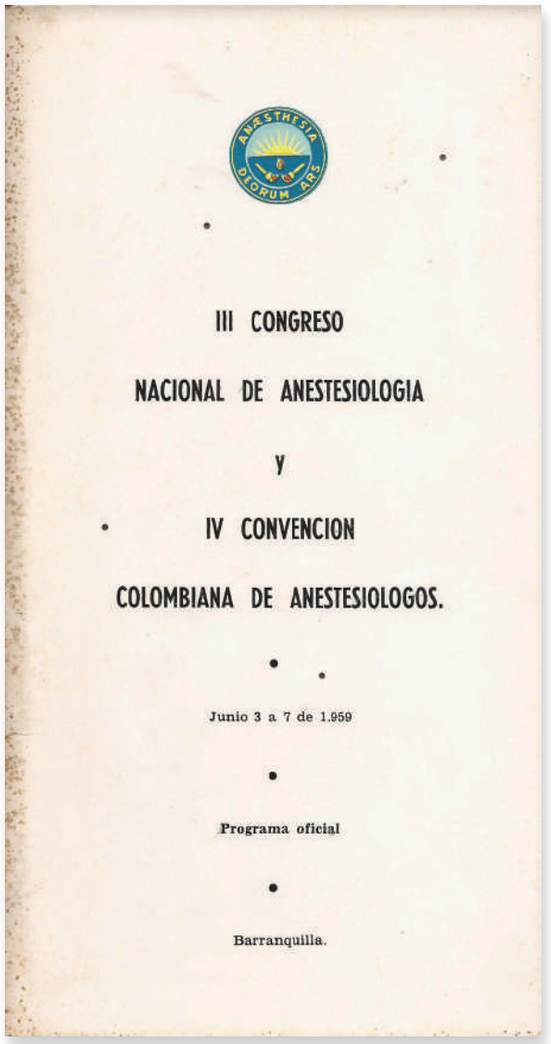
Mesas redondas sobre anestesia en pediatría y aparatos de respiración controlada, por los Dres. Luis Olmedo López, José María Silva, Salim Yamhure y Rafael Sarmiento.

Temas libres:

Anestesia endovenosa con novocaína, por los Dres. Uriel Álvarez y Manuel Antonio Ruan; Xilocaína intravenosa, por los Dres. Nacianceno Valencia, Samuel Jiménez y Eduardo Carvalho; Bloqueo renal agudo postransfusión heteróloga y su tratamiento, por el Dr. Arnobio Vanegas; Curarizantes en la inducción, por los Dres. Gabriel Betancourt, Jesús Cuarta y Santiago Calad; Método combinado de anestesia para determinados riesgos en intervenciones quirúrgicas, por el Dr. Aníbal Galindo; Anestesia en cirugía de próstata en nuestro medio, por el Dr. Arnobio Vanegas; Anestesia en pediatría, por los Dres. Samuel Jiménez y Néstor Guzmán; Fluothane en anestesia pediátrica, por el Dr. Hernando Pacific; Anestesia por inhalación para niños en circuito abierto, por el Dr. Fabio Villalobos; Anestesia peridural vía sacra en pediatría, por los Dres. Jaime Casasbuenas, Aníbal Galindo y Jaime Villaquirán; 209 casos de anestesia por inhalación en lactantes, por el Dr. Fabio Villalobos; Resucitación del recién nacido, por el Dr. Hernando Barreto; Anestesia peridural, por los Dres. Aníbal Galindo, Rafael Sarmiento y Édgar Muñoz.

Cine científico:

Prostatectomía bajo anestesia con fluothane, por Laboratorios Imperial Chemical y Siquil en cirugía, y Laboratorios Squibb.



▲ Carátula del programa del III Congreso Nacional de Barranquilla, 1959 (18)

IV CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA

Actividades sociales:
Coctel en el Club Alemán; almuerzo en el Restaurante Solimar; agasajo ofrecido por la Sociedad en los salones del Country Club.

En este congreso se continuó con la presentación de trabajos de evaluación clínica de las técnicas de anestesia, en esta ocasión con gran énfasis en técnicas pediátricas. Aparecieron las primeras referencias a la anestesia intravenosa con anestésicos locales, seguramente para cirugías de neuro y cardiaca que requerían el uso de electrobisturí, el cual, con los anestésicos de la época, ciclopropano y éter, ambos con peligro de producir explosión, no se podía utilizar. Se programaron por primera vez mesas redondas con su respectivo coordinador y sus participantes, y en particular una sobre "Aparatos de ventilación controlada", sin referencias mayores en el programa. Y de nuevo se programó el cine científico con el apoyo de los laboratorios.

VI Convención Nacional de Anestesiología, celebrada en Cúcuta del 30 de mayo al 2 de junio de 1962.

El programa del IV Congreso se publicó en la revista *Tribuna Médica* (19).

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:
Secretario perpetuo: Juan Marín; presidente: Dr. Horacio Martínez; vicepresidentes: Dres. Carlos Celis Carrillo y Luis Alberto López; secretario: Dr. José María Silva Gómez; tesorero Dr. Ángel Cruz T.

Temas libres:
Siquil en preanestesia, por el Dr. Marceliano Arrázola; Clorhidrato de oxifenciclimina en sustitución de la atropina, por los Dres. Gabriel Betancourt, Santiago Calad y Jesús Cuartas; Metohexital sódico: uso clínico, por el Dr. Francisco Henao; Evaluación clínica de un nuevo oxibarbitúrico, el metohexital, por el Capítulo Zuliano de Venezuela; Inducción con narcotal, por el Dr. Jorge Colmenares; Experiencia clínica con narcotal, por el Dr. Jaime Herrera Pontón; Narcotal en electrochoques, por el Dr. César Constain; Técnica de intubación en decúbito prono, por el Dr. Germán Muñoz; Pentrane en anestesia, por los Dres. Salim Yamhure y Édgar Muñoz; Observaciones en el uso del metoxiflurano en cirugía general, por el Dr. Octavio Adaime; Metoxiflurano: uso clínico, por los Dres. Mario Ríos y Jaime Fonseca; Algunas observaciones sobre temperatura en anestesia, por el Dr. Germán Muñoz; Antagonismo entre succinilcolina y antibióticos, por el Capítulo Zuliano de Venezuela; Traumatismo craneoencefálico, por el Dr. José María Silva; Insuficiencia respiratoria, por el Dr. Oscar Tonelli; Abdomen agudo, por el Dr. Ramón Zapata; Conducta en el traumatizado, por el Dr. Olmedo López; Urgencias en pediatría, por el Dr. Fabio Villalobos; Restauración del volumen circulatorio, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; Dos paros cardiacos en cesárea, por los Dres. Jaime Casasbuenas, Enrique Lomanto y Luis Eduardo Cortés; Paro cardiaco, por el Dr. Luis H. Cerezo; Anestesia en cateterismo cardiaco, por el Dr. Marceliano Arrázola; Tensiómetro para niños, por el Dr. Germán Muñoz; Método de Ayre-Rees en cirugía de lactantes, por el Capítulo Zuliano de Venezuela; Metohexital sódico en inducción de base en niños, por el Dr. José María Silva Gómez; Las causas más frecuentes de falla en anestesia peridural, por el Dr. Juan Marín; Anestesia peridural, por los Dres. Jaime Pareja y Luis H. Cerezo; Anestesia peridural alta en cirugía de abdomen,

V CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA (20)

por el Capítulo Zuliano de Venezuela; Valor de los electrolitos en anestesia y terapia pre y posoperatoria, por el Dr. Hernando Arciniegas; Peso y sangre en cirugía, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; Método de microhematocrito capilar en cirugía y prueba de dilución para valorar la volemia, por el Dr. Benjamín Burbano; Oximetría en anestesia con óxido nitroso y fluothane en circuito cerrado, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Cal sodada absorbente de gas carbónico de fabricación nacional, por el Dr. Armando McCormick.

Mesas redondas:

- *Conducta del médico anestesiólogo en urgencias quirúrgicas:* Traumatismos craneoencefálicos, insuficiencia respiratoria aguda, abdomen agudo, conducta en el traumatizado, urgencias en pediatría, restauración del volumen circulante.

- *Fisiopatología cardiopulmonar:* Mecanismo de la respiración, fisiología de la respiración, función pulmonar, hemodinámica cardiaca, cardiovascular periférico, sistema de conducción.

- *Uso y abuso de los relajadores musculares:* Mecanismo de la contracción muscular, sustancias miorrelajantes, usos correctos de las sustancias miorrelajantes, complicaciones y tratamientos.

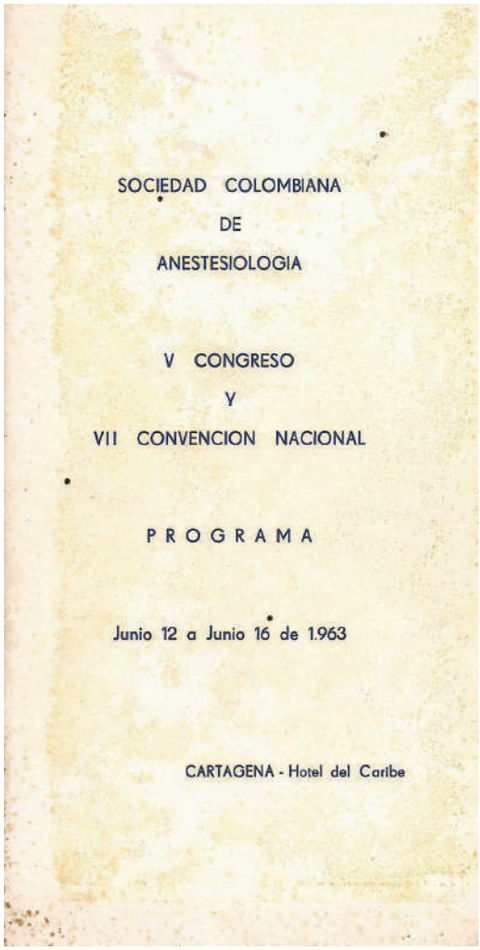
Actividades sociales:
Coctel en el Club del Comercio; fiesta típica cucuteña en el Club de Cazadores; baile de clausura en el Club del Comercio.

En este congreso se presentaron experiencias con dos nuevos barbitúricos, el metoxexital y el narcotal, en la búsqueda de alternativas de inducción del paciente, y aparecieron las primeras presentaciones del halogenado pentrane.

A causa de la cercanía con el país vecino, asistieron anestesiólogos de Venezuela, con un importante aporte de conferencias sobre sus trabajos, siendo esta la primera vez que el congreso tuvo participación internacional.

Fue evidente la preocupación por la recuperación de la anestesia. Por primera vez se presentaron experiencias de reanimación para resolver los paros cardiacos durante la anestesia. De igual modo se evidenció la preocupación por la administración de los líquidos y la aplicación de las transfusiones de sangre. Continuaron las mesas redondas como un aporte científico importante. Fue la primera vez que se hizo referencia a la monitorización con la oximetría de pulso.

VII Convención Nacional de Anestesiología, celebrada en Cartagena del 12 al 16 de junio de 1963 en el Hotel Caribe.



▲ Carátula del programa del V Congreso Nacional de Cartagena, 1963 (21)

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Secretario perpetuo: Dr. Juan Marín; presidente: Dr. Horacio Martínez; vicepresidentes: Dres. Carlos Celis Carrillo y Luis Alberto López; secretario: Dr. José María Silva Gómez; tesorero: Dr. Ángel Cruz T.

Mesa Directiva de la Sociedad Bolivarense de Anestesia:

Principales: Dres. Luis Jorge Benedetti Esguerra, Marcial Cueto M., Roberto Dikson Guerra y Hugo del Toro P; suplentes: Dres. Horacio Caballero, Alfredo Caballero, Alfonso Martínez Gómez y Víctor Martínez Gómez.

Invitados internacionales:

Dres. Joseph Artusio Jr. (EE.UU.), Jhon Abajian (EE.UU.), Juan A. Nesi (Venezuela) y Roberto de Luca E. (Venezuela).

Temario oficial:

Anestésicos halogenados, anestesia conductiva y educación en anestesia.

Temas libres:

Cien anestesias con halotano y óxido nitroso en circuito cerrado, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Lesión hepática masiva posanestésica, por el Dr. Luis Jorge Benedetti; Halotano, por el Dr. Gabriel Betancourt; Algunas observaciones sobre el efecto del narcotal, por los Dres. Luis Jorge Benedetti y Hugo del Toro; Anestesia en otorrinolaringología, por el Dr. Hernando Pacific; Algunas consideraciones acerca de la anestesia en la operación cesárea, por el Dr. Manuel Antonio Ruan; Catéter translaríngeo como profilaxis y tratamiento de algunas complicaciones pulmonares posoperatorias, por el Benjamín Burbano; Hipnosis y anestesia, por el Dr. Vicente Sandino; Trifluopromazina en preanestesia para operación cesárea, por el Dr. Lelismo Ferrari; Antiemesis posoperatoria con clorhidrato de flufenazina, por el Dr. Marceliano Arrázola; Bomba neumática de presión externa para transfusiones rápidas, por el Dr. Francisco Villalobos; El bloqueo del ganglio de Gasser en la neuralgia del trigémino, por el Dr. Roberto J. de Luca; Técnica de localización del espacio epidural, por el Dr. Juan Marín; 100 casos de anestesia caudal en pediatría, por el Dr. Octavio Baquero; Alcoholizaciones subrurales en el tratamiento del dolor intratable, por el Dr. Jorge Osorio; Efectos del bloqueo del ganglio estelar en hipotermia, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Reporte preliminar sobre 100 peridurales para colecistectomía, por los Dres. Gustavo Gómez, Bernardo Ocampo y Pedro Bonivento; Bloqueo del plexo braquial por vía infraclavicular, por los Dres. César Méndez Arias y Eliseo Cuadrado; La mepivacaína en anestesia peridural simple, por el Dr. Francisco Villalobos; Intubación con rotación del tubo a 360°, por el Dr. Arnobio Vanegas; Esterilización de equipos de anestesia, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; Relación de la circulación cerebral con la posición del paciente en la mesa operatoria: estudio experimental, por el Dr. Aníbal Galindo; Balón de Macintosh de fácil construcción, por el Dr. Francisco Villalobos; Insuficiencia respiratoria por bulas enfisematosos, por el Dr. Hernando Espinoza; Respiración artificial: respiradores automáticos, por el Dr. Francisco Santos; Tratamiento de la laringotraqueítis traumática posanestésica con fosfato de dexametasona, por el Dr. Arnobio Vanegas; Consideraciones sobre 600 casos de anestesia en cirugía de tórax, por el Dr. Roberto de Luca; Variante en la colocación del sistema de mangueras corrugadas - tubo endotraqueal, por el Dr. Francisco Villalobos.

Mesas redondas:

- *Halogenados*: Dres. Luis Troconis, Marceliano Arrázola, Juan Marín, Joseph Artusio, John Avajian, Roberto de Luca, Héctor Moreno, Germán Muñoz, Gabriel Betancur y Samuel Jiménez.

- *Enseñanza de la anestesiología:* Dres. Guillermo Rueda Montaña, José María Silva, Rafael de



▲ Asistentes al V Congreso y a la VII Convención de la Sociedad Colombiana de Anestesiología en Cartagena; foto tomada en las afueras del Hotel Caribe (22)

Subiría, Juan Marín, Eliseo Cuadrado, Germán Muñoz, Jaime Casasbuenas, Marceliano Arrázola y Luis Jorge Benedetti.

- *Anestesia conductiva:* Dres. John Abajian, Samuel Jiménez, Joseph Artusio, Roberto de Luca, Juan Marín, Rafael Sarmiento, Roberto Nel Peláez y Jairo Restrepo.

- *Insuficiencia respiratoria:* Dres. Alberto Bejarano, Hernando Espinosa, Juan Nesi, Joseph Artusio, John Avajiam, Roberto de Luca, Alfredo Artunduaga, Francisco Santos, Juan Marín, Jaime Casasbuenas, Carlos Meza y Hernando Castellanos.

Cine científico:

Técnica del bloqueo del ganglio estrellado; e Insuficiencia respiratoria, por el Dr. Roberto de Luca.

Actividades sociales:

Coctel de inauguración en el Club Cartagena; fiesta típica en la playa de Bocagrande; baile de clausura en el Club Naval; paseo a Bocachica.

Con una asistencia de 58 participantes, aparecieron en estos congresos los primeros invitados internacionales como conferencistas centrales en la actividad académica. La presencia de los Dres. Juan A. Nesi y Roberto de Luca, del Centro de Educación de Anestesiólogos de la OPS de Venezuela, le dio al evento una importancia especial. Se presentaron las primeras experiencias positivas y negativas con el nuevo halogenado en el mercado, el halotano, y con el pentrane, y las primeras experiencias con anestesias conductivas, anestesias para operación cesárea y anestesias para procedimientos de otorrinolaringología. Se presentó el primer trabajo sobre el manejo del dolor, abriendo de esa forma las posibilidades de desarrollo de esta subespecialidad.

Se celebró por primera vez una mesa redonda sobre educación en anestesia, donde se presentó el primer programa mínimo de educación de pregrado y posgrado. ASCOFAME se había fundado en 1959 y ya se reglamentaban las especialidades en Colombia. La anestesia luchaba por su reconocimiento como especialidad y por la creación del Comité de Anestesiología en el seno de dicha entidad.

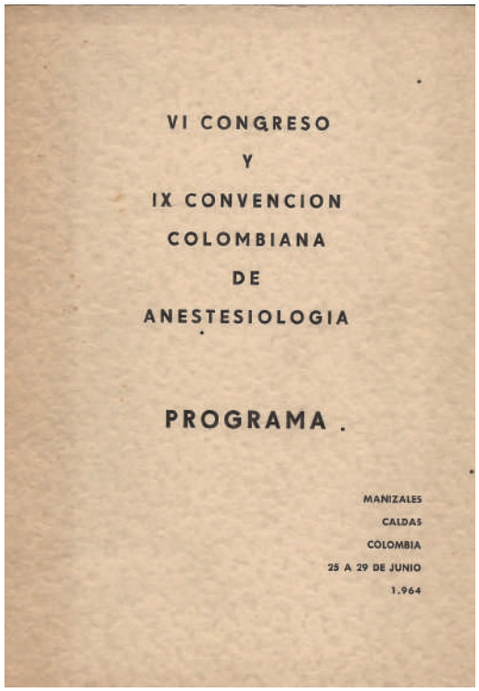
La insuficiencia respiratoria apareció como un tema de interés en la anestesia, y junto a los temas de ventilación mecánica y cuarto de recuperación, empezó a surgir una nueva subespecialidad, el cuidado intensivo.

VI CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA (23)

IX Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Manizales del 25 al 29 de junio de 1964 en el Club Manizales.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. José María Silva Gómez; vicepresidente: Dr. Héctor Murillo; segundo vicepresidente: Dr. Fabio Villalobos; secretario: Dr. Jorge Pinilla Rueda; tesorero: Dr. Ángel Cruz T.; revisor fiscal: Dr. Luis Jorge Benedetti.



▲ Carátula del programa del VI Congreso Nacional de Manizales, 1964 (24)

Mesa Directiva Sociedad Caldense de Anestesia:

Dres. Gustavo Gómez Calle, Bernardo Ocampo Trujillo, Pedro Bonivento Fernández, José María Zuluaga y Héctor Murillo.

Invitados internacionales:

Dres. Virginia Apgar (EE.UU.), Katleen Belton (EE.UU.), Joseph Artusio (EE.UU.), Kentaro Takaoka (Brasil), Carlos Rivas (Venezuela), Juan Nesi (Venezuela), Roberto de Luca (Venezuela), Moisés Perel (Venezuela) y Brian E. Heard (Inglaterra).

Temario oficial:

Anestesia en pediatría; analgesia y anestesia obstétrica; resucitación del recién nacido; fisiopatología respiratoria; anestésicos halogenados; circulación extracorpórea.

Temas libres:

Anestesia general en obstetricia, por el Dr. Juan Marín; Anestesia en obstétrica, por el Dr. Carlos Silva; Algunas observaciones sobre el uso de presión positiva en la reanimación del recién nacido, por el Dr. Miguel Arango Soto; Bloqueo del ganglio de Frankenhauser: técnica sencilla para legrado uterino, por el Dr. Arnobio Vanegas; Ciclopropano en anestesia obstétrica, por el Dr. Luis Adalberto Erazo; ¿Qué anestesia para cesárea?, por el Dr. Jaime Casasbuenas; El etiladrianol en el tratamiento de la hipotensión en anestesia de conducción, por los Dres. Carlos Camayo y Alberto Vanegas; Alteraciones del leucograma en anestesia, por el Dr. Simón Hoffman Zito; Fluothane ciclopropano: una mezcla peligrosa en anestesia pediátrica, por el Dr. Arnobio Vanegas; Fenotiazinas en *shock* prolongado, por el Dr. Francisco Henao; El ejercicio de la especialidad, por el Dr. Rafael Sarmiento; Calibración del vaporizador vigente Núm. 8 para metoxiflurano con espectrofotómetro de infrarrojos, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Transformación del laringoscopio tubular de Guedel en uno de Whithehead, por el Dr. Arnobio Vanegas; Tratamiento de la insuficiencia respiratoria: contribución del respirador Bird, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; Hipotermia en cirugía cardiaca abierta en niños, por el Dr. Marceliano Arrázola; Anestesia para fractura del maxilar y prognatismo, por los Dres. Gabriel Betancourt, Jesús Cuartas y Santiago Calad; Bonadoxina en recuperación posanestésica, por el

VII CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA (25)

Dr. Rafael Sarmiento; Anestesia general e hipotermia en hipertiroidismo, por el Dr. Luis Adalberto Erazo; Indicaciones, limitaciones y contraindicaciones del pentotal en anestesia raquídea, por el Dr. Jorge Colmenares; Tratamiento de la laringotraqueítis traumática posanestésica con 21 fosfatos de dexametasona por vía intravenosa, por el Dr. Arnobio Vanegas; Nuevo vaporizador pentrane-fluothane: informe preliminar, por el Dr. Jorge Barreras.

Mesas redondas:

- *Anestesia en pediatría, analgesia y anestesia obstétrica y resucitación del recién nacido:* Dres. Roberto Durán Forero, Juan Marín, Virginia Apgar, Roberto de Luca y Katleen Belton.

- *Fisiopatología respiratoria:* Dres. Luis Adalberto Erazo, Nacianceno Valencia, Antonio Ramírez, Carlos Rivas, Gilberto Rueda Pérez, Juan Nesi, Joseph Artusio, Kentaro Takaoka y Brian E. Heard.

- *Circulación extracorpórea:* Dres. Silvio Londoño, Enrique Urdaneta, Emilio Echeverri, Guillermo Shader, Joseph Artusio, Antonio Ramírez y Carlos Rivas.

Cine científico:

Cirugía del pulmón, dextrán en choque hipovolémico y anestesia con metohexital.

La presencia de la Dra. Virgina Apgar en este congreso abrió el espacio para la revisión de la reanimación del recién nacido y del cuidado perinatal, un tema coincidente con los trabajos y la mesa redonda de anestesia obstétrica. Y la presencia de la Dra. Katherine Belton, luego de su reciente publicación del libro de anestesia pediátrica, abrió el espacio para la propuesta de temas específicos sobre anestesia en pediatría.

El Dr. Kentaro Takaokam, con sus innovaciones en vaporizadores, válvulas de ventilación y ventiladores, llevó al congreso el tema de la ventilación mecánica durante el periodo de la anestesia. Y el Dr. Joseph Artusio, promotor de los agentes halogenados, presentó el etrane como alternativa al fluothane y al pentrane.

Los temas de la fisiopatología respiratoria en conferencias y mesas redondas motivaron al conocimiento de este aspecto de la fisiología y su relación con la anestesia. Se presentaron las primeras experiencias sobre circulación extracorpórea para cirugía cardiaca en los trabajos libres y en la mesa redonda.

X Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Santa Marta del 26 al 29 de mayo de 1965.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. José María Silva Gómez; vicepresidente: Dr. Héctor Murillo; segundo vicepresidente: Dr. Fabio Villalobos; secretario: Dr. Jorge Pinilla Rueda; tesorero: Dr. Ángel Cruz T.; revisor fiscal: Dr. Luis Jorge Benedetti.

Mesa Directiva de la filial del Magdalena:

Presidente: Dr. Hernando Pacific; secretario y tesorero: Dr. Alejandro Noriega; vocal: Dr. Augusto Torres.

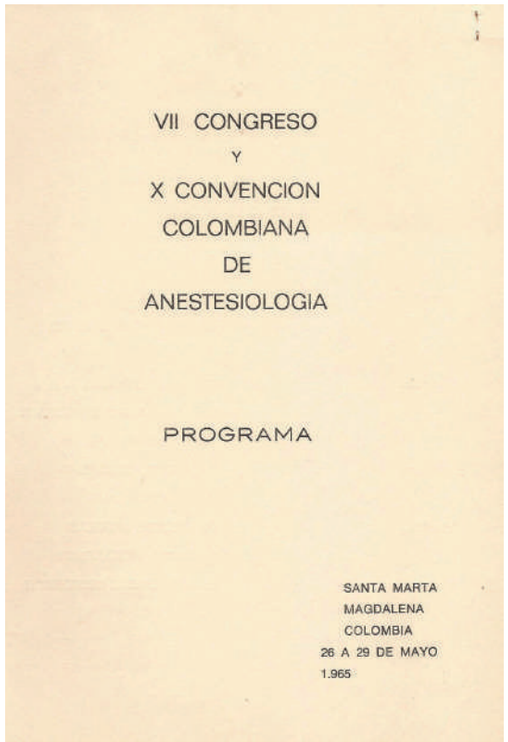
Invitados internacionales:

Dres. Orestes Luis Cerazo (Argentina), Andrés Jaques (Canadá), Frank Moya (EE.UU.), José Usubiaga (EE.UU.), José Bocles (EE.UU.) y Roberto de Luca (Venezuela).

Temas libres:

Neuroleptoanalgesia, por el Dr. Orestes Luis Carazo; Anestesia por inhalación con metoxiflurano, por el Dr. Andrés Jacques; Evaluación y tratamiento preoperatorio de la insuficiencia

respiratoria, por el Dr. José Bocles; Anestesia general con procaína endovenosa, por el Dr. José Usubiaga; La encrucijada del dermo epidural, por el Dr. Juan Marín; Efortil en el tratamiento de la hipotensión en anestesia espinal en geriatría, por el Dr. Carlos E. Mesa; Observaciones con el citanex: comunicación preliminar, por el Dr. Cástulo Gonzáles; Anestesia general con procaína, por los Dres. Nelson Cerazo y Roberto Nel Peláez; Intubación en decúbito lateral derecho e izquierdo, por el Dr. Arnobio Vanegas; Ficha de anestesia tabulada y su importancia en estadística, por los Dres. Rafael Peña Castro y Octavio Baquero; El nuevo registro de anestesia ICS del Valle, por el Dr. Arnobio Vanegas; Estudio de muertes en sala de cirugía, por los Dres. Eliseo Cuadrado y Rolando Calderón; Uso de vaporizador de Takaoka, por los Dres. Hernando Pacific y Augusto Noriega; Peridural continua en extirpación de mixioma, por el Dr. Miguel Navarra; Bonadoxina en el control del vómito posoperatorio, por el Dr. Miguel Navarra; Hipoxemia por causas respiratorias, por el Dr. José Bocles; Bloqueo dual tras succinilcolina endovenosa, por el Dr. José Usubiaga; L´hotel Dieu de Quebec (1939-1964), 325 aniversario: anestesia, pasado y presente, por el Dr. Andrés Jaques; Reanimación, por los Dres. Orestes Luis Cerazo y Benjamín Burbano; Complicaciones del masaje cardiaco a tórax cerrado, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Bloqueo del plexo braquial por vía supraclavicular, por el Dr. Luis Jorge Benedetti; Pentotal intramuscular en niños, por el Dr. Néstor Guzmán; Revisión de 700 casos de cirugía aórtica, por el Dr. Antonio Ramírez; Aplicaciones prácticas de los estudios de función pulmonar, por el Dr. Fernando Londoño; Anestesia con metoxiflurano y respirador de Takaoka, por el Dr. César Méndez; Pruebas de infusión con dextrán como medio para calcular volemia, por el Dr. Benjamín Burbano.



▲ Carátula del programa del VII Congreso Nacional de Santa Marta, 1965 (26)

Mesas redondas:

- *Shock*: Dres. José Usubiaga, Juan Marín, Antonio Ramírez, Roberto de Luca, Nacianceno Valencia, Orestes Luis Cerazo, Luis Sarmiento y Benjamín Burbano.

- *Agentes anestésicos locales:* Dres. Roberto de Luca, Manuel Antonio Ruan, Oscar Tonelli, Nacianceno Valencia, Germán Muñoz, Octavio Baquero y Luis Jorge Benedetti.

- *Técnicas de anestesia regional*: Dres. José Bocles, Orestes Luis Cerazo, Felipe Buenaventura, Samuel Jiménez, Roberto de Luca, José Usubiaga, Octavio Baquero, Frank Moya, Andrés Jacques y Néstor Guzmán.

Cine científico:

Soporte mecánico de la insuficiencia respiratoria, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; *Pulson Life* - Re-

A partir de este congreso se decidió que los próximos se realizarían cada dos años.

animación, por Laboratorios Carlo Erba; Expansor plasmático en el *shock*, por Laboratorios Quiby; Anestesia general con procaína endovenosa, por los Dres. Nelson Erazo y Roberto Nel Peláez; La operación de corazón a cielo abierto con ayuda de la máquina de corazón-pulmón e hipotermia controlada.

A partir de este congreso se decidió que los próximos se realizarían cada dos años, a veces en fechas intermedias respecto a las convenciones o asambleas de la Sociedad, y otras veces en conjunto con estas.

Se continuó el énfasis en los anestésicos locales y las técnicas de anestesia regional, y aparecieron en el temario dos aspectos de gran importancia: el manejo del *shock* y la neuroleptoanalgesia.

VIII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (27)

XI Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Cali del 15 al 19 de julio de 1967 en el Salón Adolfo Aristizabal del Hotel Aristi.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Nacianceno Valencia; vicepresidente: Dr. Jorge Colmenares; secretario ejecutivo: Dr. Ángel Cruz; secretario general: Dr. Germán Muñoz; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento; fiscal: Dr. Jorge Pinilla Rueda.

Mesa Directiva de la Sociedad de Anestesiología del Valle:

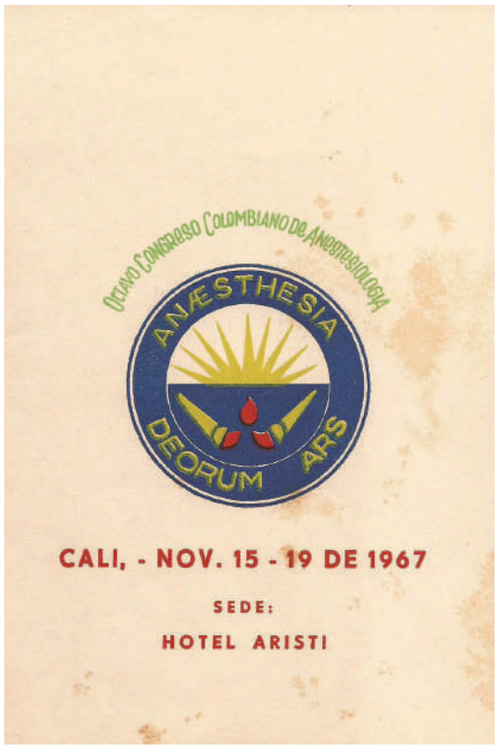
Presidente: Dr. Alfonso Parra Betancur; vicepresidente: Dr. Ángel Cruz T.; secretario: Dr. Huberto García Orozco; tesorero: Dr. Carlos Camayo Ortiz; fiscal: Dr. Ernesto Barney.

Invitados internacionales:

Dres. Armen A. Bunatian (Rusia), Donald Hale (EE.UU.), Escolástico Ocampo (EE.UU.), Enrique Montero (EE.UU.), Gabriel Escobar (EE.UU.), Michael Laporta (EE.UU.), Peter Dineen (EE.UU.), y 17 invitados venezolanos.

Temas libres:

Tratamiento de los traumatismos torácicos con ventilación controlada prolongada, por el Dr. Édgar Martínez; Tratamiento sobre intercambio gaseoso de CO_2 y cambios metabólicos del pH en tensión del CO_2 en sangre durante la administración de anestesia general por sistemas de no reinhalación, por los Dres. Jairo Restrepo, José Valencia y Antonio Parodi; Manejo anestésico de la hernia diafragmática estrangulada,



▲ Carátula del programa del VIII Congreso Nacional de Cali, 1967 (28)

por el Dr. José Roure; Observaciones sobre la presión venosa central continua durante la anestesia, por el Dr. Herbert Torres; Electroencefalografía y paro cardiaco, por el Dr. Enrique Gonzáles; Tratamiento de *shock* séptico sin vasopresores, por los Dres. José Roure y J. Silva; 24 años de anestesia en el Hospital Infantil, Club Noel de Cali, por el Dr. Arnobio Vanegas; Eliminación de la contaminación bacteriana en las salas de operación, por el Dr. Peter Dineen; Uso del metohexital sódico aplicado por vía intramuscular en niños como premedicación de base, por el Dr. Elberto Rojas; Comportamiento del pH, CP_2 y bicarbonato en circulación extracorpórea, por los Dres. José A. Rubio, Oscar Tonelli y Germán Guevara; 24 casos de cirugía cardiaca en circulación extracorpórea, por los Dres. Antonio Ramírez, William Saldarriaga, Marcos Duque y Álvaro Velázquez; Anestesia en cirugía de aneurismas con neuroleptoanalgesia, por el Dr. Alberto Aguilar; Neuroleptoanalgesia en el paciente de edad avanzada, por el Dr. Alberto Vanegas; Comunicación sobre anestesia en endoscopia, por el Dr. Roberto de Luca; Anestesia para trasplante, por el Dr. Donald E. Hale; 1 250 casos de una técnica para anestesia de la madre, por el Dr. Enrique González; Evaluación final de la peridural para analgesia obstétrica, por el Dr. Juan Marín; Peridural para anestesia obstétrica, por el Dr. Juan Marín; Tratamiento racional de la cefalea hipertensiva, por el Dr. Juan Marín; 50 casos de analgesia obstétrica con peridural continua: cálculo de la dosis, por el Dr. Víctor Yafarr; Bloqueo continuo del pliego braquial por vía infoclavicular, por los Dres. José Roure y César Méndez; Cuatro años de clínica del dolor y clínica del bloqueo en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, por el Dr. Enrique González; Conclusiones sobre antiemesis posoperatoria con fluofenazetina por vía parenteral, por el Dr. Marceliano Arrázola; Trastornos anatómicos y de la función hepática causados por los halogenados (halotano), por los Dres. Jairo Restrepo y Luis Fernando Arango; Infecciones en sala de cirugía del Hospital Universitario del Valle, por el Dr. Pablo Medina.

Mesas redondas:

- *Respiración*: Dres. Roberto de Luca, Ernesto González, Manuel Adrianza, Jorge Pinilla, Roberto Arreaza y Simón Lustgarden.

- *Cuidado intensivo*: Dres. José A. Rubio, Emiliano Martínez, Gabriel Escobar, Peter Dineen, Armen A. Buniatian, Enrique Montero y Roberto de Luca.

- *Anestesia pediátrica:* Dres. Luis Jorge Benedetti (moderador), Nacianceno Valencia, Jairo Restrepo, Arnobio Vanegas, Gabriel Escobar, Donald E. Hale y Octavio Baquero.

- *Shock:* Dres. Nacianceno Valencia, Marceliano Arrázola, Gilberto González, Édgar Torres, Benjamín Burbano, Plutarco Naranjo y Eliseo Cuadrado.

- *Muerte en sala de cirugía:* Dres. Jorge Colmenares (moderador), Peter Dineen, Eliseo Cuadrado, Octavio Adaime, Germán Muñoz y David Andrade.

- *Anestesia geriátrica:* Dr. José María Zuluaga (moderador), Donald Hale, Roberto de Luca, Nacianceno Valencia, Arturo Aguilar, Rafael Sarmiento, Jaime Téllez y Luis Erazo.

- *Anestésicos locales:* Dres. Arnobio Vanegas (moderador), Plutarco Naranjo, Donald Hale, Enrique González y Nelson Erazo.

Cine científico:

Shock y volemia; e Insuficiencia respiratoria, por el Dr. Roberto de Luca; Principios de la mecánica ventilatoria; y Neuroleptoanalge-

IX CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (29)

sia en cirugía de aneurismas, por el Dr. Arturo Aguilar; El pulso de la vida, por el Laboratorio Carlo Erba; Función pulmonar, por el Laboratorio Boeringer; Anestesia en broncoscopia, por el Laboratorio Astra; Travert, por el Laboratorio Baxter; Tratamiento de la insuficiencia respiratoria en un caso de Guillain-Barré, por el Dr. Jorge Pinilla Rueda; Anestesia del plexo braquial, por el Dr. Arturo Aguilar.

Actividades sociales:
Coctel inaugural en el Hotel Aristi; almuerzo en el Hotel Aristi; almuerzo en la fábrica de papel Propal; paseo a la Hacienda El Paraíso; almuerzo en el Hotel Guadalajara de Buga; cena bailable en el Club Campestre.

En la programación del congreso hubo varias mesas redondas cuyos temas sobrepasaban el interés en técnicas en sala de cirugía, como el *shock* y el cuidado intensivo, y hubo temas de gran relevancia que se abordaban por primera vez en estos eventos: anestesia para el paciente mayor, anestesia geriátrica, anestesia para endoscopia y muerte en salas de cirugía.

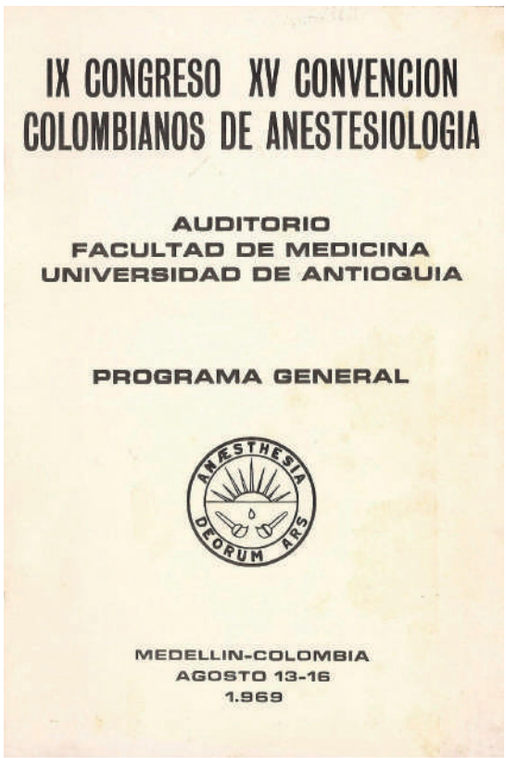
Se resalta el evento del cine, que contó con la participación del grupo de anestesiólogos venezolanos.

XV Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Medellín del 13 al 15 de agosto de 1969 en el auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:
Presidente: Dr. Nacianceno Valencia; primer vicepresidente: Dr. Jorge Colmenares E.; secretario ejecutivo: Dr. Ángel Cruz Toquica; secretario general: Dr. Germán Muñoz W.; revisor fiscal: Dr. Jorge Pinilla R.

Invitados internacionales:
Dres. Perry Volpitto (EE.UU.), Simón Lutstgarten (EE.UU.), José Usubiaga (EE.UU.), Frank Moya (EE.UU.), Fernando Rodríguez de la Fuente (México) y Rudolph Hammer (Alemania).

Temas libres:
Infarto del miocardio como una secuela de cirugía y anestesia, por el Dr. Perry Volpitto; Potasio y arritmias posoperatorias, por el Dr. Antonio Ramírez; Monitoría mínima en pabellones de cirugía, por el Dr. Simón Lutstgarten; Dosificación de la pseudocolinesterasa con el papel reactivo, por el Dr. Luis F. Arango; Confección sencilla de equipo para presión venosa, por los Dres. Miguel Navarra y Guillermo Ariza; Estabilización de cánula endotraqueal en anestesia pediátrica, por el Dr. Arnobio Va-



▲ Carátula del programa del IX Congreso Nacional de Medellín, 1969 (30)

negas; Efecto del óxido nitroso sobre la concentración mínima de metoxiflurano, por el Dr. Germán Muñoz; Xifoescoliosis y función respiratoria, por el Dr. Jorge E. Restrepo; Anestesia para cirugía de arteria carótida, por el Dr. José Usubiaga; Pentazocina en el posoperatorio inmediato, por el Dr. Jaime González; Expansores plasmáticos, por el Dr. Rudolph Hammer; Extensión de la anestesiología al medio rural, por el Dr. Arnobio Vanegas; Conceptos actuales en el tratamiento y diagnóstico del estado de choque, por el Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente; Xenotrasplantes valvulares cardiacos, por el Dr. Antonio Ramírez; Importancia del laboratorio en anestesia, por el Dr. Simon Lutstgarten; Bloqueo regional intravenoso, por los Dres. Édgar Santa Cruz y Alfredo Londoño; Consideraciones sobre el tensoactivo pulmonar, por el Dr. Miguel Navarra; Tratamiento del dolor lumbar en infiltración peridural con dexametasona y xilocaína, por el Dr. Alejandro Noriega; Valoración de la utilidad clínica de la presión venosa central, por los Dres. Bernardo Ocampo y José Miguel Cárdenas; Metoxiflurano en la analgesia quirúrgica, por el Dr. Germán Muñoz; ¿Es necesario utilizar oxígeno en el posoperatorio inmediato?, por el Dr. José Usubiaga; Humidificación y ventilación controlada en anestesia, por el Dr. Simón Lutstgarten; Efectos de la construcción del dispensador de oxígeno en el oxigenador plástico desechable sobre plaquetas y glóbulos rojos, por el Dr. Antonio Ramírez; Respirador abdominal, por el Dr. Benjamín Burbano; Dosificación de la pseudocolinesterasa en diferentes cuadros clínicos, por los Dres. Luz Helena Pulido y Jairo Restrepo; Neuroleptoanalgesia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, por los Dres. Luz Helena Pulido y Rodrigo Corredor; Neuroleptoanalgesia en el Hospital Universitario del Valle, por los Dres. César Méndez e Ignacio Paz; Neuroleptoanalgesia en nuestro medio, por los Dres. María Cristina Quijano y Arnobio Vanegas; Neuroleptoanalgesia en la Clínica León XIII de Medellín, por los Dres. Daniel Hincapié, Luis F. Arango y Conrado Rico; Morfología de la anoxia, por el Dr. Carlos Restrepo; Haemaccel y signos vitales: presentación de casos, por los Dres. Carlos Camayo, José Roure y Herber Torres; El Haemaccel, gelatina polimerizada en el tratamiento de la fase inicial del choque hemorrágico, por los Dres. Alberto Duarte y Samuel Jiménez; Ensayo clínico con tietilperazina en el vómito de origen anestésico, por el Dr. Roberto Nel Peláez.

Mesas redondas:

- *Anestesia en pediatría:* Dres. Luis Germán Arbeláez, Arnobio Vanegas, Jairo Restrepo, Rafael Peña y Bernardo Ocampo.

- *Drogas que influyen en el curso de la anestesia:* Inhibidores de la MAO, por el Dr. Marceliano Arrázola; Corticoesteroides, por el Dr. Jorge Colmenares; Antibióticos, por el Dr. Gabriel Betancourt; Anticoagulantes, diuréticos e hipoglucemiantes, por el Dr. Ricardo Martínez; Digital e hipotensores, por el Dr. Eliseo Cuadrado.

- *Anestesia en geriatría:* con la moderación del Dr. Fernando Flórez; Fisiopatología pulmonar del anciano, por el Dr. Jorge Restrepo; Preoperatorio y preanestesia, por el Dr. Rafael Sarmiento; Mantenimiento de la anestesia, por el Dr. Carlos E. Mesa; Anestesia del anciano en oftalmología, por el Dr. José María Silva; Cuidado posoperatorio, por el Dr. Jorge Pinilla.

X CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (31)

- *Complicaciones anestésicas:* con la moderación del Dr. Nacianceno Valencia; Reconocimiento y tratamiento de la embolia aérea bajo anestesia, por el Dr. Perry Volpitto; Complicaciones de la anestesia obstétrica, por el Dr. Frank Moya; Anestesia en la paciente obstétrica en estado de choque, por el Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente; Complicaciones neurológicas de la anestesia raquídea y epidural, por el Dr. José Usubiaga.

Actividades sociales:

Coctel de inauguración en el Club de Profesionales; comida de compañeros en el Club Medellín; fiesta típica en el Estadero Las Margaritas; fiesta de clausura en el Club Unión (Salón Dorado).

En este congreso se contó por primera vez con trabajos colaborativos de las universidades.

Como temas relevantes, además de los que ya se trataban en los congresos anteriores, aparecieron mesas redondas sobre la monitoría, las drogas que influyen en el curso de la anestesia y las complicaciones anestésicas.

XVII Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Barranquilla del 15 al 19 de julio de 1971 en el Salón Cultural del Banco de la República.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

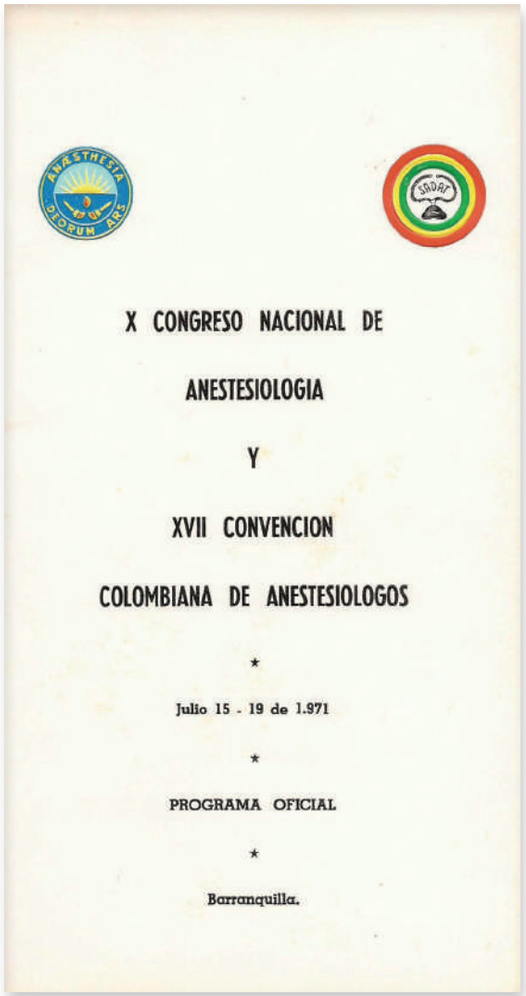
Presidente: Dr. Fabio Villalobos Rey; vicepresidente: Dr. Miguel Navarra Gianini; secretario ejecutivo: Dr. Ángel Cruz Toquica; secretario general: Dr. Jorge Osorio R.; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento Montero; revisor fiscal: Dr. Jaime Herrera Pontón.

Mesa Directiva de la Sociedad de Anestesiología del Atlántico:

Presidente: Dr. Miguel Navarra Gianini; vicepresidente: Dr. Enrique Asmar Orozco; secretario general: Dr. Hugo Franco Camacho; tesorero: Dr. Manuel Puello García; vocales: Dres. Guillermo Ariza Donado y Rodolfo Ortiz Páez.

Invitados internacionales:

Dres. Francis J. Kasmier, Tom F. Bryant, Lawrence J. Saidman, Fernando Rodríguez de la Fuente y Aníbal Galindo.


X CONGRESO NACIONAL DE
ANESTESIOLOGIA
Y
XVII CONVENCION
COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGOS
★
Julio 15 - 19 de 1.971
★
PROGRAMA OFICIAL
★
Barranquilla.

▲ Carátula del programa del X Congreso colombiano de Barranquilla, 1971 (32).

Temas libres:

Absorción y distribución de los agentes anestésicos: significación clínica; Coagulopatías de consumo: nueva interpretación del mecanismo de acción de los relajantes musculares; y Riesgos especiales en la anestesia del recién nacido, por el Dr. Tom F. Bryant; Interacción de drogas en anestesiología; Manejo anestésico de la paciente en estado de *shock*; y Reemplazo del sangrado durante la cirugía con soluciones electrolíticas balanceadas, por el Dr. Eliseo Cuadrado del Río; Metabolismo y composición química de los anestésicos locales, por el Dr. Fernando Schonowolf; Efectos tóxicos del metoxiflurano sobre la función renal, por los Dres. José Numeral Álvarez y Jairo Restrepo; Neuroleptoanalgesia en cirugía de catarata, por el Dr. Jaime Téllez; Absorción y distribución de los agentes anestésicos, por el Dr. Lawrence Saidman; Análisis clínico de la anestesia disociativa, por el Dr. Luis F. Arango; Cirugía en trasplantes, Clínica de las Cavas, por el Dr. Antonio Ramírez; Hipotensión controlada con ansolisen, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Actualización del uso del tricloretileno en cirugía general y especializada, por el Dr. Carlos Julio Parra; Coagulopatías de consumo, por el Dr. Francis J. Kazmier; Experiencia clínica con ketamina en pediatría, por el Dr. Jairo Restrepo Torres; Experiencia con anestesia disociativa en el Hospital San José de Bogotá, por los Dres. Adán Merchán y Rafael Peña; Anestesia disociativa: experiencia en la ciudad de Cali, por los Dres. Arnobio Vanegas y Benjamín Burbano; Uso del metaproterenol en el *shock*, por la Dra. Alma Robledo; Nueva interpretación del mecanismo de acción de los relajantes musculares, por el Dr. Aníbal Galindo; Riesgos especiales en anestesia del recién nacido, por el Dr. Tom F. Bryant; Nueva tijera para uso obstétrico, por el Dr. Ismael Díaz; Microcirugía de laringe bajo los efectos de la neuroleptoanalgesia, por el Dr. Hernán Correa Estrada; Anestesia peridural simple, por el Dr. Sebastián Merlano; Anestesia disociativa con ketamina, por los Dres. Carlos A. Fernández y Octavio Adaime; Interacción de drogas en anestesiología, por el Dr. Jorge Sarmiento; Manejo hemodinámico de la paciente en estado de *shock*, por el Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente.

Mesas redondas:

- *Cuidado intensivo del paciente neurológico*: con la moderación del Dr. Rafael Sarmiento; Hipertensión endocraneana en la cirugía, por el Dr. Aníbal Galindo; Cuidados generales del paciente neurológico, por el Dr. Germán Muñoz; Manejo respiratorio del paciente neurológico, por el Dr. Fernando Flórez Burgos; Decisión neuroquirúrgica del paciente en cuidados intensivos, por el Dr. Jaime Rubio Segura.

- *Anestesia disociativa:* con la moderación del Dr. Marceliano Arrázola; Anestesia con ketamina en niños, por el Dr. Tom F. Bryant; Anestesia disociativa en pacientes de mal riesgo quirúrgico, por el Dr. Jairo Restrepo; Medicación previa de la anestesia disociativa en adultos, por el Dr. Ángel Cruz Toquica; Anestesia disociativa en obstetricia y ginecología, por el Dr. Arnobio Vanegas Ángel; Anestesia disociativa en procedimientos diagnósticos, por el Dr. José Carlos Miranda.

- *Anestesia y equilibrio ácido básico:* con la moderación del Dr. Nacianceno Valencia; Evaluación de la oxigenación y estado ácido básico en pacientes con insuficiencia respiratoria, por el Dr. Lawrence J. Saidman; Efectos de los desequilibrios en ácido básico en el modo de acción de las drogas comúnmente usadas en anestesia, por el Dr. Aníbal Galindo; Equilibrio de ácido base en anestesia pediátrica, por el Dr. Tom F. Bryant; Equilibrio de ácido básico en cirugía de corazón abierto, por el Dr. Eduardo García.

- *Anestesia y toxemia gravídica*: con la moderación del Dr. Luis Fernando Arango; Ac-

tualización de la anestesia conductiva en la paciente toxémica, por el Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente; Anestesia general en la toxémica, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Fisiopatología de la toxemia, por el Dr. Ricardo Márceles; Tratamiento de la toxémica, por el Dr. Néstor Vásquez Macías.

Cine científico:

Se anunciaron cuatro sesiones, pero no se proporcionaron los títulos.

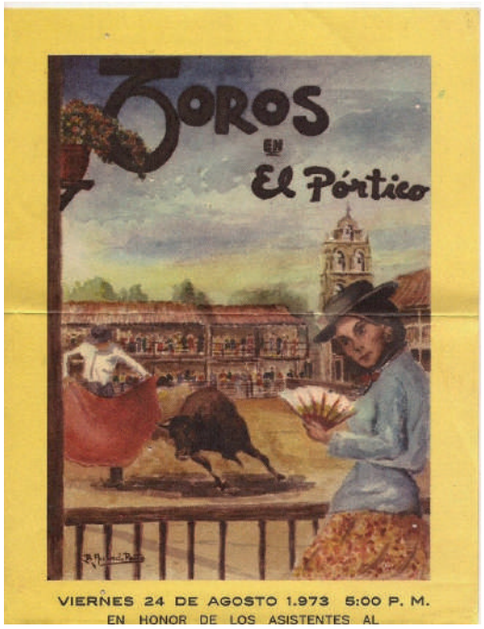
Actividades sociales:

Coctel de inauguración en el Country Club; fogata marina; noche típica en la costa de Pradomar; paseo turístico.

Entre los temas libres de este congreso se resalta la aparición de los trabajos sobre toxicidad renal del pentrane.

Por su parte, continuaron las mesas redondas como parte de la metodología del congreso, aunque surgieron temas no tratados con anterioridad, como el cuidado intensivo del paciente neurológico, la anestesia y el equilibrio ácido básico, y la anestesia y la toxemia gravídica.

Por primera vez se abordó el tema del uso de la ketamina y la técnica de la anestesia disociativa.





▲ Corrida de toros en la celebración del XI Congreso Colombiano de Anestesiología y el XII Congreso Latinoamericano de Anestesiología (34)

XI CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA, XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE ANESTESIOLOGÍA, I REUNIÓN EXTRAORDINARIA DEL ÁREA DEL CARIBE (33)

XIX Asamblea Colombiana de Anestesiología, celebrada en Bogotá del 22 al 26 de agosto de 1973 en el Hotel Tequendama.

XII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA

XXIII Asamblea Colombiana de Anestesiología, celebrada en Cartagena el 12 y 13 de agosto de 1977.

XIII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (35)

XXV Convención Colombiana de Anestesiología, celebrada en Cúcuta del 13 al 16 de septiembre de 1979 en el Salón Adolfo Aristizábal del Hotel Aristi.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Bernardo Ocampo; vicepresidente: Dr. Manuel Antonio Ruan; secretario ejecutivo: Dr. Julio Enrique Peña; secretario general: Dr. Eduardo García; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento; revisor fiscal: Dr. Samuel Jiménez.



▲ Carátula del programa del XIII Congreso Colombiano de Cúcuta, 1979 (36)

Mesa Directiva de la Sociedad Nortesantandereana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Ricardo Melo; secretario: Dr. José Oscar Hurtado; tesorero: Dr. José Velasco Pinto.

Invitados internacionales:

Dres. Vicente Pallares (EE.UU.), Teruel del Campo (EE.UU.), Patricio J. Kelly (Argentina) y Jaime A. Wikinsky (Venezuela).

Temas libres:

Cálculo de la distancia de la piel a la duramadre en región lumbar, por los Dres. Daniel Humberto Castaño y Eliseo Cuadrado del Río; Heridas penetrantes del corazón, por los Dres. Eduardo García y Álvaro Pinilla; Administración de la ketamina en pequeñas dosis para procedimientos médicos quirúrgicos y diagnósticos fuera del quirófano, por los Dres. Jairo Restrepo y Hernán Darío Mesa; Halotano en circuito cerrado, por los Dres. Julio Enrique Peña y Dra. Nora Madiedo; Ketamina y alteración de la presión intracardiaca en pacientes con valvulopatías, por los Dres. Eduardo Echeverría y Eduardo Mayorca; Ketamina: nuestra experiencia con el uso de C-561, por los Dres. Armando León y Rafael Darío Sosa; El ABC de la etiología del paro cardiaco, por los Dres. Jaime García y María Eugenia Gómez; El ABC de la farmacología en resucitación cardiopulmonar, por los Dres. Jaime García y María Eugenia Gómez; Hipoperfusión tisular en el *shock*, por el Dr. José Félix Patiño; Hipotensión, fisiopatología, por el Dr. Vicente Pallares; Drogas y barrera hematoencefálica, por el Dr. Jaime Wikinsky; Una nueva nomenclatura en las maniobras de resucitación cardiopulmonar (VIDAS), por el Dr. Jaime García; Curso intensivo de introducción a la anestesiología (CIA), por el Dr. Jaime García; Estudios metabólicos en *shock*, por los Dres. Martha Guerra, Édgar San Clemente, José Félix Patiño y Eduardo García; Anestesia general balanceada con ketamina-fentanil en microgoteo continuo, por el Dr. Arnobio Vanegas; Administración de enflurano en dosis cuantitativas, por los Dres. Carlos Julio Parra y Fabio Acevedo; Bloqueo del plexo braquial en cirugía de miembros superiores, incluyendo el hombro, por los Dres. Carlos Vargas y Alfonso Salazar; Uso de la comida en la nutrición del paciente quirúrgico, por el Dr. José Félix Patiño; Técnica anestésica en trasplante de hígado, por los Dres. María Eugenia Gómez, Rodrigo Sepúlveda y Marceliano Arrázola; Insuficiencia respiratoria aguda: nuevos conceptos, por el Dr. Teruel del Campo; Nuevos agentes anestésicos intravenosos, por el Dr. Patricio Kelly; Anestesia en enfermos de alto riesgo, por el Dr. Teruel del Campo; Anestesia raquídea para cesárea con bupivacaína, por los Dres. Gabriel Toro y Her-

bert Torres; Gases arteriales solos y diferencia arteriovenosa de oxígeno en pacientes críticos de la Unidad de Cuidado Intensivo, por los Dres. Pablo Caicedo, Eduardo García y Hugo Hurtado; Evaluación de las heridas de corazón atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl, por los Dres. Tiberio Álvarez, Alfonso Noreña y Samuel Henao; Ventilación de oxígeno para procedimientos de microlaringoscopia, por el Dr. Álvaro Serrano; Métodos y sistemas para recolección de datos estadísticos en anestesiología, por el Dr. Jaime García; Uso del éter-ketamina en anestesia pediátrica para cirugía ocular, por el Dr. Lelismo Ferrary; El empleo de la ventilación en anestesia, por el Dr. Marceliano Arrázola.

Talleres de trabajo:

- *Ventilación mecánica:* Dres. Teruel del Campo, Fernando Flórez y Sebastián Merlano.

- *Anestésicos locales y bloqueos regionales:* Dres. Vicente Pallares, Jaime Argüelles y Enrique Arcila.

- *Uso y abuso de las mezclas anestésicas:* Dres. Patricio Kelly, Alberto Vanegas y José Ignacio Paz.

- *Monitoría y hemodinamia:* Dres. Teruel del Campo, Ernesto Rojas y Eduardo García.

- *Anestésicos locales y bloqueo simpático:* Dres. Miller, Vicente Pallares, Jorge Osorio y Alfredo Rodríguez.

- *Anestesia intravenosa en procedimientos especiales:* Dres. Patricio Kelly, Ricardo Martínez y Fernando Vásquez.

Mesa redonda:

Docencia en anestesiología.

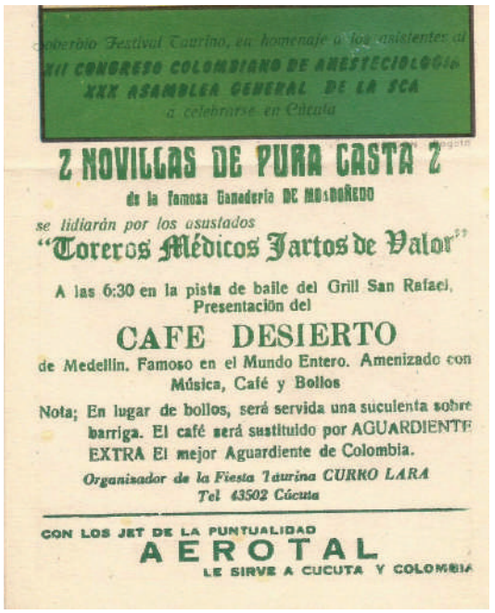
Actividades sociales:

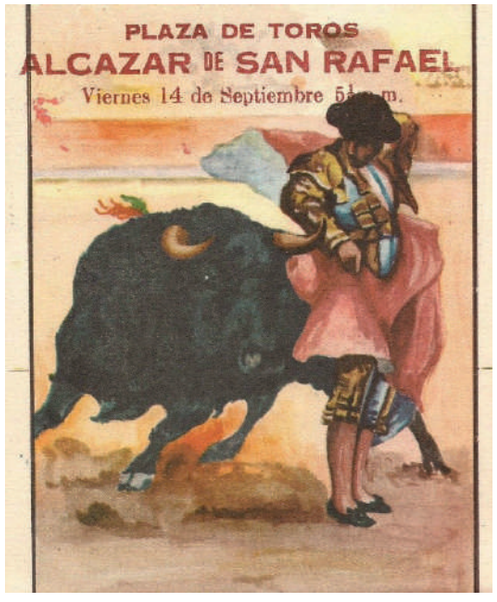
Coctel de inauguración en la Casa de Santander, Villa del Rosario, Cúcuta; fiesta típica y becerrada; cena bailable en el Club del Comercio.

En este congreso hubo un cambio fundamental respecto al desarrollo de estos eventos, al incorporarse los talleres sobre temas de interés, estrategia educativa que implica una mayor participación de los asistentes y busca que se interioricen los conceptos a través de ejercicios prácticos.

En cuanto al tema central del congreso, se realizó una mesa sobre educación en anestesia con la participación de invitados extranjeros.

Surgieron nuevos temas de estudio, como las experiencias con el enflurano, la anestesia cuantitativa como técnica y la nutrición del paciente quirúrgico, y aparecieron los primeros trabajos sobre trasplante de hígado.

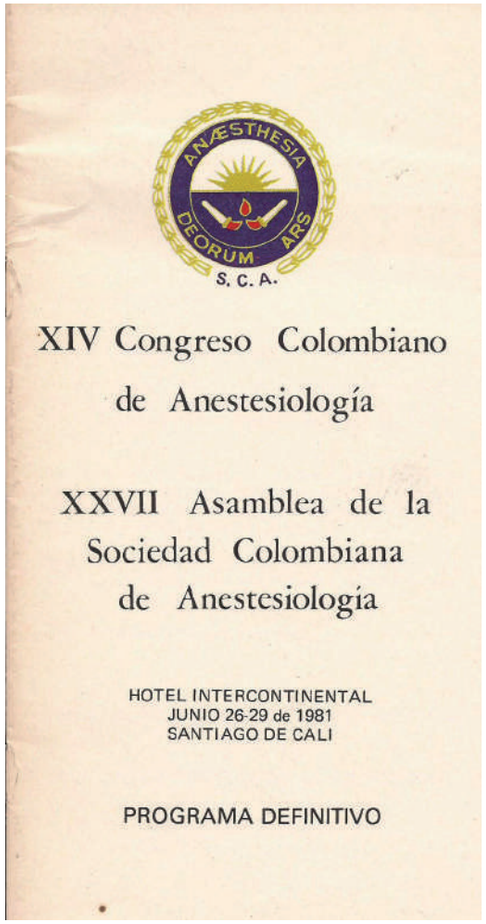




▲ Corrida de toros en la fiesta típica del XIII Congreso Colombiano de Anestesiología de Cúcuta, 1979 (37)

XIV CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (38)

XXVII Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, celebrada en Santiago de Cali del 26 al 29 de junio de 1981 en el Hotel Intercontinental.



▲ Carátula del programa del XIV Congreso Colombiano de Cali, 1981 (39)

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Carlos Celis Carrillo; vicepresidente: Dr. Isaac del Real Helo; secretario ejecutivo: Dr. Mario Céspedes Vizcaíno; secretario general: Dr. Carlos Vargas; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento Montero; revisor fiscal: Dr. Jaime García Ricaurte.

Mesa Directiva de la Sociedad de Anestesiología del Valle:

Presidente: Dr. Isaac del Real Helo; vicepresidente: Dr. José Roure Morales; secretario: Dr. José Ignacio Paz; tesorero: Dr. Pedro Nel Rivera; fiscal: Dr. Carlos Camayo Ortiz.

Invitados internacionales:

John J. Bonica (EE.UU.), Aníbal Galindo Holguín (EE.UU.), Antonio Gutiérrez Galvis (EE. UU.), Édgar Martínez Aguirre (Venezuela), Theodore Stanley (EE.UU.), Harvey M. Shapiro (EE.UU.) y Allon P. Winnie (EE.UU.).

Temas libres:

Traqueotomía en el niño, por el Dr. Antonio Gutiérrez; Evolución de la historia de la anestesia en Colombia, por el Dr. Tiberio Álvarez; Bases farmacológicas y fisiológicas de la anestesia regional, por el Dr. Aníbal Galindo; Los mecanismos del dolor, por el Dr. John Bonica; Anestesia libre de estrés, por el Dr. Theodore Stanley; Diferenciación clínica y los mecanismos del dolor, por el Dr. Allon P. Winnie; Drogas nuevas para el anestesiólogo, por el Dr. Antonio Guerra.

Mesas redondas:

- *El niño y el anestesiólogo:* Anestesia en el recién nacido prematuro y a término, por la Dra. Cecilia Correa; El choque en pediatría, por el Dr. Édgar Cantillo; Resucitación cardiopulmonar y cerebral en el niño, por el Dr. Antonio Gutiérrez; El paciente pediátrico críticamente enfermo, por el Dr. Antonio Gutiérrez.

- *Problemas comunes en anestesia pediátrica:* con la coordinación del Dr. Roberto Nel Peláez; Traqueotomía en niños, por el Dr. Antonio Gutiérrez; Anestesia endovenosa en niños, por el Dr. Édgar Martínez Aguirre.

- *El dolor y el anestesiólogo:* Problemas en el tratamiento del dolor crónico, por el Dr. Alberto Vanegas; Clínicas del dolor, por el Dr. John J. Bonica; Bloqueos terapéuticos, por el Dr. Allon P. Winnie; Bloqueos epidurales, por el Dr. Aníbal Galindo; Opiáceos: uso y abusos, por el Dr. Theodore Stanley.

- *Manejo del paciente politraumatizado:* con la moderación del Dr. Bernardo Ocampo; Circulación cerebral, por el Dr. Harley Shapiro; Problemas en anestesia del trauma, por el Dr. Marceliano Arrázola; Hipertensión craneana, por el Dr. Harvey Shapiro; Tórax inestable, por el Dr. Eduardo García Vargas; Cirugía abdominal en el paciente crítico, por el Dr. Isaac del Real; Anestesia en situación de desastre, por el Dr. Édgar Martínez.

Actividades sociales:

Coctel de inauguración en Terraza Hotel Intercontinental; programa cultural en el Teatro Municipal, con coros de cámara de Popayán; comida de fraternidad en Grill Restaurante Los Farallones, Hotel Intercontinental.



▲ Señoras de los anestesiólogos asistentes a los congresos, 1981

Una característica de este congreso es que se dio especial importancia al niño, sobre todo al recién nacido, como objeto de procedimientos anestésicos, y a situaciones especiales como la del paciente críticamente enfermo y la reanimación.

El manejo del dolor en todas sus manifestaciones también tuvo especial atención en este evento, con un enfoque en el papel del anestesiólogo en el perioperatorio y en el paciente con dolor crónico.

Se trabajó en mesas redondas con la presentación de ponencias previas a la discusión de los temas.

Por lo demás, cabe recordar que las señoras cumplían un papel muy importante en todos los congresos de aquella época. Su participación se iniciaba desde la fase previa, con la planeación y organización de las actividades sociales, y también se involucraban en la planeación general del evento. Durante el congreso se convertían en las anfitrionas de los asistentes y prestaban su atención a los acompañantes, además de engalanar las actividades sociales.

XV CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA: EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO (40)

XXX Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesia, celebrada en Medellín del 25 al 29 de junio de 1983 en el Hotel Intercontinental.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Isaac del Real; vicepresidente: Dr. Jaime García; secretario ejecutivo: Dr. Rafael Sarmiento; secretario general: Dr. Roberto Murillo; tesorero: Dr. José Carlos Miranda; revisor fiscal: Dr. Sebastián Merlano.

Mesa Directiva de la Sociedad de Anestesiología del Valle:

Presidente: Dr. Enrique Arcila; vicepresidente: Dr. Jaime García; secretario: Dr. Héctor Manrique; tesorero: Dr. Fernando Álvarez; vocales: Dres. Guillermo Morales y Nacianceno Valencia; revisora fiscal: Dra. Laura Ramírez.

Invitados internacionales:

Dres. Michael Marsh (EE.UU.), Barry Shapiro (EE.UU.), Sol M. Shnider (EE.UU.), Alan Conn (EE.UU.), David Edbrokke (Inglaterra), Ann Florence (EE.UU.), Joel Kaplan (EE.UU.), Harvey Lowe (Canadá) y Glen Brooks (EE.UU.).

Mesas redondas:

- *El niño críticamente enfermo:* con la moderación del Dr. Octavio Baquero; Trauma obstétrico en el neonato, por el Dr. Sol M. Shnider; Manejo anestésico del neonato crítico, por el Dr. Alan Conn; Manejo anestésico del niño politraumatizado, por el Dr. Jairo Restrepo; Posoperatorio en el niño crítico, por el Dr. Alan Conn.

- *Paciente en el posoperatorio:* Soporte cardiaco del paciente en el intra y posoperatorio, por el Dr. Joel Kaplan; El riñón en el posoperatorio y en el trauma, por el Dr. Jorge L. Arango.

- *El paciente politraumatizado:* con la moderación del Dr. Eliseo Cuadrado; Manejo del paciente en *shock*, por el Dr. Michael Marsh; Manejo anestésico del trauma craneoencefálico, por el Dr. Isaac del Real; Monitoría del paciente crítico, por el Dr. Eduardo García; Manejo anestésico del paciente politraumatizado, por la Dra. Ann Florence.

- *Cardiopatía y anestesia:* Evaluación preoperatoria del paciente cardiaco, por el Dr. Marceliano Arrázola; Manejo anestésico del paciente cardiaco, por el Dr. Joel Kaplan.

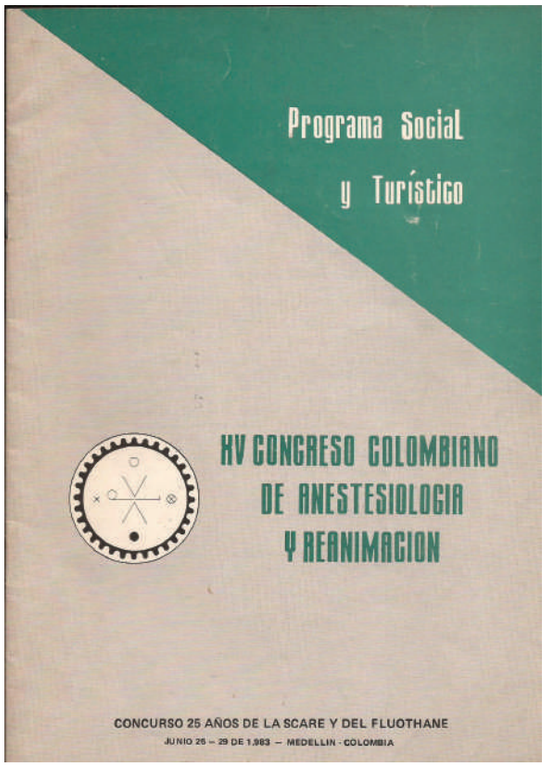
- *Pulmón y anestesia:* con la moderación del Dr. Bernardo Ocampo; Evaluación preoperatoria del paciente con trastorno respiratorio, por el Dr. Barry Shapiro; Manejo anestésico del paciente con trastorno respiratorio, por la Dra. María Eugenia Gómez; Insuficiencia respiratoria del adulto, por el Dr. Barry Shapiro.

- *Anestesia cuantitativa en el paciente crítico:* con la moderación del Dr. Nacianceno Valencia; Principios de anestesia cuantitativa, por el Dr. Carlos Julio Parra; Anestesia cuantitativa en el paciente crítico, por el Dr. Harvey Lowe;

Además de lo anterior, se abordaron los temas libres siguientes: Efectos psicológicos de la ketamina en niños, por los Dres. Jaime Raúl Duque y Cecilia Correa; Anestesia raquídea con bupivacaína isobárica en el paciente anciano, por el Dr. M. Velázquez; Elaboración de un torniquete doble para anestesia regional intravenosa, por el Dr. S. Muñoz; Intubación orotraqueal con succinilcolina en niños, por el Dr. R. E. Barragán; Adminis-



▲ Carátulas del programa del XV Congreso Colombiano de Medellín, 1983



▲ Carátulas del programa social y turístico del XV Congreso Colombiano de Medellín, 1983 (41, 42)

tración de la asociación ketamina-flunitrazepam como técnica anestésica para procedimientos médicos quirúrgicos, por los Dres. H. Mesa y J. Restrepo; Anestesia cuantitativa en paciente con peso menor de 20 kg, por los Dres. C. Salinas, F. Raffan y C. Fernández; Analgesia y anestesia en feocromocitoma e infartos de miocardio, por los Dres. E. Moreno, É. Celis y M. Galindo; valoración pre y posoperatoria de la función pulmonar, por los Dres. A. Castillo, É. Celis y G. Sánchez; Experiencia anestésica en trasplante hepático, por el Dr. H. Mesa; Alcalinización de las soluciones anestésicas locales para bloqueo peridural, por los Dres. J. Sarmiento, A. Sarmiento y A. Pinilla; Observación de los efectos de la xilocaína con bicarbonato y la xilocaína HCL en anestesia peridural, por el Dr. D. Castaño; Anestesia regional intravenosa con bupivacaína, por el Dr. Arnobio Vanegas; Anotaciones para una historia de la anestesia y la reanimación en Colombia, por el Dr. Tiberio Álvarez; Microcomputadores en anestesia: historia, evaluación y descripción de un programa, por los Dres. G. León y J. Mejía; Efectos de la analgesia obstétrica epidural segmental en la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina, por el Dr. M. Molina; Valores normales de la gasometría materna y neonatal en la ciudad de Manizales: co-

rrelación ácido base, por los Dres. Pedro Rochels, Roberto Ramírez y Germán Olarte; Analgesia posoperatoria con bloqueo regional intravenoso, por el Dr. V. Parra; Potenciales de acción del bloqueo neuromuscular producido por la mezcla de tubocurarina y pancuronio, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Comparación de cambios inducidos en el equilibrio ácido base después de la administración de lactato de Ringer o solución salina normal, por el Dr. J. Silva; Hemodilución intravenosa aguda, por el Dr. É. Celis; Anestesia sin estrés, por los Dres. N. Buitrago y J. Patiño.

Conferencias de los profesores invitados:

- *Dr. Alan Conn:* Alimentación en el niño críticamente enfermo; Soporte mecánico de ventilación en pediatría; Hemodilución y autotransfusión en niños.

- *Dr. Glen Brooks:* Hemorragia obstétrica y anestesia; Conducta obstétrica en la paciente de alto riesgo; Farmacología perinatal.

- *Dr. David L. Edbrooke:* Respuesta neuroendocrina al trauma; Neuroleptoanalgesia en cirugía vascular; Uso del droperidol en anestesia.

- *Dr. Joe Kaplan: Soporte farma*cológico y mecánico de la ventilación; Preparación y manejo anestésico del paciente con infarto reciente.

- *Dr. Barry Shapiro:* Ventilación de alta frecuencia; Manejo del paciente con edema pulmonar en cirugía.

- *Dr. Harry Lowe:* Circuito cerrado en anestesia; Circuito cerrado vs. circuito semicerrado; El óxido nitroso en circuito cerrado.

Cursos:

- *Resucitación cardiopulmonar:* con la moderación del Dr. Eduardo García; Maniobras de resucitación cardiopulmonar, por el Dr. Carlos Bustamante; Manejo del paciente durante la posresucitación, por el Dr. Michael Marsh; Experiencias del desastre en Popayán, por el Dr. Carlos Fernández; Planeación de desastres, por el Dr. Tiberio Álvarez; Resucitación del recién nacido, por el Dr. Alan Conn; Resucitación cerebral en el niño, por el Dr. Alan Conn.

- *Anestesia en perinatología:* unión fetoplacentaria, por la Dra. Beatriz Zapata; Manejo anestésico durante la transición fisiológica del feto, por el Dr. Humberto Hoyos; Manejo anestésico del sufrimiento fetal, por el Dr. Sol M. Shnider; Resucitación del recién nacido, por el Dr. Alan Conn; Hipertensión gestacional, por el Dr. Héctor Echeverry.

- *Anestesia intravenosa:* con la moderación del Dr. Alberto Vanegas; Sedación en anestesia, por el Dr. David Edbrooke; Resucitación en trauma mayor, por el Dr. David Edbrooke; Control de la respuesta neuroendocrina al trauma en cirugía mayor; y Papel apropiado del droperidol en la anestesia moderna, por la Dra. Ann Florence; Anestesia intravenosa en la Unidad de Cuidado Intensivo, por el Dr. David Edbrooke; Anestesia intravenosa en el paciente críticamente enfermo, por la Dra. Ann Florence; Técnicas de anestesia intravenosa utilizadas en Colombia, por el Dr. Alberto Vanegas.

Cine científico:

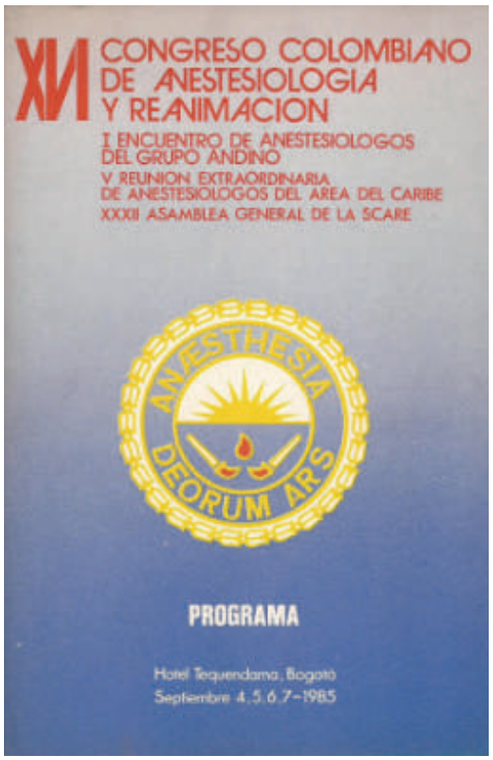
Técnica de intubación orotraqueal, por los Dres. M. Velásquez y T. Starck; Historia de la anestesia en Antioquia, por el Dr. Tiberio Álvarez.

En este evento se programaron por primera vez los cursos precongreso, que marcaron la organización de los eventos futuros al agregar un día más de trabajo.

Como estrategia novedosa, se programaron conferencias de los profesores extranjeros invitados, independientemente de su participación en las demás actividades del evento.

XVI CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA, I ENCUENTRO EXTRAORDINARIO DE ANESTESIÓLOGOS DEL ÁREA CARIBE (43)

XXXII Asamblea General de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Bogotá del 4 al 7 de septiembre de 1985 en el Hotel Tequendama.



▲ Carátula del programa del XVI Congreso Colombiano de Bogotá, 1985 (44)

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Julio Enrique Peña Baquero; vicepresidente: Dr. Enrique Arcila; secretario ejecutivo: Dr. Jorge Osorio Reyes; vocal: Dra. María Eugenia Gómez; revisor fiscal: Dr. Sebastián Merlano; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento M.; secretario general: Dr. Roberto Murillo.

Invitados internacionales:

Dres. Christopher Bryan-Brown (EE.UU.), James Cottrell (EE.UU.), Donald Finlayson (EE.UU.), Mieczyslaw Finster (EE.UU.), James B. Forrest (Canadá), Rodolfo Godínez (EE.UU.), Gilberto Mejía (Inglaterra), Carlos Parsloe (Brasil) y Josef K. Wang (EE.UU.).

Cursos precongreso:

- *Farmacología y anestesia:* Farmacología y el uso del isoflurano, por el Dr. James Forrest; Anestésicos halogenados y el hígado, por el Dr. Rafael Claudinho Botero; Anestésicos y riñón, por el Dr. Édgar San Clemente; Opiáceos: ¿hay algo nuevo?, por el Dr. Alberto Vanegas; Óxido nitroso: usos y conceptos actuales, por el Dr. Carlos Parsloe; Metabolismo de los anestésicos, por el Dr. James Forrest; ¿Qué hay de nuevo en máquinas de anestesia?, por el Dr. Gilberto Mejía; ¿Qué hay de nuevo en monitoría?, por el Dr. Édgar Celis; Relajantes nuevos, por el Dr. James Forrest.

- *Monitoría hemodinámica*: Bases de la fisiología hemodinámica, por el Dr. Hernando Matiz; Catéteres en la arteria pulmonar: ¿qué hay que nuevo?, por el Dr. Barrie Farley; Fisiología ventricular: ¿qué hay de nuevo?, por el Dr. Orlando Corzo; Los cálculos cardiorrespiratorios: ¿realmente sirven para algo?, por el Dr. Donald Finlayson; Marcapasos y anestesia, por el Dr. Humberto Castillo; Metabolismo del miocardio: su importancia clínica, por el Dr. Donald Finlayson; Práctica de computadores de gasto cardiaco, por los Dres. Roberto Murillo y Ricardo Beltrán.

- *Transporte de oxígeno:* Conceptos básicos, por el Dr. Darío Maldonado; ¿Oxígeno suficiente vs. oxígeno necesario?, por el Dr. Christopher Bryan Brown; Mediciones del oxígeno invasivo y no invasivo (oxígeno transcutáneo), por el Dr. Rafael Sarmiento; El oxígeno venoso es importante: ¿por qué?, por el Dr. Eduardo García; Hipoxia, por el Dr. Ernesto Rojas; ¿La toxicidad del oxígeno es real?, por el Dr. Agustín Castillo; El aumento de la hemoglo-

bina: ¿tiene un límite?, por el Dr. Christopher Bryan Brown; El cigarrillo y la anestesia, por el Dr. José Ignacio Acevedo; Práctica de oxígeno-terapia: terapia respiratoria, por el Dr. José Carlos Miranda; Ventiladores, por el Dr. Bernardo Ocampo.

Temas libres:

Anestesia y farmacodependencia, por el Dr. James Forrest; Metabolismo y dinámica cerebrovascular, por el Dr. James Cotrell; Nuevos conceptos en monitoría del sistema nervioso central, por el Dr. Mario Ruiz; Isquemia cerebral global vs. focal: protección cerebral, por el Dr. Maurice Alvin; Hipertensión intracraneal y anestesia, por el Dr. James Cotrell; Mediciones de la médula espinal, fisiopatología y anestesia, por el Dr. Maurice Albin; Posición sentada: ¿deberíamos abandonarla?; y Embolismo paradójico, por el Dr. Mauricio Alvin; Hipertensión pulmonar en el niño, por el Dr. Gabriel Díaz; Uso de la succinilcolina en niños, por la Dra. Liliana Cerón; Técnica anestésica para broncoscopia en niños, por los Dres. Luz Hidela Patiño y Octavio Baquero; Uso de succinilcolina en la inducción anestésica en pediatría; y Contaminación bacteriana de la vía aérea artificial, por los Dres. Bernardo Ocampo y Eduardo Buitrago; ¿Cómo ve el paciente la anestesia?, por el Dr. Arnobio Vanegas; Lidocaína endovenosa para revisión del espasmo laríngeo durante la extubación, por los Dres. Eduardo Morales y Carlos Peña; Comportamiento eléctrico durante la circulación extracorpórea en niños, por los Dres. Enrique Arango y Álvaro Pinilla; Neuroanestesia en pediatría, por el Dr. Álvaro Godínez; Modificación de la válvula de Ferrari, por el Dr. Lelismo Ferrari; Producción y amnesia completa durante anestesia disociativa, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Aproximación a los valores de las curvas de volumen tiempo y flujo volumen de la población colombiana, por los Dres. Bernardo Ocampo, María Elena Hoyos y Carlos Echeverri; Alteraciones hemodinámicas en la toxemia: implicaciones anestésicas, por el Dr. Mieczyslaw Finster; Respuesta presora a la laringoscopia en intubación, previa administración de lidocaína, por el Dr. Ricardo Quiroga y otros; Efectos cardiovasculares durante la intubación y laringoscopia del paciente atropinizado, por el Dr. Hernando Lourdes y otros; Descripción de la hemodilución normovolémica aguda y autotransfusión en paciente quirúrgico, por los Dres. Jaime Villanueva y Alfonso Noreña; Análisis y comentarios a 250 trasplantes de riñón, por el Dr. Marceliano Arrázola; Estudio comparativo en la respuesta hemodinámica a la intubación orotraqueal con diferentes técnicas de inducción, por el Dr. Francisco Garavito; Modificaciones de los factores de coagulación y hemodilución intraoperatoria normovolémica, por los Dres. Aleyda Beltrán y Germán Parra; Manejo perioperatorio del paciente diabético para cirugía cardiaca, por el Dr. Hugo Medina; Narcóticos intraespinales, por el Dr. Joseph K. Wang; Contribución del anestesiólogo en el manejo del dolor, por el Dr. Tiberio Álvarez; Síndromes dolorosos y diagnóstico y tratamiento, por el Dr. Pedro Bejarano; Dolor en cáncer; y Distrofia refleja simpática y causalgia, por el Dr. Joseph K. Wang; Mezclas de lidocaína y bupivacaína en anestesia subdural, por los Dres. Jaime García y Humberto Taborda; Niveles de xilocaína en plasma graves en anestesia peridural simple y con epinefrina, por la Dra. Martha Cruz; Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de dolor, por los Dres. Pedro Bejarano, Arnobio Osorio, Martha Lucía Rodríguez y Gloria María Berrío; Morfina en anestesia regional intravenosa (control del dolor posoperatorio), por el Dr. Javier Cifuentes; Protocolos biológicos para clínica del dolor, por el Dr. Javier Cifuentes; Manejo del dolor por cáncer con bomba de infusión, por los Dres. Jaime Escallón y Jaime Herrera; Anestesia subdural con bupivacaína: efecto de adicción con epinefrina, por los Dres. Marceliano Polanco e Isabel Mendoza.

- *Concurso Juan Marín:* Estudio anestésico comparativo; y Etrane y óxido nitroso vs. etrane y fentanil, por los Dres. Alfonso

Pineda y Hernando Londres; Estudio del etomidato, por los Dres. Esperanza Moreno y Gustavo Murcia; Intubación de anestesia general con pentotal, por los Dres. Luis Fernando Salcedo, Álvaro Sarmiento y Hernando Londres; Anestesia cuantitativa asistida por computadora, por los Dres. Hernando H. Mejía y Hernando Pacific; Técnica de pretratamiento durante la anestesia: efectos sobre la presión intraocular, por la Dra. Elisa Landazábal; Administración de magnesio en el paciente tetánico para el control de los espasmos musculares, por el Dr. Juan José Torres; Cambios en los niveles de potasio sérico en la administración de succinilcolina en pacientes sanos, por la Dra. Luz Marina Poveda.

- *Anestesia pediátrica:* Emergencia en el recién nacido, por el Dr. Rodolfo Godínez; Monitoría en el niño de alto riesgo, por el Dr. Álvaro Pinilla; Inducción del niño: ¿arte, técnica o asalto?, por el Dr. Jairo Restrepo; Anestesia en el prematuro, por la Dra. Cecilia Correa de Ramírez; Cirugía y control de la temperatura en el niño, por el Dr. Octavio Baquero; El niño politraumatizado, por el Dr. Mizrahim Méndez; Manejo metabólico del niño en anestesia, por el Dr. Rodolfo Godínez.

- *Cuidado intensivo*: Anestesia en cirugía neurovascular, por el Dr. James Cotrell; Efectos del dolor y la angustia en enfermos críticos después de operaciones graves, por el Dr. Christophen Bryan-Brown; ¿Dónde estamos en CPAP, IMV, HFV, CMV?, por el Dr. Barrie Farley; ¿Dónde estamos y para dónde vamos en el *shock* séptico?, por la Dra. María Eugenia Gómez; Manejo de monitoría del riñón en cuidado intensivo, por el Dr. Ricardo Beltrán; Consecuencias fisiológicas de la asistencia ventilatoria en el paciente crítico, por el Dr. Christophen Bryan Brown; Reanimación cerebro-cardiopulmonar; e Infecciones en cuidado intensivo, por el Dr. Guillermo Prada; Monitoría en cuidado intensivo y anestesia asistida por microcomputador, por los Dres. Pedro Bejarano, Édgar Celis, Ricardo Beltrán y Eduardo García; Preoxigenación en anestesia: evaluación de cuatro técnicas a la altura de Bogotá, por la Dra. Margarita Jiménez; Hoja de registro de datos de cuidado intensivo: un diseño práctico basado en la experiencia, por los Dres. Pedro Bejarano, Édgar Celis, Ricardo Beltrán y Eduardo García; ¿Sí es necesario el soporte ventilatorio en el posoperatorio de pacientes miasténicos?, por los Dres. Humberto Mejía y Humberto Taborda; ¿Hay diferencias entre el oxígeno venoso central y el oxígeno venoso mixto?, por los Dres. Édgar Celis, Nathan Zundel, Jorge Daez y Eduardo García; Representación gráfica computarizada de los resultados de espirometría, por los Dres. Carlos Alberto Echeverri y María Elena Hoyos; Manejo de la fístula broncopleural: reporte de un caso, por los Dres. Édgar Celis, Ricardo Beltrán, Pedro Bejarano y Eduardo García; Ventilación mecánica en niños, por el Dr. Rodolfo Godínez.

- *Anestesia cardiovascular:* Coagulopatías y anestesia, por el Dr. Alberto Martínez; Anestesia intravenosa vs. inhalatoria: ¿cuándo es mejor para su corazón?, por el Dr. Barry Farley; Drogas cardiovasculares en anestesia, por el Dr. Mario Mejía; Anestesia en función ventricular severamente deprimida, por el Dr. Donald Finlayson; Hipertensión y anestesia, por el Dr. Carlos Vargas; Bomba extracorpórea: ¿qué le hace a su organismo?, por el Dr. Donald Finlayson; Potasio y anestesia, por el Dr. Roberto Murillo; El niño cardiaco en anestesia, por el Dr. Jorge Trelles.

Mesas redondas:

- *Trauma craneoencefálico*: Dres. Maurice Albin, James Cotrell, Julio Enrique Peña, Germán Peña, José Tomás Posada y Mario Luis.

XVII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (45)

- *Líquidos en cirugía y anestesia:* Dres. Hernán Cuervo, Christopher Bryan Brown, Carlos Bustamante, Édgar Cantillo, Isaac del Real, Barry Farley y Germán Parra.

- *Monitoría del cuidado intensivo:* Dres. Alonso Gómez, Christophen Bryan Brown, Héctor Cendales, Barry Farley, Donald Finlayson y Carlos Gaviria.

- *Educación en anestesia:* Dres. Fernando Flórez, Maurice Alvin, Eliseo Cuadrado, James Forrest, Carlos Parsloe y Rafael Peña.

Este congreso tuvo la participación de anestesiólogos del área del Caribe. Se resalta la importancia de los profesores invitados, así como la continuidad de la estrategia de los cursos precongreso y las mesas redondas con participación de anestesiólogos de los países invitados.

Se resalta la cantidad de trabajos libres presentados y los temas relativamente nuevos de las mesas redondas, que incluyeron farmacología y anestesia, monitoría hemodinámica, y estudio de la oxigenación y la medición por técnicas novedosas.

Por primera vez se programaron concursos para anestesiólogos y residentes con premios en dinero y reconocimientos especiales, con el Premio Juan Marín, por lo cual surgieron en el temario los trabajos presentados para este galardón.

XXVII Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, celebrada en Cartagena del 23 al 27 de septiembre de 1987 en el Hotel Intercontinental.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Sebastián Merlano; vicepresidente: Dra. María Eugenia Gómez; secretario ejecutivo: Dr. Alfredo León Díaz; secretaria general: Dra. Myra Bonilla Zamora; tesorero: Dr. Rafael Sarmiento M.; vocal académico: Dr. Isaac del Real H.; revisora fiscal: Dra. Emilia Caballero.

Mesa Directiva de la Sociedad de Anestesiología de Bolívar:

Presidente: Dr. Roberto Dikson Guerra; presidente del congreso: Dr. Luis Jorge Benedetti; secretario general: Dr. Huberto Palomino; tesorero: Dr. Sebastián Merlano; vocales: Dres. Roberto Méndez García y Eduardo Franco Frías.

Invitados internacionales:

Dres. Carl Hug (EE.UU.), Kevin Tremper (EE. UU.), Susan Wilson Krechel (EE.UU.), Marcos Szeinfeld (EE.UU.), Jorge Urzúa (Chile), Carlos Parsloe (Brasil), Aníbal Galindo (EE.UU.), Patricio Kelly (Argentina), Luis Cabal (EE. UU.) y Jorge Guillermo Montes (EE.UU.).



▲ Carátula del programa del XVII Congreso Colombiano de Cartagena, 1987 (46)

Concursos:

- *Concurso Luis Cerezo:* La madre acompañante en el proceso anestésico quirúrgico, por los Dres. Arnobio Vanegas, Ana Milena Franco y Antonio Irurita; Midazolam: posibilidades y perspectivas como agente inductor en nuestro medio, por el Dr. Fernando Aguilera; Evolución de la monitoría de oximetría de pulso en cirugía cardiaca, por el Dr. Alfredo León; Anestesia en heridas de corazón, por los Dres. Francisco Arango, Alejandro Guerra

y Beatriz Londoño; Complicaciones menores en anestesia, por los Dres. Arnobio Vanegas, Victoria Eugenia Parra y Soledad Cartagena; Estudio comparativo entre midazolam y tiopental como agentes inductores en anestesia general, por el Dr. Alfredo León; Técnica de implementación de catéteres epidurales para el manejo del dolor crónico por largos periodos de tiempo, por los Dres. Jaime Herrera, Pedro Bejarano y Juan Reyes; Toxicidad por halogenados, por los Dres. Hernando Urrego, Jaime Barros y Julia González; Dos técnicas de inducción inhalatoria sin señal de angustia en anestesia pediátrica, por el Dr. Arnobio Vanegas; Evaluación de oxímetro de pulso en cirugía de cabeza y cuello, por los Dres. Alfredo León, Jaime Barrios y Pilar Rincón.

- *Concurso Juan Marín:* Valoración de la intubación otrotraqueal prolongada en adultos, por la Dra. María Eugenia Sandoval; Estudio comparativo de midazolam, tiopental y halotano como inductores en anestesia pediátrica, por el Dr. Raúl Fierro Ramírez; Variación del perfil enzimático cardiaco en pacientes sometidos a cirugía cardiaca en ausencia del compromiso miocárdico, por los Dres. Alcides Polonia y Fernando Ríos; Estandarización de exámenes paraclínicos en pacientes en cirugía programada, por la Dra. Patricia Abella; Morfina peridural y catéter por tiempo prolongado en dolor crónico, por el Dr. Miguel Eduardo Blanco; Midazolam en infusión continua para sedación de pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo, por la Dra. Florencia Lasso; Ensayo clínico controlado sobre eficacia y seguridad de diferentes benzodiacepinas en medicación preanestésica, por los Dres. Soledad Cepeda, Hernán Pulido y Ramiro Vélez; Aplicación del principio del purga con bromuro de pancuronio en anestesia por inducción de secuencia rápida, por el Dr. Carlos E. Sales; Uso de alfentanil en infusión para procedimientos neuroquirúrgicos, por la Dra. Martha Luz Amaris; Anestesia cuantitativa en geriatría, por los Dres. Hernán Delgadillo y Gustavo Felizola; Complicaciones, riesgos y técnicas anestésicas utilizadas en el Hospital de la Samaritana, por los Dres. Pedro Citta y Édgar Zafra.
- *Pósteres*: Índice de presión/volumen al final de sístole para determinación de función ventricular, por los Dres. Alfredo León, Eduardo Mayorca y Alejandro Pérez; El sida y sus implicaciones para el anestesiólogo, por el Dr. Mauricio Piñeros; Feocromocitoma clínico y manejo anestésico, por los Dres. Fernando Urrego y Jaime Barrios; Tc-PO^2: el mejor monitoreo en el quirófano, por el Dr. Rafael Sarmiento Montero; Hiperalimentación parenteral y anestesia, por la Dra. Pilar Gabriela Rincón; Anticoagulación y anestesia, por la Dra. Piedad Gabriela Rincón; Modelo educativo para control de la anestesia, por el Dr. Jorge Humberto Mejía; Cardiotoxicidad en bloqueo intercostal, por el Dr. Juan Martín González; Anestesia para liposucción, por los Dres. Daniel Castaño y Ernesto Barney; Implicaciones anestésicas en el QT prolongado, por los Dres. Jaime Barros y Carlos Fernández; Tumor de mediastino en lactantes: manejo anestésico, por los Dres. Julián Peña y Jorge H. Mejía.

Actividades sociales:

Coctel de apertura en la Alcaldía de Cartagena; fiesta típica en el Club Naval; fiesta de clausura en el Club Cartagena; paseo a las Islas del Rosario; paseo al Jardín Botánico.

No aparecen en el programa de este congreso los trabajos libres presentados, pero se describen los que participaron en los concursos vigentes: el Juan Marín y el Luis Cerezo; cabe resaltar la participación cooperativa en el desarrollo de estos y la representación de los programas de anestesia de las universidades de los participantes.

Por lo demás, aparecen los pósteres como otra modalidad de presentación de experiencias de anestesia y de sana competencia, con la premiación de los trabajos.

XVIII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (47)

XXXIX Asamblea General de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Bucaramanga del 17 al 20 de agosto de 1989 en el Club Campestre.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Luis Jorge Benedetti Esguerra; vicepresidente: Dr. Jaime García R.; secretario ejecutivo: Dr. Manuel Galindo; secretario general: Dr. Ignacio Ruiz Moreno; tesorero: Dr. Iván Navarro; revisor fiscal: Dr. Guillermo González; vocal académico: Dr. Marceliano Arrázola.

Invitados internacionales:

Dr. Steve Abrahms (EE.UU.), John Dundee (EE.UU.), Elisabeth Frosst (EE.UU.), Jonathan Kay (EE.UU.), Gershon Levinson (EE.UU.), Daniel Minkel (EE.UU.), John W. Severinghaus (EE.UU.) y Daniel Siker (EE.UU.).

Temas libres:

- *Conferencias plenarias:* Trauma craneoencefálico: fisiopatología, por el Dr. César Castro; Protección cerebral, por la Dra. Elizabeth Frosst; Nuevos anestésicos endovenosos, por el Dr. John Dundee; Evaluación del paciente con enfermedad cerebrovascular, por la Dra. Elizabeth Frosst; Líquidos en neuroanestesia, por la Dra. Elizabeth Frosst; Manejo y regulación de la función respiratoria, por el Dr. John Severinghaus; Falla multisistémica: patología, por el Dr. Alonso Gómez; Síndrome de dificultad respiratoria, por el Dr. Roberto Ramírez; Edema cerebral: implicaciones anestésicas, por el Dr. Mario Ruiz; Anestesia neuroquirúrgica, por el Dr. César Castro; Ecografía esofágica, por el Dr. Jonathan Kay; Narcóticos epidurales y subaracnoideos, por el Dr. Steve Abrahms; Avances en anestesia obstétrica, por el Dr. Gershon Levinson; Preservación miocárdica en el transquirúrgico, por el Dr. Eduardo García; Bases científicas de la analgesia acupuntural, por el Dr. Fernando González; Anestesia no obstétrica en el embarazo, por el Dr. Gershon Levinson; Dolor en cáncer, por el Dr. Steve Abrahams: Función ventricular, por el Dr. Alberto Morales; Trasplante cardiaco: cuidado anestésico, por el Dr. Carlos Mejía; Farmacología: opioides, por el Dr. Pedro Bejarano; Arritmias perioperatorias: etiopatogenia y manejo, por el Dr. Manuel Galindo; ¿Son necesarias las alternativas para pentotal?, por el Dr. John Dundee; Falla ventricular derecha, por el Dr. Daniel Minkel; Benzodiacepinas: ¿cuál es su lugar?, por el Dr. John Dundee; Circuito cerrado, anestesia cuantitativa, por el Dr. Jaime García; Nuevos anestésicos inhalatorios, por el Dr. Mario Mejía; Anestesia regional pediátrica, por el Dr. Daniel Stiker; *Shock* séptico, por el Dr. Daniel Minkel; Respuesta metabólica al estrés, por el Dr. Alonso Gómez; Paciente ambulatorio, por el Dr. Jaime García; Perfusión en anestesia, por el Dr. Eduardo García; Acupuntura en vómito y nausea, por el Dr. John Dundee; Analgesia acupuntural, por el Dr. Fernando González.

Temas especiales:

- *Monitoría invasiva:* indicaciones y técnicas: Monitoría invasiva: prácticas, por el Dr. Jonathan Kay; Monitoría de gases sanguíneos, por el Dr. John Severinghaus; Dolor posoperatorio, por el Dr. Steve Abrahms; Oximetría de pulso transquirúrgico, por el Dr. John Severinghaus; Capnografía intraoperatoria, por el Dr. Alberto Morales; Potenciales evocados INEG, por el Dr. Mario Luis; Computadores en la práctica anestésica, por el Dr. Miguel Flórez.

- *Anestesia pediátrica:* Nuevos conceptos en manejo pre y transanestésico, por el Dr. Germán

Sandoval; Temperatura y anestesia, por la Dra. Luz Hidela Patiño; Relaciones farmacodinámicas y cinéticas en la dosificación, por el Dr. Germán Sandoval; Alteraciones fisiológicas del embarazo y anestesia, por el Dr. Rafael Peña; Anestesia y cardiopatías congénitas, por la Dra. Luz Hidela Patiño; Anestesia en el neonato, por el Dr. Daniel Siker; Anestesia obstétrica, por el Dr. Gershon Levinson; Analgesia posoperatoria, por el Dr. Daniel Siker.

- *Cuidado posoperatorio:* Hipermetabolismo posoperatorio, por el Dr. Alonso Gómez; Manejo básico del dolor, por el Dr. Pedro Bejarano; Servicio de recuperación: organización y atención de enfermería, por la Dra. Eddy Villamizar; Uso de elementos sanguíneos: perspectivas, por el Dr. Carlos Mejía; Soluciones hipertónicas, por el Dr. Mario Mejía; Predictores de pronóstico posoperatorio, por el Dr. Eduardo García; Cambios hemodinámicos: anestesia general vs. regional, por el Dr. Rafael Peña; Manejo del dolor agudo, por el Dr. Pedro Bejarano.

Mesas redondas:

- *Monitoría mínima perioperatoria:* Dres. Mario Mejía (coordinador), John Kay, John Severinghaus, Eduardo García y Alberto Morales.
- *Problemas comunes en anestesia pediátrica:* Dres. Gustavo Solano (moderador), Daniel Siker, Gustavo Sandoval y Luz Hidela Patiño.
- *Complicaciones y muertes en recuperación:* Dres. Roberto Ramírez (moderador), Alonso Gómez, Mario Mejía, Carlos Mejía y Pedro Bejarano.
- *Muerte cerebral:* aspectos éticos legales: Dres. Jaime García (moderador), John Dundee, Elizabeth Frosst, Henry Castillo y Juan Manuel Ramírez.
- *Complicaciones de la analgesia y la anestesia obstétrica:* Dres. Oscar Gómez (moderador), Gershon Levinson, Daniel Siker y Jairo Rodríguez.

Actividades sociales:

Coctel de bienvenida e inauguración en el Museo de Arte Moderno de Bucaramanga; fiesta típica en Girón; cena de clausura en el Club Unión.

En este congreso se desarrollaron tres estrategias para las presentaciones: los tradicionales temas libres, las también tradicionales mesas redondas y una estrategia especial de conferencias en temas específicos con discusión al final. En estas modalidades se resaltan los temas de monitoría invasiva y cuidado posoperatorio del paciente.

Se programaron los cuatro concursos de la Sociedad, pero no se registraron los nombres de los trabajos inscritos. Estos concursos fueron: el Juan Marín, el Luis Cerezo, el Jorge Colmenares y el Rafael Peña, cuyos premios se siguieron adjudicando en los congresos siguientes.



▲ Carátula del programa del XVIII Congreso Colombiano de Bucaramanga, 1989 (48)

XIX CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA: EL ANESTESIÓLOGO FRENTE AL PACIENTE DE TODOS LOS DÍAS (49)

IXL Asamblea General de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Manizales del 15 al 18 de agosto de 1991 en el Centro de Convenciones del Teatro Fundadores.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dra. María Eugenia Gómez Piza; vicepresidente: Dr. José María Corella; secretario ejecutivo: Dr. Manuel Galindo A.; secretario general: Dr. Arnobio Vanegas A.; tesorero: Dr. Ignacio Ruiz M.; fiscal: Dr. Rafael Macía M.; director de la revista: Dr. Julio Enrique Peña B.

Mesa Directiva de la Sociedad Caldense de Anestesiología:

Presidente: Dr. Bernardo Ocampo T.; vicepresidente: Dr. José Miguel Cárdenas M.; secretario: Dr. Jaime Raúl Duque Q; tesorero: Dr. Pedro Bonivento F.; revisor fiscal: Dr. Rafael Macía M.

Invitados internacionales:

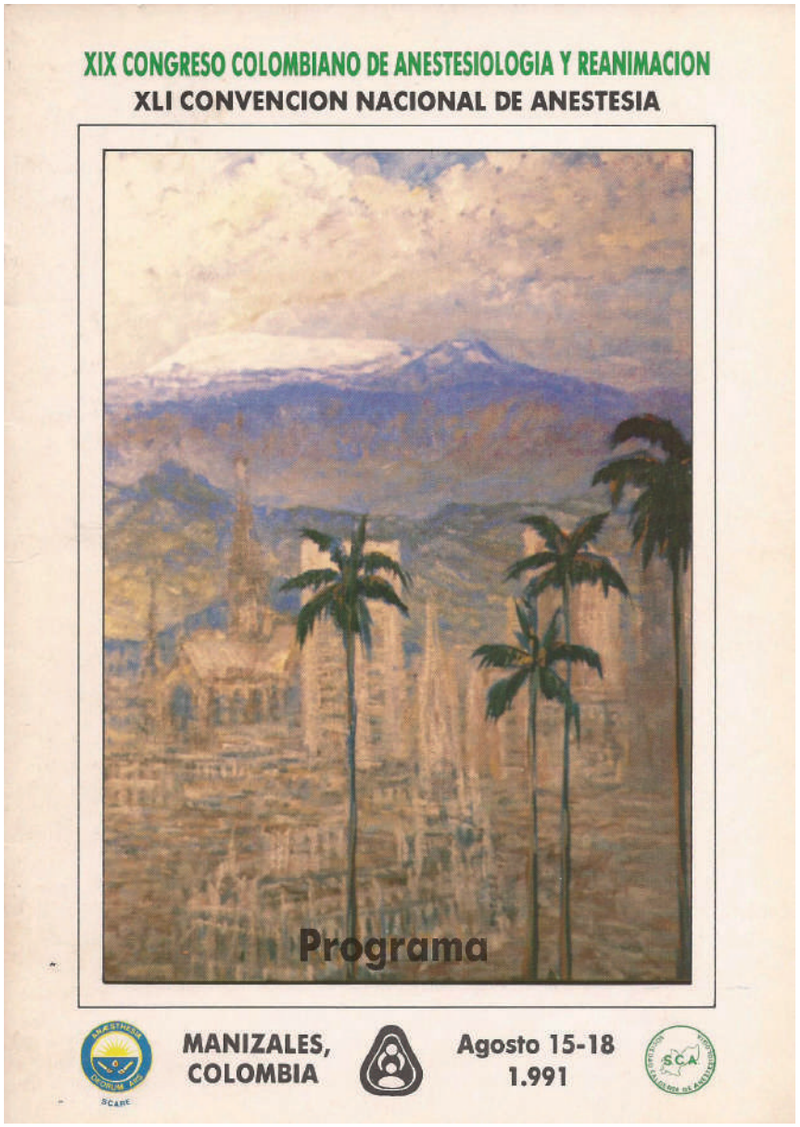
Dres. Peter Huton (EE.UU.), Griselda Cooper (EE.UU.), Jorge Urzúa (Chile), Estela Melman (México), Vicente Pallares (EE.UU.), Dann Siker (EE.UU.), Daniel Minkel (EE.UU.), Carlos Luciano Reyes (Chile), Ola Stenquist (Suecia), José Antonio Álvarez (España) y Roger Barrios (Guatemala).

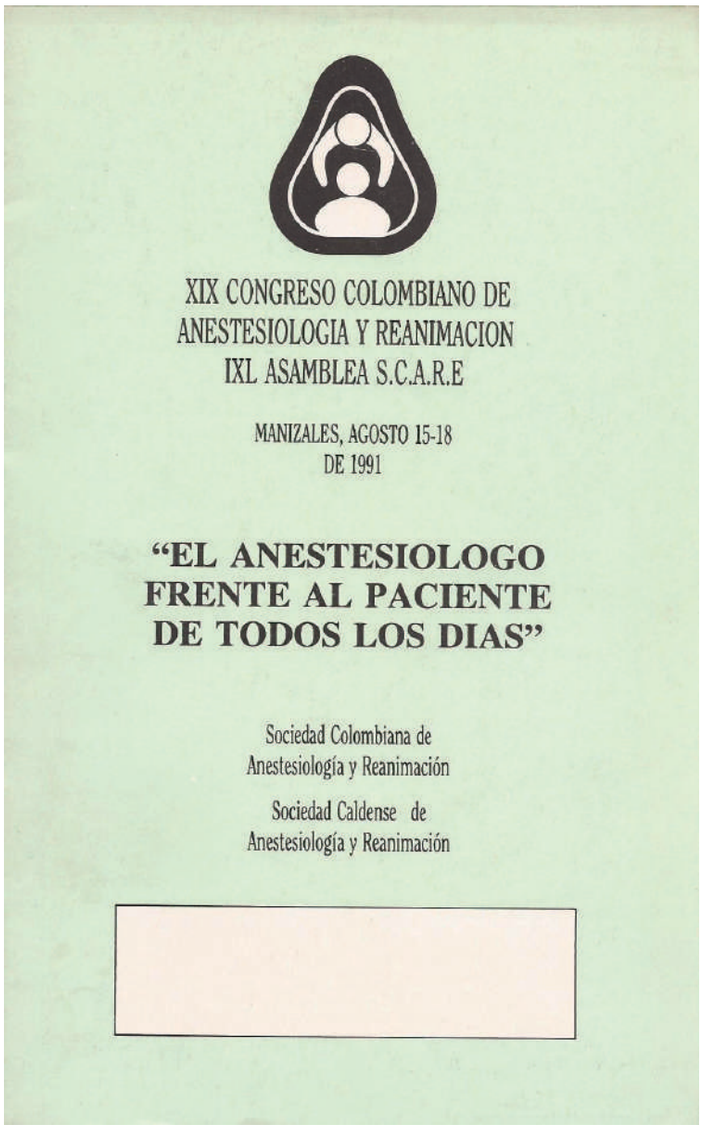
Temas libres:

Cardioplejía retrógrada en la cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, por el Dr. Édgar Manrique; Uso de epinefrina intravenosa para manejo de la erección durante cirugía urológica, por el Dr. Iván Iglesias; Anestesia para cirugía de pie, por el Dr. Héctor Manrique; Extubación temprana después de cirugía cardiaca con circulación extracorpórea en niños, por los Dres. Luis Michelsen y Domingo Rincón; Canulación percutánea arterial en niños de 2 años, por los Dres. José Domingo Rincón y Luis Michel; Estudio comparativo del propofol y del pentotal sódico, agentes de inducción en cirugía ginecológica de corta duración, por las Dras. Carmen Parra, Lía Brown y Gilma Espinosa; Comportamiento de la temperatura corporal del niño, por la Dra. Luz Hidela Patiño; Evaluación de la disautonomía simpática en diabéticos asintomáticos, por el Dr. Pedro Ibarra; Manejo anestésico del insulinoma; por los Dres. Pedro Osorio y Pedro Ibarra; ¿Es posible construir equipos médicos en Colombia?, por el Dr. Jaime Castaños; Técnica combinada peridural raquídea, por el Dr. Daniel Castaño; Análisis de algunos riesgos laborales en la anestesiología de Medellín, por los Dres. Fanny Ramírez y Tiberio Álvarez; Efectividad del cardiólogo en consulta prequirúrgica, por la Dra. Claudia Salazar; Comparación del gasto de agente anestésico halogenado con y sin óxido nitroso, por los Dres. Álvaro Sarmiento y Octavio Nieto.

Conferencias magistrales:

Anestesia y el hígado; Trasplante de hígado; y Monitoría de seguridad en anestesia, por el Dr. Peter Huton; Manejo de la paciente eclámptica; Anestesia obstétrica; y La anestesia para paciente ambulatorio, por la Dra. Griselda Cooper; El parche epidural: alternativa; y Bloqueo intercostal continuo, por el Dr. Vicente Pallares; Anestesia regional en pediatría; Manejo de la vía aérea difícil en niños; y Anestesia para el recién nacido y el prematuro, por la Dra. Estela Melman; Relajantes musculares en niños; y Líquidos en el niño: trauma y la anestesia, por el Dr. Dann Siker; Intubación difícil en el adulto; y Manejo del paciente diabético y anestesia, por el Dr. Daniel Minkel; Hemodilución normovolémica; y Cristaloides vs. coloides: ¿fin de la era de cristaloides?, por el Dr. Carlos Reyes; Biofísica de la monitorización de la circulación; y Aspectos cardiovasculares del anciano y anestesia,





▲ Carátulas del programa del XIX Congreso Colombiano de Anestesiología de Manizales, 1991 (50)

por el Dr. Jorge Urzúa; Avances de la relajación muscular; y Relajantes musculares en el paciente atípico, por el Dr. José Antonio Álvarez; Monitoreo y seguridad en la anestesia de hoy; y Actualizaciones en el uso del óxido nitroso con las últimas opiniones del Dr. Eger, por el Dr. Ola Stenquist; Bloqueos para cirugía de ojos, por el Dr. José María Silva; Últimos avances en reanimación, por el Dr. Pedro Enrique Venegas; Informática aplicada en anestesia y la educación, por el Dr. Jorge Mejía; Edema cerebral: manejo; y Protección cerebral, por el Dr. Mario Ruiz; Obesidad y anestesia, por el Dr. Édgar Celis; Preoperatorio del niño: vías alternas, por el Dr. Hernán Darío Mesa; El paciente coronario: manejo anestésico, por el Dr. Mario Mejía; Uso racional de los bloqueadores del calcio y betabloqueadores, por el Dr. Humberto Castillo; Riesgo cardiaco perioperatorio, por el Dr. Alfredo León; Paciente con alteración renal aguda o crónica, por el Dr. Marceliano Arrázola; Manejo anestésico de enfermedad cerebro-cardiovascular, por el Dr. Francisco Garavito; Anestesia de bajos flujos en circuito cerrado, por el Dr. Carlos Julio Parra; Equilibrio de ácido base y anestesia, por el Dr. Pedro Sánchez; Anestesia para cirugía de tórax, por el Dr. Eduardo García; Anestesia para operación cesárea, por el Dr. Jaime Ararat; Anestesia para fosa posterior, por el Dr. Roger Barrios; El anestesiólogo frente al dolor agudo, por el Dr. Tiberio Álvarez; Implicaciones anestésicas de la cirugía vascular mayor, por el Dr. Oscar Pinzón; La Ley 6ª de 1991, por la Junta Directiva de la S.C.A.R.E.; Anormalidades de la coagulación en el perioperatorio, por el Dr. Álvaro Robledo; El paciente pulmonar para la anestesia, por el Dr. Roberto Palomino; La bioética: nuevos conceptos en la medicina relacionados con anestesia, por el Padre Alfonso Llano; Inmunoterapia en el paciente con trauma, por el Dr. Carlos Eduardo Salazar; El parche epidural, por el Dr. Vicente Pallares.

Concurso Juan Marín:

Relajantes musculares en el paciente quemado y su interacción con niveles de potasio, por los Dres. Gloria Cecilia Silva, Fernando Aguilera y Lloyd Fillat; Anestesia raquídea en pediatría: experiencias, Hospital Universitario de Cartagena, por la Dra. Zulma Moreno; Relación anestesiólogo-paciente, Hospital Universitario del Valle, por los Dres. Mauricio Pachón y Diego Conde; Cálculo de la dosis de infusión continua como agente anestésico primario, por los Dres. Alberto Gómez y Aurelio Otero; Cambios fisiológicos, ventilatorios y hemodinámicos con el uso de flumazenil para revertir el efecto de las benzodiacepinas en voluntarios sanos; y Experiencia de doble ciego, por los Dres. Germán Prieto y Orlando Segura; Saturación arterial de oxígeno en el posoperatorio determinada por oximetría de pulso, por el pseudónimo Game.

Actividades sociales:

Coctel de inauguración en el Teatro Fundadores; fiesta típica en el Club Campestre; fiesta de clausura en el Club Manizales.

Además de la presentación tradicional de temas libres, mesas redondas y conferencias magistrales de los invitados, se resalta la presentación de la Ley 6ª, que reglamenta el ejercicio de la especialidad de la anestesia en Colombia, primera y única de sus características.

Por otra parte, se desarrollaron por primera vez temas y discusiones sobre aspectos éticos del ejercicio de la profesión médica en general, sobre el naciente concepto de la bioética y sobre la ética en el ejercicio de la anestesiología.

Se presentó la programación de los concursos, pero no se señalaron los trabajos participantes.

XX CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA, XXII CONGRESO LATINOAMERICANO (51)

XLI Asamblea General de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Bogotá del 11 al 15 de agosto de 1993 en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Manuel Galindo Arias; secretario ejecutivo: Dr. Ignacio Ruiz; vicepresidente: Saúl Charris; secretario general: Dr. Ricardo Carrillo; tesorero: Dr. Fernando Aguilera; vocal: Dr. Hernán Darío Mesa; fiscal: Dr. Rafael Macía M.

Invitados internacionales:

Ezzad Abouleish (EE.UU.), José Álvarez (España), Julián Alemán (España), Gonzalo Barreiro (Uruguay), Andre Beer (Brasil), Burnel Brown (EE.UU.), Héctor Carrasco (Bolivia), James Cottrell (EE.UU.), Gregory Crosby (EE.UU.), J. F. Crul (Holanda), Julio Cruz (Perú), José de la Fuente (Chile), George Estefanous (EE.UU.), Oscar Ferrari (Argentina), Luis Fiscella (Argentina), James Gallagher (EE.UU.), Fernando Gilsanz (España), Rodolfo Godínez, (EE.UU.), J. S. Gravenstein (EE.UU.), Carl Hug (EE.UU.), Patricio Kelly (Argentina) y Guillermo Lema (Chile).



▲ Carátula del programa del XX Congreso Colombiano de Anestesiología de Bogotá, 1993 (52)

Programa científico:
Cardiovascular, cuidados intensivos, dolor, monitoría de seguridad, neuroanestesia, obstetricia, patología asociada, pediatría y trasplantes.

Cursos precongreso:

- *Métodos diagnósticos de la evaluación del paciente cardiaco quirúrgico:* Dres. Alfredo León (coordinador), Ricardo Bohórquez, Enrique Mejía, Jorge Lemus, Ramón Murgueitto, Iván Melgarejo, Germán Gómez, Jorge Téllez y Germán Parra. Realizado en el Hospital Militar Central.

- *Vía aérea difícil:* Dres. Jorge Patiño Uribe (coordinador), Fidel Camacho, Aquiles Rincón, Fernando Ríos y Mauricio Perilla. Realizado en la Clínica Palermo.

- Anestesia endovenosa: Dres. Santiago Eslava (coordinador), Rafael Peña, Esther Peña y Alberto Vanegas. Realizado en la Clínica del Country.

- *Fisiología respiratoria y ventilación mecánica:* Dres. Juan Martín González (coordinador), Luis Cruz, Álvaro Gutiérrez, Carlos Salas, Hernán Cuervo, Gonzalo Prado, Clara Amézquita, Bernardo Ocampo, Patricia Calderón y Mauricio Duque. Realizado en la Escuela Colombiana de Medicina.

- *Hipertermia maligna:* Dres. Ernesto Rojas (coordinador), Jorge López, Mario Granados, Julio Enrique Peña, Ernesto Rojas, Vicente Manuel Neira, Juan Carlos Uribe y Helle Ording. Realizado en el auditorio de la Clínica San Pedro Claver.

- *Hemodinamia:* Dres. Pedro Ibarra (coordinador), Carlos Mejía, Álvaro Amézquita, Mario Granados, Germán Parra, Alberto Morales, David Barrero, Elkin Espinosa, Miriam Panzer, Enrique Arango, Rosendo Cáceres, Iván Iglesias y Nelson Ortiz.

- *Reanimación:* Dres. Rafael Sarmiento (coordinador), Jorge Osorio, Julio Enrique Peña, Alfredo León y Javier Sarmiento Nova. Realizado en el auditorio de la Clínica Marly.

Conferencias temáticas:

- *Anestesia pediátrica:* Estrés quirúrgico y metabolismo en el neonato, por el Dr. Rodolfo Godínez; Manejo anestésico del paciente pediátrico ambulatorio, por el Dr. Arnobio Vanegas; Anestesia en el neonato, por el Dr. Fernando Álvarez; Hernia diafragmática: manejo intra y posoperatorio, por el Dr. Rodolfo Godínez; Manejo de líquidos en pediatría, por el Dr. Fernando Benedetti; Estatus asmático en niños, por el Dr. Rodolfo Godínez; Balance líquido en el pulmón y edema del pulmón en niños, por la Dra. Liliana Suárez; Isoflurano en pediatría, por la Dra. Dora Koman; Últimos avances en anestesia pediátrica, por el Dr. Martin Marx; Anestesia conductiva en niños, por el Dr. Juan Manuel Gómez.

- *Anestesia obstétrica:* Alteraciones fisiológicas del embarazo: implicaciones anestésicas, por el Dr. Ezzat Abouleish; Riesgo de broncoaspiración vs. urgencia de intervenir, por el Dr. Oscar Pinzón; Aspectos farmacológicos de las drogas de uso común en anestesia obstétrica, por el Dr. Rafael Peña; Estado actual del uso de los opioides espinales y epidurales en trabajo de parto, por el Dr. Sol Shnider; Manejo anestésico de la paciente con hemorragia, por el Dr. Guilherme Reis; Anestesia para cirugía no obstétrica en la paciente embarazada, por el Dr. Ezzat Abouleish; Anestesia para la paciente obstétrica de alto riesgo de preeclampsia y eclampsia, por el Dr. Sol Shneider.

- *Neuroanestesia:* Anestesia en neurocirugía, por el Dr. James Cottrell; Disfunción perio-

peratoria del sistema nervioso central, por el Dr. Gregory Crosby; Protección cerebral I, por el Dr. James Cottrell; Enfoque actual del trauma raquimedular, por el Dr. Gregory Crosby; Monitoría neurológica en cirugía y UCI, por el Dr. Mario Ruiz; Manejo de la hipertensión endocraneana, por el Dr. Isaac del Real; Anestesia inhalatoria vs. intravenosa en neurocirugía, por el Dr. Jaime Arbeláez; Protección cerebral II, por el Dr. James Cottrell; Controversias en neuroanestesia, por el Dr. Gregory Crosby.

- *Cardiovascular:* 25 años de anestesia en cirugía de arteria coronaria, por el Dr. George Estefanous; Paciente con marcapaso: su evolución y manejo transanestésicos, por el Dr. Enrique Arango; Factores de riesgo en cirugía de arteria coronaria, por el Dr. George Estefanous; Técnica combinada peridural y general en paciente coronario de alto riesgo, por el Dr. Pedro Ibarra; Monitoría automatizada electrocardiográfica del sistema, por el Dr. Elkin Espinosa; Manejo anestésico del niño con cardiopatía congénita para cirugía no cardiaca, por el Dr. Álvaro Pinilla; Monitoría de la morfología de las curvas arteriales, por el Dr. Jorge Urzúa; Manejo anestésico en cirugía de aorta abdominal, por el Dr. Germán Parra; Anestesia para paciente con enfermedad arterial coronaria para cirugía no cardiaca, por el Dr. George Estefanous.

- *Anestesia intravenosa:* Principios farmacocinéticos y farmacodinámicos de la administración de anestésicos intravenosos, por el Dr. Carl Hug; Nuevos hipnóticos, por el Dr. Alfredo Portella; Uso clínico de los opioides en la práctica anestesiológica, por el Dr. Carl Hug; Efectos cardiacos de los anestésicos intravenosos, por el Dr. Bruno Riou; Cuidado anestésico monitorizado, por el Dr. Paul White.

- *Manejo del dolor:* Manejo del dolor posoperatorio, por el Dr. Paul White; Manejo farmacológico del dolor por cáncer, por el Dr. Álvaro Sarmiento; Papel de los bloqueos neolíticos en el manejo del dolor por cáncer, por el Dr. Ricardo Plancarte; Analgesia controlada por el paciente, por el Dr. Paul White; Manejo del dolor crónico no maligno, por el Dr. Héctor Zegarra.

- *Patologías asociadas:* Actualización sobre hipertermia maligna, por el Dr. Helle Ording; Diabetes y anestesia, por el Dr. David Iglesias; Anestesia en endocrinopatías de origen no pancreático, por el Dr. Carlos Sáenz.

- *La anestesia y los trasplantes:* Trasplante renal, por el Dr. Marceliano Arrázola; Trasplante hepático, por el Dr. André Beer; Trasplante cardiaco, por el Dr. Carlos Mejía.

- *Anestesiología en el siglo XXI:* Nuevas drogas en el próximo siglo; y Nuevos sistemas anestésicos de evacuación en el siglo XXI, por el Dr. Theodore Stanley.

- *Técnicas anestésicas generales e intravenosas*: Manejo del paciente con insuficiencia hepática, por el Dr. Burnell Brown; Toxicidad de los agentes anestésicos, por el Dr. Fernando Raffan; Sevoflurano: un nuevo anestésico, por el Dr. Burnel Brown; Hígado y anestesia, por el grupo de trabajo en el tema; Anestesia inhalatoria vs. intravenosa, por el Dr. Fernando Gilsanz.

- *Relajantes musculares:* Evolución perioperatoria de la relajación muscular, por el Dr. Patricio Kelly; Interacción de los relajantes musculares con los anestésicos inhalatorios e intravenosos, por el Dr. David Steinberg; Estabilidad hemodinámica en el paciente sometido a *bypass* aortocoronario, por el Dr. Mario Mejía; Perspectivas clínicas de los nuevos relajantes musculares, por el Dr. José Álvarez; Mesa redonda de relajantes musculares.

- *Trauma y cuidados intensivos*: Resucitación hemodinámica del paciente en choque cardiogénico, por el Dr. Carl Hug; Oxigenación tisular, por el Dr. James Gallagher; Falla ventricular derecha, por el Dr. Rafael Villavicencio; Nuevas drogas y nuevas alternativas en reanimación, por el Dr. Alfredo León; Hidroterapia; y SDRA, por el Dr. James Gallagher.

- *Monitoría y seguridad:* Fisiología respiratoria aplicada, por el Dr. Julio Cruz; Aspectos fisiológicos y tecnológicos de la oximetría, por el Dr. John Severinghaus; Impacto del uso del oxímetro de pulso, por el Dr. J. S. Gravenstein; SVO_2 en el diagnóstico de manejo del paciente crítico, por el Dr. Julio Álvarez; Vigilancia electrónica del paciente anestesiado, por la Dra. Beatriz Maneiro; Oximetría invasiva vs. pulsioximetría, por el Dr. Julián Álvarez; Uso de simuladores en entrenamiento de los anestesiólogos, por el Dr. J. S. Gravenstein.

- *Novedades y* flash *anestesiológicos:* Anestesia en litotricia, por el Dr. J. S. Gravenstein; Bioingeniería: nociones para el anestesiólogo, por el Dr. Jorge Urzúa; Nuevos anestésicos inhalatorios, por el Dr. Carlos Parsloe; Monitoría no invasiva en el gran quemado, por el Dr. Gonzalo Barreiro; Anestesia en feocromocitoma, por el Dr. Fernando Gilsanz; Aplicaciones actuales y futuras de la capnografía, por el Dr. Rodolfo Godínez; Anestesia en el testigo de Jehová, por el Dr. Carlos Reyes.

Temas libres:
Ventilación de un solo pulmón en cirugía, por el Dr. Julio Cruz; Anestesia locorregional en oftalmología, por el Dr. Oscar Ferrari; Aspectos interesantes de la anestesia en las alturas, por el Dr. John Severinghaus; Riesgo profesional en anestesia: ¿mito realidad?, por el Dr. Raúl Tolosa.

Conferencia Carlos Castaño:
Relación anestesiólogo-cirujano, por el Dr. Marceliano Arrázola.

Conferencia Juan Marín:
¿Es la monitoría costoefectiva?, por el Dr. J. S. Gravenstein.

Mesas redondas:
- *Ética y ley en anestesiología:* Dres. Ignacio Ruiz (moderador), Manuel Antonio Ruan, Arnold Polisena, Gladys León, Dante Viggano, Ricardo Samayoa de León y Virgilio Paez.

- *Educación en anestesiología:* Dres. Bernardo Ocampo (moderador), Rodolfo Suárez, Pastor Luna, Guillermo Lema, Mario Mejía, Sebastián Merlano y Carlos Parsloe.

Actividades sociales:
Coctel de inauguración en el Hotel Tequendama; fiesta de integración latinoamericana; cena de clausura en el Hotel Tequendama.

Este congreso fue muy significativo, al haber contado con la presencia de un grupo selecto de invitados internacionales y la participación de conferencistas de toda Latinoamérica.

Como eventos de especial importancia se programaron las conferencias Carlos Castaño y Juan Marín, en homenaje a estos pioneros de la anestesia. Las mesas redondas centrales abordaron los temas de la bioética y la educación para el anestesiólogo.

Por medio de la estrategia de las conferencias temáticas, se abordaron temas del día a día, además de otros de importancia para el momento científico de la especialidad: anestesia pediátrica, neuroanestesia, monitoría y seguridad, novedades y *flash* anestesiológicos, trauma y cuidado intensivo, relajantes musculares, anestesia y trasplantes, anestesiología en el siglo XXI, técnicas anestésicas generales e intravenosas, patologías asociadas y manejo del dolor.

XXI CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (53)

XLV Convención de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Cali el 17 de agosto de 1995 en el Hotel Intercontinental.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Arnobio Vanegas Ángel; vicepresidente: Dr. Manuel Galindo; secretario ejecutivo: Dr. Ignacio Ruiz M.; secretario general: Dr. Ricardo Carrillo Fuentes; tesorero: Dr. Fernando Aguilera Castro; fiscal: Dr. Rafael Macía Mejía; vocal académico: Dr. Alfonso Martínez.

Invitados internacionales:

Dres. Julián Álvarez, Wendy Binstock, Thomas Ebert, Martin Gold, María Eugenia Gómez, Alberto Morales, Joel Johnson, Karen Slack, Wolfgang Schleimzer, Alonso Mesa y Carlos Reyes Ortiz.

Conferencias temáticas:

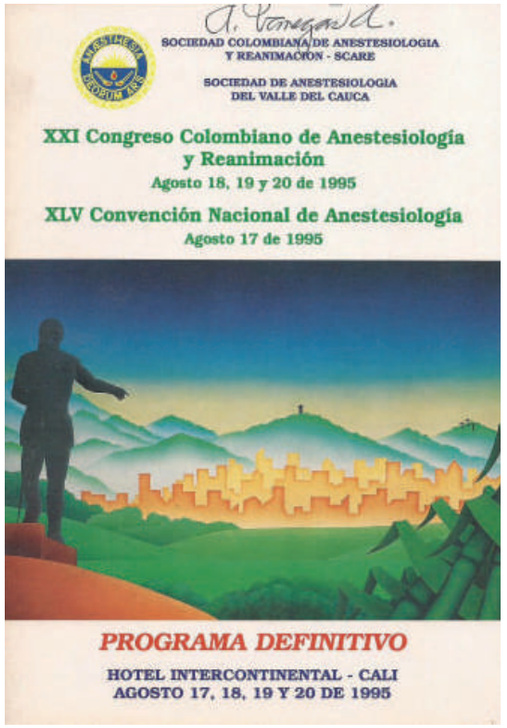
- *La anestesia pediátrica*: Anestesia pediátrica en cirugía ambulatoria, por la Dra. Karen Slack; Urgencias neonatales, por el Dr. Juan Manuel Gómez; Drogas nuevas en anestesia pediátrica, por la Dra. Karen Slack; Complicaciones poco frecuentes en pediatría, por el Dr. Jairo Muñoz; Administrar anestesia en el niño politraumatizado, por el Dr. Jairo Restrepo; Manejo del dolor pediátrico, por la Dra. Karen Slack.

- *Anestesia cardiovascular:* Fisiología cardiaca, por el Dr. Carlos Mejía; ¿Es la isquemia miocárdica un problema de anestesiología?, por el Dr. Julián Álvarez; Manejo anestésico del paciente para cirugía de aorta abdominal, por el Dr. Elkin Espinosa; Manejo anestésico del paciente con patología valvular para cirugía no cardiaca, por el Dr. Julián Álvarez; Manejo anestésico del paciente con marcapaso para cirugía no cardiaca, por el Dr. Carlos Vidal; Anestesia regional vs. general en la paciente cardiópata, por el Dr. Julián Álvarez.

- *Experiencia con sevoflurano en adultos:* En la práctica geriátrica, por el Dr. Martin Gold; En neurocirugía, por el Dr. Joel Johnson; Casos diarios, por el Dr. Vicente Torres.

- *Experiencias con sevoflurano en niños:* En la práctica pediátrica, por la Dra. Wendy Binstock; En cirugía vascular, por el Dr. Thomas Ebert; Experiencias en cirugía cardiovascular en Colombia, por el Dr. Ismael Rincón.

- *Valoración del riesgo anestésico:* Valoración del riesgo en anestesia, por el Dr. Mauricio Pachón; Valoración preanestésica del paciente diabético, por el Dr. Alberto Morales, Valoración preanestésica del enfermo con patología pulmonar, por el Dr. Bernardo Ocampo; Valoración preanestésica del paciente geriátrico, por la Dra. María Eugenia Gómez; Valoración preanestésica del paciente hipertenso, por el Dr. Alberto Morales; Evaluación preanestésica cardiovascular del paciente cardiópata para cirugía no cardiaca, por el Dr. Ignacio Vanegas.



▲ Carátula del programa del XXI Congreso Colombiano de Anestesiología de Cali, 1995 (54)

- *Monitoría en anestesiología clínica:* Beneficios de la monitorización en anestesiología, por el Dr. Julián Álvarez; Capnografía en anestesiología clínica, por el Dr. Manuel Galindo; Electrocardiograma: utilización perioperatoria para el anestesiólogo, por el Dr. Humberto Castillo; Monitoría de la relajación muscular, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Monitorización mediante ultrasonidos en anestesiología, por el Dr. Julián Álvarez; PVC: uso actual, ¿qué tanto sirve?, por el Dr. Germán Parra.

- *Neuroanestesia:* Anestesia para procedimientos vasculares, por el Dr. Mario Ruiz; Manejo de líquidos en el paciente neuroquirúrgico, por el Dr. Jaime Ardila; Anestesia para aneurisma intracraneal, por el Dr. Carlos Medina; Barbitúricos en neuroanestesia: uso actual, por el Dr. Carlos Ortiz; Soluciones hipertónicas en neuroanestesia: ¿qué tanto sirven?, por la Dra. María Cristina Zapata; Manejo anestésico del paciente con patología de fosa posterior, por el Dr. Mario Ruiz.

- *Analgesia y anestesia obstétrica:* Manejo anestésico de la paciente obstétrica con cardiopatía, por el Dr. Julián Álvarez; Manejo anestésico de la paciente con sufrimiento fetal, por el Dr. Héctor Echeverry; Anestesia inhalatoria para el paciente en trabajo de parto, por el Dr. Álvaro Sarmiento; Manejo de la cefalea pospunción accidental de la duramadre, por el Dr. Fernando Aguilera; Manejo anestésico de la hipertensión inducida por embarazo, por el Dr. José Ignacio Paz; Analgesia de conducción para el trabajo de parto, por el Dr. Jaime Ararat.

- *Manejo anestésico general:* Manejo anestésico del paciente obeso, por el Dr. Alberto Morales; Manejo clínico del paciente en choque hipovolémico, por el Dr. Darío Pinilla; Manejo anestésico del paciente con hematoma expansivo del cuello, por el Dr. Orlando Carranza; Manejo anestésico del paciente hipertenso, por el Dr. Julián Álvarez; ¿Por qué fracasan nuestras reanimaciones?, por el Dr. Luis Antonio Delgado; Usos de la máscara laríngea, por el Dr. Rogelio Sánchez.

Temas libres:

Anestesia para enfermedades virales y sida, por el Dr. Alonso Mesa; Protocolos de manejo de normas de seguridad para el paciente ambulatorio, por el Dr. Jorge Osorio; Anestesia con flujos bajos, por el Dr. Alejandro Escobar; Manejo anestésico del paciente quemado, por el Dr. Alonso Mesa; Anestesia para RTU, por el Dr. Guido Ordóñez; Bases fundamentales de la anestesia geriátrica, por la Dra. María Eugenia Gómez; Estrategia transfusional para cirugía mayor: autotransfusión, por el Dr. Wolfgang Schleimzer; Cristaloides vs. coloides en la reposición de líquidos, por los Dres. Fritz Gempeler y Bernardo Robledo; Evolución normovolémica, por el Dr. Carlos Reyes Ortiz; Manejo de líquidos en neuroanestesia, por la Dra. María Claudia Niño; Reposición de volumen en cirugía mayor, por el Dr. Wolfgang Schleimzer; Manejo perioperatorio del paciente politraumatizado, por la Dra. María Eugenia Gómez; Anestesia general balanceada, por el Dr. Octavio Nieto; Mercadeo de servicios de anestesiología, por el Dr. Jaime García; *Shock* séptico: fisiopatología y manejo, por la Dra. María Eugenia Gómez; Anestesia regional en oftalmología, por el Dr. Olmedo Garcés; Manejo de la vía aérea difícil, por el Dr. Alonso Mesa.

Actividades sociales:

Coctel de bienvenida en el Hotel Intercontinental; noche de zamba en el Hotel Intercontinental; cena de clausura en el Hotel Intercontinental.

Este fue un congreso con las características convencionales: importantes invitados internacionales, mesas redondas de alta significancia científica para el momento que vivía la especialidad, presentación de temas libres, pósteres, inscripción de numerosos trabajos para los concursos ya tradicionales, y conferencias temáticas especializadas sobre temas como anestesia pediátrica, anestesia cardiovascular, experiencias con sevoflurano en adultos y niños, neuroanestesia, analgesia y anestesia obstétrica, y manejo anestésico general.

XXII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA (55)

XVIIL Convención de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Santa Marta del 14 al 17 de agosto de 1997 en el Hotel Santa Marta.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

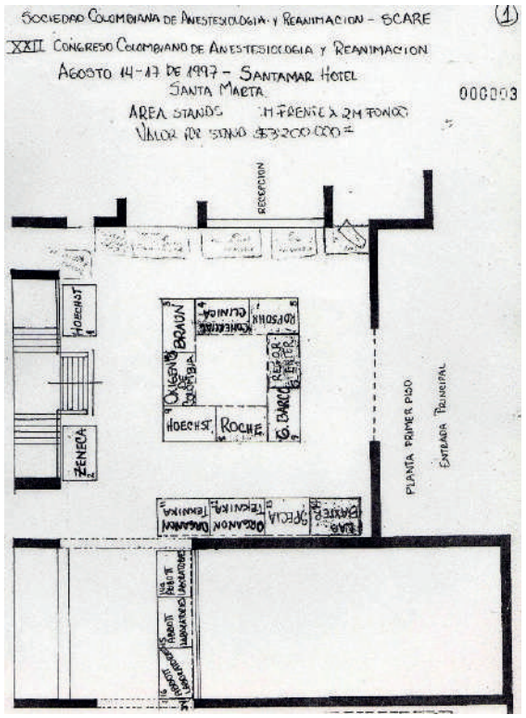
Presidente: Dr. Saúl Charrys Borelly; vicepresidente: Dr. Jorge Suárez Motta; secretario ejecutivo: Dr. Ignacio Ruiz Moreno; vocal financiero: Dr. Fernando Aguilera Castro; fiscal: Dr. Rafael Macía Mejía; secretario general: Dr. Carlos Efrén López Rueda; vocal académico: Dr. Arnobio Vanegas Ángel.

Invitados internacionales:

Dres. Dennis Mangano, Cristina Mora, Wolgfang Schleinzer, Muchada, Oscar de León Casasola, Hernando de Souza, Ricardo Plancarte, Ancón Sánchez y Norman Searle.

Temas libres:

Dolor en pediatría en perioperatorio, por el Dr. Hernando de Souza; En prematuros, por el Dr. Álvaro Pinilla; El niño con cardiopatía congénita para cirugía no cardiaca, por el Dr. Hernando de Souza; ¿Le duele el niño?, por la Dra. Luz Hidela Patiño; Síndrome doloroso regional complejo tipo A, por el Dr. Jaime Martina; Control de la temperatura en anestesia pediátrica, por el Dr. Nicolás Orlando; Anestesia intravenosa en pediatría, por el Dr. Álvaro Pinilla; Controversias actualizadas, por el Dr. Hernando de Souza; Usos de hemoderivados en cirugía, por el Dr. Wolfgang Schleinzer; Miastenia gravis y anestesia, por la Dra. Nohora Madiedo; Ventilación percusiva intrapulmonar: bases fisiopatológicas, por el Dr. Bernardo Ocampo; Ventilación percusiva intrapulmonar: aplicaciones clínicas, por el Dr. Bernardo Ocampo; Dos nuevas terapias para reanimación del infarto agudo de miocardio, por el Dr. Dennis Mangano; Los coloides en el trauma, por el Dr. Wolfgang Schleinzer; Anestesia cuantitativa en cirugía ambulatoria, por el Dr. Jaime García; Uso de opioides como coadyuvantes en anestesia espinal, por el Dr. Luis Eduardo Hernández; Presente y futuro de la anestesiología en Colombia, por el Dr. Jorge Mario Correa; Elección de fármacos para analgesia epidural posoperatoria, por el Dr. Oscar de León; Cirugía laparoscópica modificada: alteraciones cardiovasculares y dinámicas del corazón, por el Dr. Raúl Muchada; Anestesia espinal en el paciente cardiaco para cirugía no cardiaca, por el Dr. Oscar de León Casasola; Anestesia ambulatoria, por el Dr. Jorge Mario Correa; Anestesia regional en cirugía ambulatoria, por el Dr. Oscar Pinzón; Manejo del dolor en la UCI, por el Dr. Jaime Martina; Evaluación preoperatoria en pacientes de bajo riesgo, por el Dr. Oscar de León Casasola; Complicaciones de la anestesia peridural, por la Dra. Esther Peña; Manejo del infarto agudo del miocardio intraoperatorio, por el Dr. Carlos Mejía; El recién nacido en cirugía cardiaca, por el Dr. Jaime Domínguez; Reanimación del paciente politraumatizado, por el Dr. Jorge Mejía; Estado actual del manejo inotrópico en cirugía, por el Dr. Carlos Mejía; Anestesia para cirugía de carótida, por el Dr. Mario Mejía; Manejo del paciente con trauma craneoen-



▲ Esquema del sitio de reunión del XXII Congreso Colombiano de Anestesiología de Santa Marta, 1997

cefálico, por el Dr. Fabio Martínez; Problemas hemodinámicos determinados por el cambio de la aorta torácica, por el Dr. Raúl Muchada; Situaciones de extrema urgencia en anestesia, por el Dr. Raúl Muchada; Resucitación después de masaje cardiaco, por el Dr. Eduardo García; Emergencias neonatales, por el Dr. Hernando de Souza; Máscara laríngea, por el Dr. Tony Sánchez; Manejo anestésico inhalatorio en pacientes niños especiales, por el Dr. Jorge Barrios; Intubación retrógrada, por el Dr. Antonio de Sousa; Anestesia en el paciente con órganos trasplantados previamente, por el Dr. Fernando Raffan; La $PtCO_2$ como parámetro de vigilancia en la perfusión cerebral, por el Dr. Raúl Muchada; Un anestésico del pasado: el óxido nitroso, por el Dr. Carlos Julio Parra; Bloqueo regional en cirugía plástica, por el Dr. Jorge Enrique Álvarez; Evaluación preanestésica del paciente con disfunción hepática, por el Dr. Fernando Raffan; Monitoría básica de la máquina de anestesia, por el Dr. Eliseo Cuadrado; Anestesia epidural en cirugía de tórax, por el Dr. Jorge Enrique Álvarez; Control del dolor visceral del hemiabdomen superior, por el Dr. Ricardo Plancarte; Analgesia obstétrica actual, por el Dr. Juan Manuel Griego; Monitoreo del paciente neuroquirúrgico, por el Dr. Jorge Mejía; Aplicaciones del bloqueo del plexo hipogástrico superior, por el Dr. Ricardo Plancarte; Los potenciales evocados en neuroanestesia, por la Dra. María Cristina Zapata; Complicaciones neurológicas de *bypass* cardiopulmonar, por el Dr. Jesús Montes; Impacto real del manejo del dolor posoperatorio, por el Dr. Juan Manuel Griego; Bloqueo del ganglio de Walter y sus aplicaciones, por el Dr. Ricardo Plancarte; Anestesia ambulatoria: pasado, presente y futuro, por el Dr. José Tamblay; Manejo perioperatorio del aneurisma intracraneal; El perfil cardiovascular de los nuevos anestésicos inhalados; y Manejo posoperatorio del dolor y el vómito, por el Dr. Norman Searle; Trauma raquimedular y anestesia, por el Dr. Néstor Julio Meléndez; Neuroanestesia en pediatría; y Riesgos de la cirugía de fosa posterior, por la Dra. Philida Neufield; Cuidados posanestésicos en el paciente neuroquirúrgico, por la Dra. María Cristina Zapata; Controversias en técnicas de intubación, por el Dr. Hernando Pacific; Controversias en broncoaspiración, por el Dr. Aurelio Otero; Edema pulmonar y anestesia, por la Dra. Nohora Madiedo; La consulta externa como un servicio de anestesia de la anestesiología, por el Dr. Jaime García; Uso actual de la succinilcolina, por el Dr. Hernando Pacific; Manejo farmacológico del sangrado intraoperatorio, por el Dr. Jesús Montes; Estado actual de los relajantes neuromusculares, por el Dr. Aurelio Otero; Anestesia y analgesia epidural torácica: efectos en los sistemas pulmonares y cardiaco, por el Dr. Oscar de León Casasola; Situaciones de extrema urgencia en anestesia, por el Dr. Raúl Muchada; Metabolismo y efectos legales de los nuevos agentes anestésicos, por el Dr. Wolgfang Schleinzer.

Este fue otro congreso con las características convencionales y uno de los últimos en las ciudades intermedias. Estuvo marcado por una alta asistencia de anestesiólogos y profesionales de otras especialidades, y de residentes de las diferentes universidades.

XXIII CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA: ANESTESIA EN EL SIGLO XXI (56)

XLVIII Convención de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Medellín del 12 al 16 de agosto de 1999 en el Hotel Intercontinental.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Jorge Mario Correa R.; vicepresidente: Dr. Carlos Mondragón; secretaria ejecutiva: Dra. María Cristina Zapata; fiscal: Dr. Rafael Macía Mejía; secretario general: Dr. Oscar Pinzón; vocal suplente: Dr. Rafael Sarmiento; director de FEPASDE: Dr. Ignacio Ruiz M.; gerente general de la S.C.A.R.E.: Dr. Luis Gonzalo Peña A.; director de la organización científico-gremial: Dr. Fernando Aguilera Castro.

Junta Directiva de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología:

Presidente: Dr. Jorge Mario Correa; vicepresidente: Dr. Jairo Pérez Duque; secretario: Dr. Jaime Fernando Martina M.; tesorero: Dr. Juan Fernando Jiménez G.; fiscal: Dr. Jaime René Ochoa G.; vocal académico: Dr. Federico Baltasar J.; vocal sociocultural: Dra. María Clemencia Osorio G.

Invitados internacionales:

Dres. Roberte L. Hinnes, Levon M. Capan, Donal S. Prough, Michel Howe, Paul White, Hernando de Soto, Oscar de León Casasola, Alonso Mesa, Fernando Gilzans, Alfredo Cattaneo, Alejandro Jaddad y María Eugenia Gómez.

Muestra fotográfica:

Historia de la anestesiología en Colombia, por el Dr. Tiberio Álvarez.

Temas libres:

Sistema de atención de hipertermia maligna en Colombia, por el Dr. Ernesto Rojas; Algoritmo de soporte vital cardiaco, por el Dr. Carlos Ruiz; Desfibrilación: estado del arte, por el Dr. Félix Montes; Síndrome de reperfusión, fisiología y manejo, por el Dr. Fernando Raffan; Anestesia segura con flujos metabólicos, por el Dr. Ricardo Carrillo; Analgesia y anestesia, por el Dr. Gustavo Jaramillo; Valoración ecocardiográfica intraoperatoria de la aorta, por la Dra. María Esther Colmenares; Manejo anestésico de la cirugía laparoscópica, por el Dr. Gustavo Navarro; Manejo anestésico del paciente anciano, por la Dra. María Eugenia Gómez; Anestesia cuantitativa asistida por computadora, por el Dr. César Augusto Candia; Evaluación preanestésica basada en la evidencia, por el Dr. Pedro Ibarra; Internet e informática médica: implicaciones para el anestesiólogo, por el Dr. Alejandro Jaddad; Bases moleculares de la anestesia, por el Dr. Enrique Angarita; Investigación en anestesia: ¿hacia dónde vamos?, por el Dr. Hernán Charris; Educación en anestesia cardiotorácica, por el Dr. Javier Manrique.

Cursos precongreso:

- *Anestesia cardiotorácica:* con la coordinación del Dr. Rafael Villavicencio; Función ventricular derecha: implicaciones clínicas, por la Dra. Roberta Hinnes; Papel de los antibióticos en cirugía cardiaca, por el Dr. Alejandro Escobar; pH en cirugía cardiaca pediátrica, por el Dr. Juan Camilo Giraldo; Anestesia para el paciente con enfermedad plurivalvular, por el Dr. Juan Alberto Espinal; Respuesta inflamatoria del *bypass* cardiopulmonar, por el Dr. Rafael Villavicencio; Implicaciones perioperatorias de la cirugía de reducción ventricular, por el Dr. Jorge Alberto Castro; Hipertensión pulmonar: estrategias para manejo clínico, por la Dra. Roberta Hinnes.



▲ Carátulas del programa del XXIII Congreso Colombiano de Anestesiología de Medellín, 1999 (57)

- *Seminario taller: manejo de vía aérea difícil*: con la coordinación del Dr. Elmer Gaviria; Evaluación clínica de la vía aérea, por el Dr. Alonso Mesa; Intubación con fibra óptica, por el Dr. Mauricio Perilla; Intubación retrógrada, por el Dr. Elmer Gaviria; Cricotiroidotomía, por el Dr. Enrique Arango; Máscara laríngea, por el Dr. Alonso Mesa; Trauma maxilofacial, por el Dr. Elmer Gaviria; Transiluminación - prismas, por el Dr. Enrique Arango; Algoritmo de la vía aérea difícil, por el Dr. Alonso Mesa; Extubación después de una vía aérea difícil, por el Dr. Mauricio Perilla; Casos clínicos, por el Dr. Elmer Gaviria.
- *Anestesia y trauma:* con la coordinación del Dr. Pedro Ibarra; Rol actual del anestesiólogo en el manejo del paciente traumatizado, por el Dr. Pedro Ibarra; Manejo y prevención de las complicaciones embólicas en trauma, por el Dr. Levon Capan; Enfoque fisiológico del uso de líquidos en la reanimación del trauma,

por el Dr. Iván Iglesias; ¿Cuál es el *end point* de la reanimación intraoperatoria?, por el Dr. Pedro Ibarra; Problemas comunes en el manejo de los pacientes traumatizados, por el Dr. Levon Capan; Implicaciones anestésicas del hipertenso abdominal, por el Dr. Fabio Cárdenas; Cambios fisiólogo-farmacológicos y farmacocinéticos del paciente traumatizado, por el Dr. Diego Duque.

Simposios:

- *La clínica en la anestesia:* Manejo de la falla hepática aguda, por el Dr. Gonzalo Correa, internista hepatólogo; Diagnóstico de manejo del trastorno de la coagulación, por el Dr. Germán Campuzano, hematólogo; Manejo perioperatorio del paciente diabético, por el Dr. Guillermo Latorre, endocrinólogo; Evaluación preoperatoria del paciente con enfermedad pulmonar, por el Dr. Héctor Artega, neumólogo; Síndrome de dificultad respiratoria, por el Dr. Jairo Melo; Evaluación preoperatoria del paciente con enfermedad cardiaca isquémica, por el Dr. Carlos Tenorio, cardiólogo.

- *Anestesia pediátrica:* Manejo del paciente pediátrico de alto riesgo, por el Dr. Fernando de Soto; Respuesta metabólica del recién nacido en cirugía mayor, por el Dr. Gustavo Reyes; Uso del sistema circular y ventilación mecánica en el manejo anestésico del niño con peso inferior a diez kilos, por el Dr. Jairo Restrepo; Manejo de la vía aérea difícil en el paciente pediátrico, por el Dr. Hernando de Soto; Manejo anestésico del paciente con síndrome de Down, por el Dr. Juan Manuel Gómez; Trasplante hepático en pediatría: experiencias en la Fundación Valle del Lili, por el Dr. Carlos Andrés Vidal.

- *Neuroanestesia:* Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio, por el Dr. Francisco Gómez; Manejo perioperatorio del paciente con trauma cráneo encefálico, por el Dr. Donald Prough; Manejo anestésico en procedimientos neurorradiológicos, por el Dr. Mario Ruiz; Manejo de líquidos en el paciente neuroquirúrgico, por el Dr. Donald Prough; Aneurisma cerebral: manejo anestésico, por el Dr. Mario Ruiz.

- *Anestesia regional:* con la coordinación del Dr. Jaime Fernando Martina; Epidural torácica alta, por el Dr. Oscar de León Casasola; Anestesia regional en cirugía pediátrica, por el Dr. Hernando de Soto; ¿Qué hay de nuevo en anestesia raquídea?, por el Dr. Oscar de León Casasola; Anestesia regional en cirugía de miembros superiores, por el Dr. Oscar Pinzón; Manejo del dolor en el paciente pediátrico, por el Dr. Hernando Soto; Complicaciones de la anestesia regional, por el Dr. Oscar de León Casasola.

- *Anestesia obstétrica:* con la coordinación del Dr. Jaime García; Trauma en el embarazo, por el Dr. Alfredo Cattaneo; Reanimación de la paciente obstétrica, por la Dra. Nury Isabel Socha; Hipertensión inducida por embarazo, por el Dr. Alfredo Cattaneo; Embolismo en obstetricia, por el Dr. Jaime Ararat; Analgesia para el trabajo de parto, por el Dr. Alfredo Cattaneo; Paciente obstétrica con lesión valvular estenótica, por el Dr. Carlos Restrepo.

- *Anestesia endovenosa vs. anestesia inhalatoria:* con la coordinación de la Dra. Angélica Davis; Anestesia intravenosa para paciente cardiópata en cirugía no cardiaca, por el Dr. Michel Howie; Anestesia intravenosa en cirugía ambulatoria, por el Dr. Paul White; El uso de halogenados en anestesia balanceada, por el Dr. Fernando Gilzans; Anestesia intravenosa en Colombia, por el Dr. Alberto Vanegas; Cirugía torácica: ¿anestesia inhalatoria o intravenosa?, por el Dr. Michael Howie; Inducción inhalatoria con sevoflurano, por el Dr. Fernando Gilzans.

Almuerzos de trabajo:

Técnicas de *fast track*, por el Dr. Paul White; Nuevas drogas y cridiotónicas, por la Dra. Ro-

berta Hinnes; Endarterectomía carotídea: manejo anestésico, por el Dr. Fernando Gilzans; Anestesia general en cesárea, por el Dr. Alfredo Cattaneo; ¿Qué hay de nuevo en el manejo de la vía aérea?, por el Dr. Alonso Mesa.

Conferencias magistrales:
Manejo de la vía aérea en el paciente traumatizado, por el Dr. Levon M. Capan; Decisiones basadas en la evidencia: un desafío en anestesia y cuidado crítico, por el Dr. Alejandro Jaddad.

Concurso Luis Cerezo:
Endarterectomía carotídea: experiencia en una institución hospitalaria, por pseudónimo Milenium; ¿Es benéfica la extubación en salas de cirugía en pacientes sometidos a revascularización miocárdica?, por pseudónimo Causi; Incidencia de bloqueo neuromuscular residual en recuperación de relajantes de acción intermedia, por pseudónimo Mariana; Anestesia peridural en niños con meningocele corregido para cirugía no neurológica, por pseudónimo Gusher; Bloqueo: interés canónico del pliego braquial en pediatría, por pseudónimo Lucas.

Concurso Juan Marín:
Bloqueo peribulbar adicionado de opioides: ¿proporciona analgesia posoperatoria en cirugía oftalmológica?, por pseudónimo After Party; Drenaje de hematoma subdural crónico: comparación de dos técnicas anestésicas, general vs. anestesia local asistida con propofol, por pseudónimo Glasgow; Efectos de la dosis de cebado en la condición de intubación cuando se usa rocuronio, por pseudónimo Ozono; Edema pulmonar de presión negativa en pacientes quirúrgicos, por pseudónimo Presión Positiva.

Concurso Jorge Colmenares:
Preanestesia educativa sistematizada para el adulto, por pseudónimo Gilma; Canalización de la vena yugular interna guiada por ultrasografía en pacientes de alto riesgo, por pseudónimo Torero; Predicción clínica de la intubación traqueal difícil: diseño de una escala y evaluación de su reproductibilidad, por pseudónimo Logan II; Evaluación preoperatoria en el anciano, por pseudónimo El Cuarentón; Máscara laríngea en trasplante renal y complicaciones pulmonares de su uso; por pseudónimo Mendelson; ¿Es útil la metoclopramida en la profilaxis de la náusea y el vómito en pacientes tratados con analgesia controlada por el paciente?, por pseudónimo Mendelson; Utilización de una unidad de tránsito rápido en el manejo posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía cardiaca, por pseudónimo Diana Marcela.

Concurso Rafael Peña:
Uso del vecuronio asociado a la anestesia local en el bloqueo peribulbar, por pseudónimo Juanco; ¿El alcohol yodado es útil como único método de asepsia y en presencia de anestesia regional?, por pseudónimo Flaubert y Balzac; Ecuaciones para determinar la distancia piel-espacio peridural en niños entre 1 y 15 años, por pseudónimo Venado de Oro; Anestesia regional subaracnoidea en silla de montar: técnica olvidada o practicada y no divulgada, por pseudónimo Simón; Efectos del fentanil asociado a la bupivacaína en anestesia peridural para operación cesárea, por pseudónimo Perce; Sufentanilo intratecal para el trabajo de parto, utilizando la técnica combinada peridural espinal, por pseudónimo Castor y Pólux; Anestesia regional subaracnoidea para procedimientos cortos en anestesia obstétrica, por pseudónimo Hiperbáricos.

Actividades sociales:

- Celebración de los 50 años de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y los 25 años de la revista de la Sociedad en el Salón Antioquia del Hotel Intercontinental.

- Lanzamiento del libro *Historia de la anestesia en Colombia* del Dr. Jaime Herrera Pontón.

XXIV CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIOLOGÍA: HACIA LA EXCELENCIA (58)

- CD con las publicaciones de la revista en sus 25 años.

- Fiesta típica en piscina y terrazas del Hotel Intercontinental.

- Fiesta de clausura en el Salón Fundadores del Club El Rodeo.

Este fue un congreso de gran relevancia debido a la presencia del científico colombiano Alejandro Jaddad. Fue el último congreso del siglo XX y estuvo orientado hacia los desarrollos del siglo XXI.

En este evento se evidenció que los concursos de la Sociedad tenían cada vez más acogida y se presentaban como una forma de impulsar la investigación de calidad, con base en una exigencia cada vez mayor para la evaluación de los trabajos presentados.

A la tradicional estrategia de las mesas redondas se agregaron las estrategias de socialización del conocimiento y simposios, de los cuales se desarrollaron seis con los temas de anestesia regional, anestesia obstétrica, anestesia endovenosa vs. anestesia inhalatoria, clínica aplicada a la anestesia, anestesia pediátrica y neuroanestesia.

Las conferencias magistrales con profesores invitados y los almuerzos temáticos fueron otras estrategias de este congreso.

LI Asamblea Nacional de Delegados de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), celebrada en Bogotá del 15 al 18 de marzo de 2001 en el Hotel Tequendama.

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología:

Presidente: Dr. Fernando Aguilera Castro; vicepresidente: Dr. William Arroyo; miembros principales: Dres. Álbaro Yepes, Ismael Rincón Franco, Jaime Martina Martínez, Mario Granados Sandoval y José León Esmeral; miembros suplentes: Dres. Jorge Cormane Landiño y Rafael Sarmiento.

Junta Directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología:

Presidente: Dr. Raúl Tolosa Pineda; vicepresidente: Dr. Juan Camilo Giraldo; secretario: Dr. Jaime Jaramillo Mejía; vocal financiero: Jorge Cormane Landiño; vocal académico: Dr. Aurelio Otero; fiscal: Dr. Juan Carlos Uribe; delegado de la Secretaría de Salud: Dr. Rafael Sarmiento.

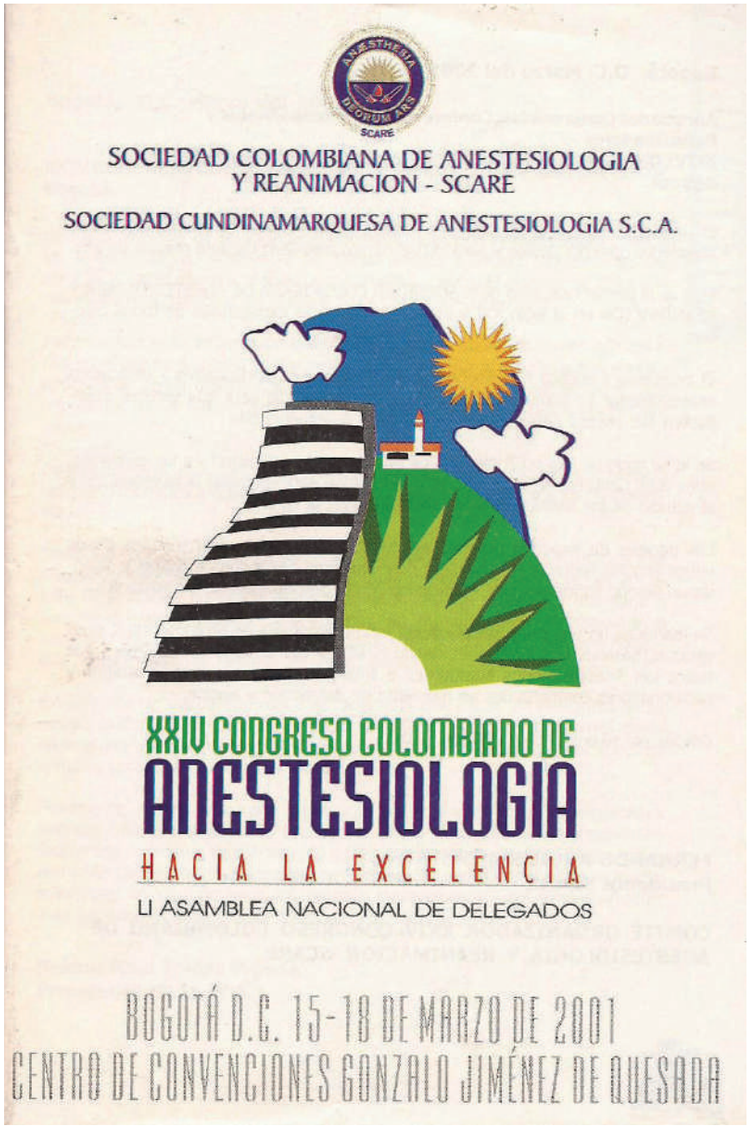
Invitados internacionales:

Dres. Gerry Brassell (EE.UU.), John Ellis (EE. UU.), Gilbert Park (Reino Unido), Gevin Kenny (Reino Unido), Kathryn McGoldrick (EE.UU.), Levon Capan (EE.UU.), Felipe Urdaneta (EE. UU.), Philipa Newfield (EE.UU.), Juan Daniel Charles (México), Rukaiya Hamid (EE.UU.), Raoul Muchada (Francia).

Talleres:

- *Informática aplicada a la solución y a la anestesia:* con la coordinación del Dr. Bernardo Ocampo; Taller de informática en salud: portales, simuladores y anestesia, recursos de la web y programas de educación, *Reference Manager* y *Medline*, por el Dr. Higgins G. (director de E-Groups de Anestesia, México); Informática y salud: realidad actual y perspectivas, por el Dr. Diego Marín; Medicina basada en la evidencia, por el Dr. Javier Eslava; La educación virtual: presente y futuro, por el Padre Orlando Gómez.

- *Anestesia endovenosa:* Interacciones de las drogas, por el Dr. Alberto Vanegas; Anestesia intravenosa asistida por computador, por los Dres. Alejandro Sanín, Sergio Bustamante y Pablo Méndez; Metabolismo de las drogas, por el Dr. Gilbert Park; Anestesia endovenosa en quemados, por la Dra. Loyda Filoth; Errores comunes en el manejo de los relajantes, por el Dr. Aurelio Otero; Anestesia espinal y sedación, por el Dr. Gilbert Park.



▲ Carátulas del programa del XXIV Congreso Colombiano de Anestesiología de Bogotá, 2001 (59)

- *Anestesia pediátrica:* con la coordinación del Dr. Arnobio Vanegas; Anestesia para cirugía de tórax en pediatría, por el Dr. Gustavo Reyes; Presentación de casos y complicaciones de manejos en anestesia, por el Dr. Juan Daniel Charles; Manejo anestésico del trauma ocular en niños, por la Dra. Rukaiya Hamid; Farmacología de los anestésicos por inhalación en pediatría, por el Dr. Jairo Restrepo; Nuevos relajantes musculares en anestesia, por el Dr. Juan Daniel Charles.

- *Reanimación cerebro-cardiopulmonar (RCCP) de avanzada:* Dres. Ricardo Navarro (coordinador), Fernando Flórez, Jorge Osorio, Carlos Ruiz y Eduardo Flórez, Presentaciones: Causas de paro cardiaco; RCCP básica teórica; Práctica de RCCP básica sobre UNIMAN; RCCP en casos especiales; Manejo de la vía aérea; Accesos venosos; Desfibrilación; Arritmias cardiacas; Reconocimiento en el manejo de arritmias; Farmacología en ACLS; Código MEGA.

Mesas redondas:

- *Anestésicos locales:* con la moderación del Dr. Arnobio Vanegas; Farmacología de los agentes anestésicos locales, por el Dr. Plutarco Naranjo; Nuevos anestésicos locales, por el Dr. John Donald Hale; Incidentes y accidentes de los anestésicos locales, por el Dr. Enrique Gonzáles; Pre-

sente y futuro de los anestésicos locales por vía endovenosa, por el Dr. Nelson Erasso.

- *Anestesia en geriatría:* con la moderación del Dr. José María Zuluaga; Anestesia en las urgencias en ancianos, por el Dr. Donald Hale; Tratamiento del dolor rebelde en cáncer, por el Dr. Roberto de Luca; Problemas cardiovasculares en el anciano, por el Dr. Nacianceno Valencia; Neuroleptoanalgesia en ancianos, por el Dr. Arturo Aguilar; Anestesia en cirugía prostática, por el Dr. Rafael Sarmiento; Anestesia en cataratas seniles, por el Dr. Jaime Téllez; Anestesia general vs. conductiva en el anciano, por el Dr. Luis Erazo.

Temas libres:

Parche hemático: estado actual, por el Dr. Garay Bassell; Complicaciones neurológicas de la anestesia obstétrica, por el Dr. Ricardo Navarro; Nuevas técnicas para conducción de analgesia de trabajo de parto, por el Dr. Miguel Rojas; Síndrome de HELLP y coagulopatía, por el Dr. Oscar Cañas; Manejo de la paciente obstétrica con trauma agudo, por el Dr. Gerry Bassell; Profesionalismo y anestesiología, por el Dr. Rafael Villavicencio; Manejo anestésico de los aneurismas, por la Dra. Philipa Neufield; Manejo de la vía aérea en el paciente traumatizado, por la Dra. Angélica Devin; Técnicas sofisticadas de manejo de vía aérea, por el Dr. Levón Capan; Costoefectividad de los paraclínicos en cirugía ambulatoria, por el Dr. Santiago Eslava; Bloqueos nerviosos guiados por ultrasonido, por el Dr. Levón Capan; Profundidad anestésica, por el Dr. Manuel Galindo; Anestesia general para el paciente geriátrico, por el Dr. Eduardo Zárate; Rol del anestesiólogo en anestesia oftálmica, por el Dr. José María Silva; Complicaciones de la anestesia regional para oftalmología, por el Dr. Santiago Eslava; Anestesia regional para cirugía torácica, por el Dr. Raoul Muchada; ¿Qué hay de nuevo en la prevención del tratamiento del andalucismo, náuseas y vómito?, por la Dra. Katleen McGoldrick; ¿Qué hay de nuevo en relajantes neuromusculares?: costo y beneficio, por el Dr. Aurelio Otero; Uso de los betabloqueadores en anestesia general, por el Dr. Raoul Muchada; Anestesia fuera del quirófano, por la Dra. Katleen McGoldrick; Complicaciones no neurológicas de la neurocirugía, por la Dra. Rukayda Hamid; De la anestesia cuantitativa asistida por computador, por el Dr. César Candia; Evaluación preanestésica basada en evidencia, por el Dr. Pedro Ibarra; Anestesia epidural torácica, por el Dr. Jaime Martina; Anestesia regional vs. anestesia general en el paciente pediátrico, por el Dr. Gilbert Park; Anestesia regional, por la Dra. Myriam Hincapié; Dolor posoperatorio: ¿nuevos manejos?, por la Dra. Soledad Cepeda; Estrategia ventilatoria en la injuria pulmonar aguda, por el Dr. John Ellis; Optimización perioperatoria, por el Dr. Federico Baltasar; ¿Hoy en día es realmente útil el catéter de arteria pulmonar?, por el Dr. Rafael Villavicencio; Sedación y relajación en la UCI, por el Dr. Hernán Castro; Accesos venosos centrales guiados por ultrasonido, por el Dr. Fernando Raffan; Anestesia y neurorradiología intervencionista, por el Dr. Mario Ruiz; Monitoreo del metabolismo y el flujo sanguíneo cerebral, por la Dra. Claudia Niño; Manejo anestésico de la cirugía de arterias carótidas, por el Dr. Raoul Muchada; ¿Qué hay que nuevo en la protección cerebral?, por el Dr. Mario Ruiz; Ecografía transesofágica intraoperatoria, por el Dr. Felipe Urdaneta; Sangrado poscirugía cardiaca: niños, adultos, antifibrinolíticos, por el Dr. Álvaro Pinilla; Anestesia para cirugía endovascular, por el Dr. John Ellis; Cirugía cardica mínimamente invasiva: ventajas y desventajas, por el Dr. Mauricio Pinilla.

Conferencias magistrales:

- Conferencia magistral 'Expresidentes de la S.C.A.R.E.': Implicaciones legales del acto anestésico, por el Dr. Ricardo Mora Izquierdo.

Los congresos de anestesia han sido una de las actividades más consistentes de la Sociedad, al servir de base para la capacitación de sus miembros y la actualización de los conocimientos en el campo de la anestesia en general y sus subespecialidades.

- Conferencia magistral 'Fundadores de la S.C.A.R.E.': Anestesia para cirugía ambulatoria: ¿son los nuevos medicamentos mejores?, por la Dra. Kathryn McGoldrick.

- Conferencia magistral 'Profesores de la S.C.A.R.E.': Manejo perioperatorio de la isquemia del infarto del miocardio, por el Dr. John Ellis.

Actividades sociales:
Acto inaugural; presentación de la Orquesta Sinfónica de Colombia en el *foyer* del Teatro Colón; fiesta de integración en el Restaurante El Pórtico; cena de clausura en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada.

Este primer congreso del siglo XXI marcó la tendencia de los eventos siguientes, caracterizados por una asistencia masiva de anestesiólogos, residentes, profesionales y estudiantes con interés en los temas abordados.

Hubo invitados internacionales de gran relevancia científica en aquel momento, así como participación masiva de conferencistas nacionales cada vez más cualificados en los temas y en sus modalidades de presentación.

Un aspecto de gran importancia fue la filmación de todos los eventos académicos del congreso, en documentos que quedaron a disposición de los interesados y sirven de insumo de estudio para los posgrados.

A las estrategias convencionales de organización de la parte científica se sumaron tres conferencias magistrales y actos especiales en homenaje a los fundadores, los expresidentes y los profesores de la S.C.A.R.E.

CONCLUSIONES SOBRE CONGRESOS DEL SIGLO XX

La información relativa a los programas de los congresos del siglo XX, si bien se convierte en una monótona relación de los temas tratados en las diferentes actividades, constituye una serie de datos relevantes que pueden servir de base a futuras revisiones de la evolución de la anestesia en Colombia, un objetivo no contemplado en este proyecto.

Una revisión meticulosa en este sentido permitiría conocer cómo evolucionaron las técnicas anestésicas desde sus primeros pasos hasta nuestros días, con la identificación de la llegada de las diferentes drogas, el desarrollo de técnicas especializadas, la aparición de equipos de monitoría, el surgimiento de subespecialidades como la anestesia obstétrica, la pediátrica, la cardiovascular o la neuroanestesia. De igual modo se podría identificar el surgimiento de especialidades que nacieron de la anestesia, las cuales, si bien conservaron una estrecha re-

lación con esta, poco a poco se diferenciaron más y se convirtieron en verdaderas ramas de la medicina especializada, como en el caso del manejo del dolor y del cuidado intensivo. La terapia respiratoria y la atención de situaciones de desastre también son temas que se identifican al observar los contenidos de los congresos, lo que demuestra el liderazgo ejercido en ellos desde la especialidad de la anestesia.

A la par del surgimiento de los diferentes temas se puede identificar también la evolución en la variedad de los conferencistas nacionales e internacionales que han participado. En cuanto al ámbito internacional, se puede asegurar que asistieron los científicos más importantes del mundo en la rama de las ciencias médicas de la anestesia, los cuales, por lo demás, aportaron a su desarrollo en el país. En lo referido al ámbito nacional, se puede identificar el surgimiento de especialistas en las diferentes regiones del país, quienes se esforzaron en presentar sus trabajos de investigación en cada congreso, así como personajes relevantes de la anestesia colombiana especializados en los temas expuestos, que luego fueron invitados a hablar de ellos en todo el país. La muy acertada selección de los conferencistas por parte del comité organizador, cuyo criterio predominante ha sido la historia académica de aquellos, ha asegurado el éxito de todos los eventos.

La evolución de la actividad académica se evidencia en el análisis detallado de los contenidos de los congresos, donde hay presencia de los diferentes programas de especialización que señalaban el desarrollo de la enseñanza y la educación en anestesia. El creciente número de médicos en formación y residentes que presentan los resultados de sus investigaciones o sus trabajos de grado, evidencia una competencia sana entre las diferentes escuelas, que en los inicios de la segunda mitad del siglo XX eran cinco y a finales ya llegaban a 18. El seguimiento de los concursos propuestos, el Juan Marín, el Jorge Colmenares, el Rafael Peña y el Luis Cerezo, que convocaban a diferentes actores (afiliados, profesores, estudiantes) y se enfocaban en técnicas específicas como los bloqueos, permite observar la evolución de la investigación en los diferentes campos de la anestesia en nuestro medio.

De ese modo, esta primera parte de los "Apuntes para la historia de los Congresos de la Sociedad" pretende ser una fuente de futuras investigaciones que permitan conocer cómo se desarrolló y creció la anestesia en Colombia.

CONGRESOS DEL SIGLO XXI

Los congresos del siglo XXI abarcan desde el realizado en 2003 hasta el de 2015, del modo siguiente:

- 2003: XXV Congreso de Cartagena.
- 2005: XXVI Congreso de Bogotá.
- 2007: XXVII Congreso de Santa Marta.
- 2009: XXVIII Congreso de Bogotá: Camino a la excelencia.
- 2011. XXIX Congreso de Medellín: Anestesia y ciudad. Informe de gestión.
- 2013: XXX Congreso de Cartagena: Un baluarte para la seguridad del paciente. Congreso Global TIVA.
- 2015: XXXI Congreso de Cali: Protegiendo la vida.

Con el paso del tiempo los congresos evolucionaron en su planeación, estructura y tamaño, pasando de tener 48 asistentes en el Congreso de Cartagena de 1963 (primero del que hay certeza del número de asistentes) (61), a cerca de 2 300 en la actualidad, entre anestesiólogos, personal de logística y representantes de empresas patrocinadoras.

Los congresos de hoy son diferentes a la mayoría de los del siglo XX: son verdaderos eventos científicos que sobrepasan el ámbito nacional, con alianzas estratégicas internacionales, como en el caso del Congreso de 2015, celebrado en conjunto con la Sociedad Mundial de TIVA.



▲ Carátula del programa del XXIX Congreso de Anestesia de Medellín: Anestesia y ciudad (60)

Preparación y organización

En un comienzo los congresos fueron responsabilidad de la seccional encargada de su celebración, con el apoyo de la Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y una financiación conjunta. Poco a poco empezó a ser responsabilidad del nivel central, con apoyos diversos que buscaban sobre todo financiar a los profesores invitados y las reuniones sociales que cada vez eran más exigentes, por la calidad y el número de participantes. Un apoyo económico importante estaba centrado en el pago de la inscripción de los asistentes, quienes con el tiempo empezaron a buscar su financiación en las casas farmacéuticas y de equipos médicos, las cuales accedían con la intención de que los financiados promovieran sus productos. Por ello, no pocas veces se presentaban evidentes conflictos de intereses.

Ya fortalecida económicamente la Sociedad, el objetivo fue liberarse de esa relación entre anestesiólogo o residente y empresa patrocinadora, y asumir la financiación de la participación de todos los afiliados. La financiación de los profesores invitados, que dependía en gran parte de la casa patrocinadora que llevaba a su profesor especializado en los productos que ofrecía, cambió de sistema; ahora las empresas que deciden apoyar el congreso lo hacen sin compromisos específicos, y sus beneficios se derivan de las visitas a sus exhibiciones dentro del evento y de los aspectos derivados de las estrategias académicas seleccionadas.

La logística de la organización inicialmente era muy local, con base en el esfuerzo de la regional y un apoyo menor del nivel nacional, lo que implicaba una competencia interesante entre un congreso y otro. Sin embargo, hoy la organización

ha llegado a constituir una sofisticada estrategia logística, con complejos mecanismos de planeación y soluciones organizativas. Las múltiples y variadas actividades recaen en personal especializado y en una dirección centralizada con funciones delegadas. Los últimos congresos, en este sentido, han traído consigo unas experiencias muy valiosas y una capacidad de respuesta exitosa.

La reglamentación de la participación de las casas comerciales en el evento y la planificación cuidadosa de los aspectos logísticos son algunas de las características más relevantes que han asegurado los resultados académicos y organizativos de los congresos (62).

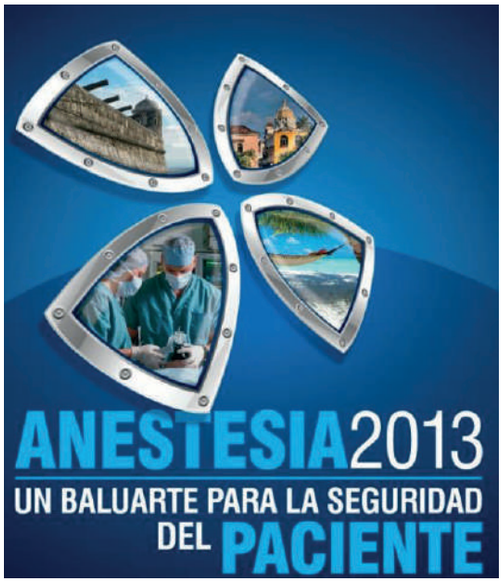
Estrategia académica

Quizá la evolución más significativa de los congresos es en la forma como se han presentado los temas científicos. De congresos con prevalencia de trabajos libres y conferencias, se evolucionó a contenidos estructurados temáticamente, a "actividades académicas con estrategias y metodologías activas, para informar sobre los nuevos desarrollos de la especialidad, para darle sostenibilidad a las destrezas técnicas de los profesionales y para promover las actividades de investigación" (62). Los recientes congresos han buscado convertirse en una actividad de educación continua, con el propósito de mejorar y perpetuar el desempeño profesional de los asistentes. La forma de lograrlo exige el desarrollo de estrategias diferentes a la charla temática libre sin fines pedagógicos, que incorporen objetivos concretos en la búsqueda de conocimientos, competencias y habilidades comprobables; para ello se establecieron los cursos precongreso, los talleres y las mesas redondas dirigidas a metas concretas.

Un ejemplo de este tipo de evolución se puede comprobar en los resultados de participación del XXVIII Congreso Colombiano de Anestesiología de 2009, al cual

[…] concurrieron 2 190 participantes, quienes asistieron a las diferentes actividades académicas: 11 cursos precongreso, 7 conferencias plenarias, 18 bloques temáticos de conferencias magistrales, 81 conferencias, 3 mesas redondas, 1 panel, 1 foro de discusión, 1 simposio y ponencias de concursos de investigación. En la muestra comercial participaron un total de 42 empresas: 17 empresas distribuidoras de dispositivos y equipos para anestesia y cuidado crítico, 13 laboratorios farmacéuticos y 12 empresas de diferentes áreas comerciales. La muestra recibió 6 500 visitas de los participantes (62).

Por su parte, el lanzamiento de campañas específicas de desempeño en el ejercicio del día a día, como "No a la anestesia simultánea" y "Cirugía segura salva vidas", son estrategias que se proponen cambiar comportamientos negativos.



▲ Carátula del XXX Congreso Colombiano de Anestesia de Cartagena, 2013: Un baluarte para la seguridad del paciente (63)

En cuanto a las estrategias de la "educación continuada" –la que da sostenibilidad a los conocimientos en ámbitos posteriores a los estudios universitarios–, se ha intentado ir más allá de los enfoques tradicionales, centrados en métodos propios del ciclo formativo universitario o en conferencias magistrales cuestionadas por su poco impacto en un adecuado desarrollo del aprendizaje; por consiguiente, se ha buscado invertir la relación común del profesor que se dirige al estudiante y le entrega conocimiento,

a la relación basada en un estudiante activo e investigador que encuentra en el profesor un apoyo y un direccionamiento para los conocimientos adquiridos.

Davis et al. (64), citado por Reyes Duque (62), concluyen que métodos tradicionales como las conferencias tienen un reducido impacto directo en la mejoría de la práctica profesional; por el contrario, está demostrado que métodos más activos, como los talleres, producen mayor impacto que las reuniones, conferencias, charlas, simposios y cursos en las prácticas profesionales y en los resultados respecto a los pacientes. Estas son algunas de las consideraciones en las que se ha centrado la evolución estratégica y metodológica de los últimos congresos.

Los congresos de hoy son diferentes a la mayoría de los del siglo XX. Son auténticos eventos internacionales, algunos con alianzas estratégicas con sociedades internacionales, como el celebrado en conjunto con la Sociedad Mundial de TIVA.



▲ Carátula del XXXI Congreso Colombiano de Anestesia de Cali, 2015: Protegiendo la vida (65)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anestesia SCd. Acta N° 13. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 2 de febrero de 1951. p. 33-6.
2. Anestesia SCd. Acta N° 14. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 6 de abril de 1951. p. 37-9.
3. Anestesia SCd. Acta N° 20. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 31 de agosto de 1951. p. 49-50.
4. Anestesia SCd. Acta N° 21. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 16 de octubre de 1951. p. 51-2.
5. Anestesia SCd. Acta N° 24. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 2 de febrero de 1952. p. 54.
6. Anestesia SCd. Acta N° 27. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 13 de junio de 1952. p. 61-3.
7. Anestesia SCd. Acta N° 29. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 12 de septiembre de 1952. p. 64-6.
8. Anestesia SCd. Acta N° 45. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 3 de febrero de 1956. p. 90-1.
9. Anestesia SCd. Acta N° 46. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 17 de febrero de 1956. p. 91-2.
10. Anestesia SCd. Acta N° 47. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 9 de marzo de 1956. p. 93.
11. Anestesia SCd. Act N° 52. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 31 de agosto de 1956. p. 103-5.
12. Anestesia SCd. Acta N° 50. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 4 de mayo de 1956. p. 97-9.
13. Anestesia SCd. Acta N° 51. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1949-1956. Bogotá; 24 de agosto de 1956. p. 99-103.
14. Anestesiología SCd. Acta N° 1. Primera Asamblea General. En: SCA, editor. Actas de la Sociedad 1956-1981. Bogotá; 23 de octubre de 1956. p. 6-12.
15. Anestesiología SCd. Acta N° 2. Asamblea General, Actas de la Sociedad 1956-1981. Bogotá; 15 de mayo de 1958. p. 12-8.
16. Anestesiología SAd. Carátula del programa del II Congreso Médico Nacional. Medellín; 1958.
17. Atlántico SAd. Programa oficial del III Congreso Nacional. Archivo del Dr. Arnobio Vanegas. Barranquilla; 3 a 7 de junio de 1969.
18. Atlántico SdAd. Carátula del programa del III Congreso Nacional de Anestesiología. Barranquilla; 1959.
19. Gómez Silva JM. IV Congreso y VI Convención Nacional de Anestesiología. Tribuna Médica. 1962 May;37(1):15.
20. Anestesia SBd. Programa del V Congreso Nacional. Cartagena; 1963.
21. Bolivar SdAd. Carátula del programa del V Congreso Nacional de Anestesiología. 1963.
22. Asistentes al V Congreso y VII Convención de la Sociedad Colombiana. Archivo del Dr. Bernardo Ocampo. 1963.
23. Anestesia SCd. Programa del VI Congreso Nacional de Anestesiología. Manizales; 25 a 29 de junio de 1964.
24. Anestesiología SCd. Carátula del programa del VI Congreso Nacional de Anestesiología. 1964.

25. Magdalena SdAd. Programa del VII Congreso Nacional de Anestesia. 26 a 29 de mayo de 1965.

26. Magdalena SdAd. Carátula del programa del VII Congreso Nacional de Anestesia. 1965.

27. Valle SdAd. Programa del VIII Congreso Colombiano. 15 a 19 de noviembre de 1967.

28. Anestesiología del Valle Sd. Carátula del programa del VIII Congreso Colombiano de Anestesiología. 15 a 19 de noviembre de 1967.

29. Anestesiología SAd. Programa del IX Congreso Colombiano de Anestesiología. 13 a 16 de agosto de 1969.

30. Sociedad Antioqueña de Anestesiología. Carátula del programa del IX Congreso Colombiano de Anestesiología. 1969.

31. Atlántico SdAd. Programa del X Congreso Colombiano de Anestesiología. 15 al 19 de julio de 1971.

32. Atlántico SdAd. Carátula del programa del X Congreso Colombiano de Anestesiología. 1971.

33. S.C.A.R.E. y SCdAyR. Programa del XI Congreso Colombiano de Anestesiología, XII Congreso Latinoamericano de Anestesiología y I Reunión Extraordinaria del Área del Caribe. Bogotá; 22 al 26 de agosto de 1973.

34. Anestesiología XCcd. Corrida de toros en la celebración del XI Congreso Colombiano de Anestesiología y XII Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Archivo del Dr. Arnobio Vanegas. 1973.

35. Anestesiología SNSd. Programa del XIII Congreso Colombiano de Anestesiología. 13 a 16 de septiembre de 1979.

36. Sociedad Nortesantanderiana de Anestesiología. Carátula del programa del XIII Congreso Colombiano de Anestesiología. 1979.

37. Anestesiología SNSd. Corrida de toros del Congreso de Cúcuta. Archivo del Dr. Arnobio Vanegas. 1979.

38. Cauca SdAdVd. Programa del XIV Congreso Colombiano de Anestesiología. 26 a 29 de junio de 1981.

39. Cauca SdAdVd. Carátula del programa del XIV Congreso Colombiano de Anestesiología. 1981.

40. Anestesiología SAd. Programa científico del XV Congreso Colombiano de Anestesiología. Medellín; 25 a 29 de junio de 1983.

41. Anestesiología SAd. Carátula del programa del XV Congreso Colombiano de Anestesiología. 1983.

42. Anestesiología SAd. Carátula del programa social y turístico. 1983.

43. Reanimación SCdAy. XVI Congreso Colombiano de Anestesiología. 4 a 7 de septiembre de 1985.

44. Reanimación SCdAy. Carátula del programa del XVI Congreso de Anestesiología. 1985.

45. Bolivar SeAd. Programa del XVII Congreso Colombiano de Anestesiología. 23 a 27 de septiembre de 1987.

46. Bolivar SeAd. Carátula del programa del XVII Congreso Colombiano de Anestesiología. 1987.

47. Anestesiología SSd. Programa del XVIII Congreso Colombiano de Anestesiología. 17 a 20 de agosto de 1989.

48. Anestesiología SSd. Carátula del programa del XVIII Congreso Colombiano. Bucaramanga; 1989.

49. Anestesiología SCd. Programa del XIX Congreso Colombiano de Anestesiología. Manizales; 15 a 18 de agosto de 1991.

50. Anestesiología SCd. Carátula del programa del XLI Congreso Colombiano de Anestesiología. 1991.

51. Reanimación SCdAy. Programa del XX Congreso Colombiano de Anestesiología. 11 a 13 de agosto de 1993.

52. Anestesiología SCd. Carátula del programa del XX Congreso Colombiano de Anestesiología. 1993.

53. Cauca SdAdVd. Programa del XXI Congreso Colombiano de Anestesiología. Cali; 17 a 20 de agosto de 1995.

54. Cauca SdAdVd. Carátula del programa del XXI Congreso Colombiano de Anestesiología. Cali; 1995.

55. XXII Congreso Colombiano de Anestesiología. 14 a 17 de agosto de 1997.

56. Anestesiología SAd. Programa del XXIII Congreso Colombiano de Anestesia y Reanimación. Archivo del Dr. Arnobio Vanegas. Medellín; 12 a 16 de agosto de 1999.

57. Anestesiología SAd. Carátulas del programa del XXIII Congreso Colombiano de Anestesiología. 1999.

58. Anestesiología SCd. Programa del XXIV Congreso Colombiano de Anestesiología. Bogotá; 15 a 18 de marzo de 2001.

59. S.C.A.R.E., SCdAyR. Carátula del programa del XXIV Congreso Colombiano de Anestesiología. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2001.

60. Reanimación SCdAy. Programa del XXIX Congreso Colombiano de Anestesia. Medellín: S.C.A.R.E.; 17 a 20 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.ejesalud.com/es/ievents/ver/41/xxix_congreso_colombiano_de_anestesiologia_y_reanimacion/

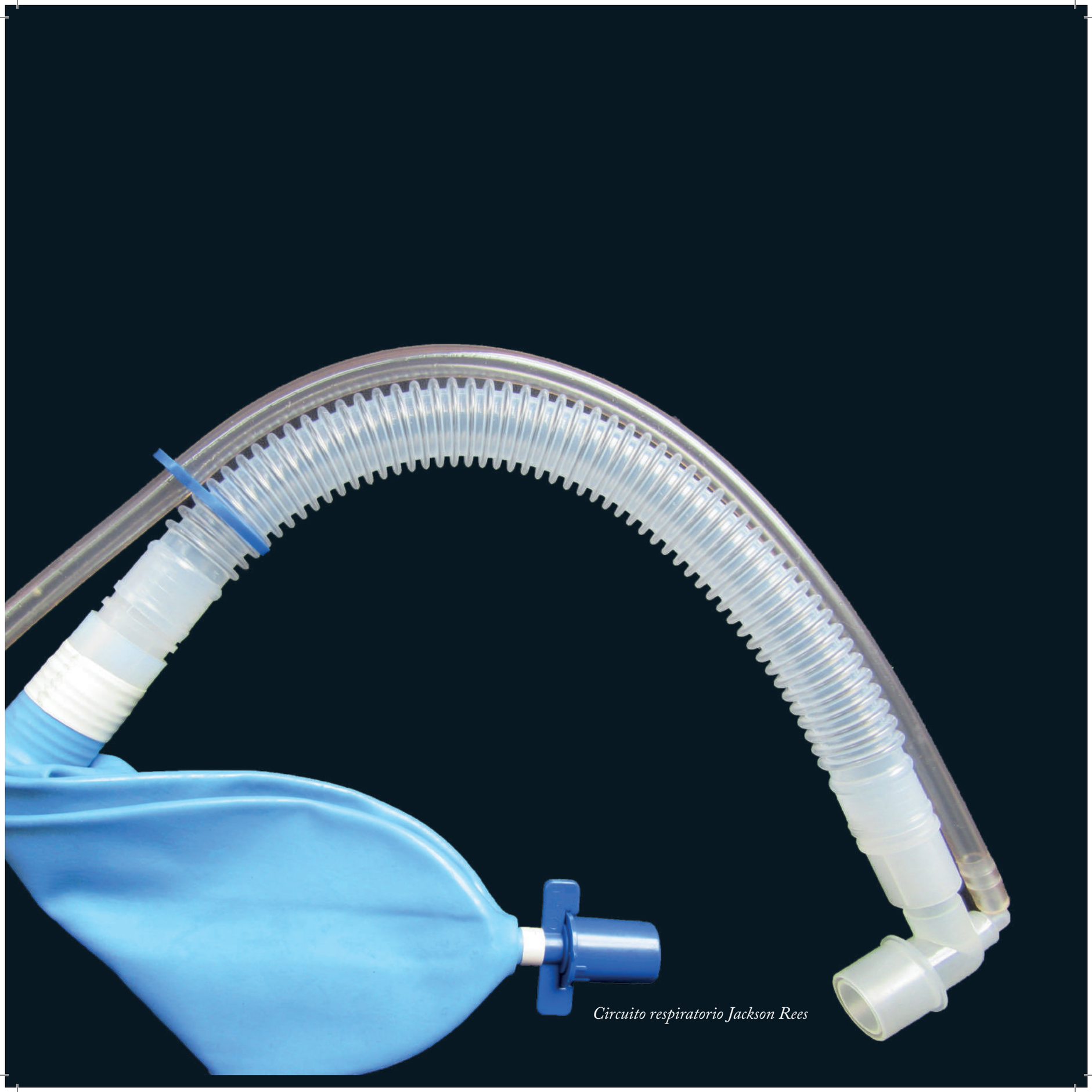
61. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE. Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.

62. Reyes Duque G. Editorial. XXVIII Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación: Los aciertos, los sinsabores y el futuro. Rev Col Anest. 2009;37(1).

63. Reanimación SCdAy. Programa del XXX Congreso Colombiano de Anestesia: Un baluarte para la seguridad del paciente. Congreso Global TIVA. Cartagena: S.C.A.R.E.; 9 a 12 de mayo 2013. Disponible en: http://www.laagendamedica.com/congreso/232/xxx-congreso-colombiano-de-anestesiologia--i-congreso-global-tiva

64. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Brian HR. Changing Physician Performance: A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. JAMA. 1995;274:700-5.

65. Reanimación SCdAy. Programa del XXXI Congreso Colombiano de Anestesia: Protegiendo la vida. Cali: S.C.A.R.E.; 3 a 6 de junio de 2015.



Circuito respiratorio Jackson Rees

Pioneros II y otros
temas de la historia de la
anestesia en Colombia

CAPÍTULO VIII - HISTORIA DE LAS NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD EN ANESTESIA

Con la colaboración del
Dr. Manuel Galindo Arias

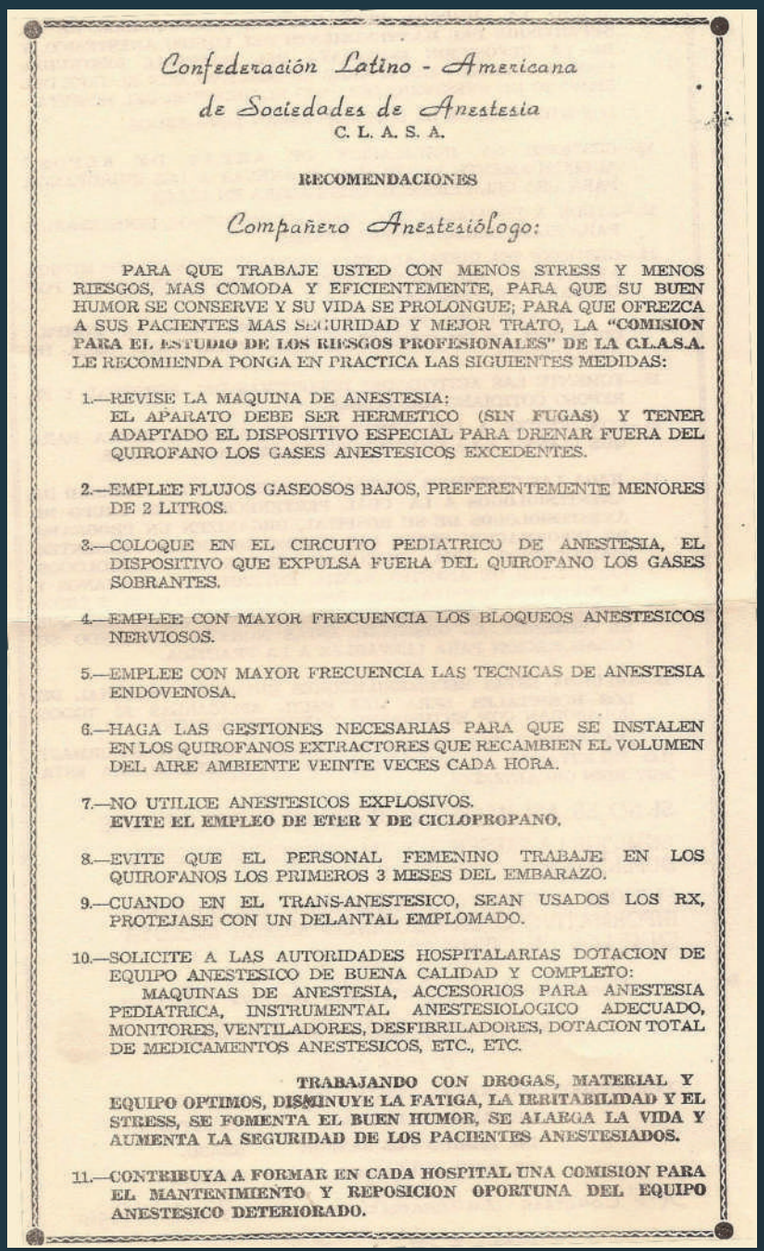
Tres hechos han enmarcado el acelerado desarrollo de la Sociedad Colombiana de Anestesiología en sus últimos tiempos, y especialmente en el final del siglo XX: la Ley 6ª de 1991 que reglamenta el ejercicio de la anestesiología en Colombia, la creación del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) y las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia. Estas últimas han llevado a que el acto anestésico sea más seguro para los pacientes, han hecho que el ejercicio profesional del día a día se apoye en técnicas y procedimientos cada vez más exentos de riesgo, y han favorecido una mejor imagen del anestesiólogo en el ambiente hospitalario y médico.

La definición de unas Normas Mínimas de Seguridad para el ejercicio de la anestesiología en Colombia ha sido una obsesión de algunos miembros de esta especialidad, y poco a poco se han convertido en un puntal de la seguridad en este campo.

LOS PRIMEROS INTENTOS

Sin tener el objetivo de establecer normas, ni de propender por la seguridad del acto anestésico, los requerimientos del Comité de Anestesiología de ASCOFAME de 1964, emitidos a fin de generar un estándar para los servicios de anestesia de una entidad hospitalaria o programas de posgrado de una universidad, pueden considerarse el primer intento de normativizar el ejercicio de la anestesia en Colombia. El "Primer programa mínimo de anestesia", escrito por los Dres. José María Silva Gómez, Nacianceno Valencia, Roberto Nel Peláez y Jorge Colmenares, quienes conformaron el primer Comité Nacional de la Anestesiología, exigía una formación mínima de dos años para graduarse de especialista en anestesia, y establecía qué equipos de monitoría debía tener el servicio de anestesia que quisiera hacer un programa de "residencias": visoscopio, desfibrilador y cuarto de recuperación; fue también la primera exigencia para la creación de los servicios de anestesia, que en esa época existían en muy pocos hospitales y aun en menor grado en las facultades de medicina (1-2).

En septiembre de 1979, en el XIII Congreso de la Sociedad de Anestesiología en la ciudad de Cúcuta, se entregó a todos los asistentes una hoja con una serie de recomendaciones para el "Compañero anestesiólogo", editada por la "Comisión para el Estudio de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo" de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia (CLASA), coordinado por el Dr. Rodolfo Vega Ramos, de México; dichas recomendaciones se presentaron en el XV Congreso Latinoamericano de Anestesiología en Guatemala, en agosto de 1979 (3). Si bien en esta hoja se hacen recomendaciones muy generales sobre el papel del anestesiólogo, se consignan normas de seguridad muy importantes para la época y se invita a una publicación masiva de estas en diferentes formas y medios.



Confederación Latino - Americana
de Sociedades de Anestesia
C. L. A. S. A.

RECOMENDACIONES

Compañero Anestesiólogo:

PARA QUE TRABAJE USTED CON MENOS STRESS Y MENOS RIESGOS, MAS COMODA Y EFICIENTEMENTE, PARA QUE SU **BUEN** HUMOR SE CONSERVE Y SU VIDA SE PROLONGUE; PARA QUE OFREZCA A SUS PACIENTES MAS SEGURIDAD Y MEJOR TRATO, LA **"COMISION PARA EL ESTUDIO DE LOS RIESGOS PROFESIONALES" DE LA C.L.A.S.A.** LE RECOMIENDA PONGA EN PRACTICA LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

1.—REVISE LA MAQUINA DE ANESTESIA:
EL APARATO DEBE SER HERMETICO (SIN FUGAS) Y **TENER** ADAPTADO EL DISPOSITIVO ESPECIAL PARA DRENAR FUERA **DEL** QUIROFANO LOS GASES ANESTESICOS EXCEDENTES.

2.—EMPLEE FLUJOS GASEOSOS BAJOS, PREFERENTEMENTE MENORES DE 2 LITROS.

3.—COLOQUE EN EL CIRCUITO PEDIATRICO DE ANESTESIA, EL DISPOSITIVO QUE EXPULSA FUERA DEL QUIROFANO LOS GASES SOBRANTES.

4.—EMPLEE CON MAYOR FRECUENCIA LOS BLOQUEOS ANESTESICOS NERVIOSOS.

5.—EMPLEE CON MAYOR FRECUENCIA LAS TECNICAS DE ANESTESIA ENDOVENOSA.

6.—HAGA LAS GESTIONES NECESARIAS PARA QUE SE INSTALEN EN LOS QUIROFANOS EXTRACTORES QUE RECAMBIEN EL VOLUMEN DEL AIRE AMBIENTE VEINTE VECES CADA HORA.

7.—NO UTILICE ANESTESICOS EXPLOSIVOS.
EVITE EL EMPLEO DE ETER Y DE CICLOPROPANO.

8.—EVITE QUE EL PERSONAL FEMENINO TRABAJE EN **LOS** QUIROFANOS LOS PRIMEROS 3 MESES DEL EMBARAZO.

9.—CUANDO EN **EL** TRANS-ANESTESICO, SEAN USADOS **LOS RX,** PROTEJASE CON UN DELANTAL EMPLOMADO.

10.—SOLICITE A LAS AUTORIDADES HOSPITALARIAS DOTACION DE EQUIPO ANESTESICO DE BUENA CALIDAD Y COMPLETO:
MAQUINAS DE ANESTESIA, ACCESORIOS PARA ANESTESIA PEDIATRICA, INSTRUMENTAL ANESTESIOLOGICO ADECUADO, MONITORES, VENTILADORES, DESFIBRILADORES, DOTACION TOTAL DE MEDICAMENTOS ANESTESICOS, ETC., ETC.

TRABAJANDO CON DROGAS, MATERIAL Y EQUIPO OPTIMOS, DISMINUYE LA FATIGA, LA IRRITABILIDAD Y EL STRESS, SE FOMENTA EL BUEN HUMOR, SE ALARGA LA VIDA Y AUMENTA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANESTESIADOS.

11.—**CONTRIBUYA A FORMAR EN CADA HOSPITAL UNA COMISION PARA EL MANTENIMIENTO Y REPOSICION OPORTUNA DEL EQUIPO ANESTESICO DETERIORADO.**

INTEGRADA POR UNO O VARIOS ANESTESIOLOGOS DE CADA TURNO, **LA COMISION DEBE HACERSE RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO ANESTESICO, Y DE LA REPOSICION INMEDIATA DEL MATERIAL DESTRUIDO,** COORDINANDOSE PARA LOGRAR SU OBJETIVO, CON EL JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y/O EL DIRECTOR DEL HOSPITAL.

LOS MIEMBROS DE LA COMISION SERAN ROTATORIOS.

12.—GESTIONE LA INSTALACION DE AREAS DE REPOSO ADECUADAMENTE VENTILADAS Y ANEXAS A LOS QUIROFANOS, PARA USO DEL PERSONAL QUE LABORA EN ELLOS.

13.—AYUDE A LOCALIZAR LAS FUENTES DE RUIDOS INNECESARIOS PARA ELIMINARLAS O DISMINUIRLAS.

14.—GESTIONE SEA INSTALADA EN LA ZONA DE QUIROFANOS MUSICA AMBIENTAL —MUY SUAVE— TIPO F.M., PREFERENTEMENTE POR COMPAÑIA PROFESIONAL.

SI ESTO NO FUESE POSIBLE ORGANIZE LA **COMPRA COLECTIVA** DE UN PEQUEÑO ESTEREO PARA CADA SALA DE OPERACIONES.

15.—FOMENTE LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS DEL PERSONAL Y EL REPOSO COTIDIANO RAZONABLE.

16.—CONCIENTIZE A LOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA PARA QUE LLEVEN A LA PRACTICA ESTAS RECOMENDACIONES.

17.—**HAGA LAS GESTIONES NECESARIAS PARA QUE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGOS A LA CUAL PERTENECE Y/O EL GRUPO DE ANESTESIOLOGOS DE SU HOSPITAL, ORGANICEN UN PROGRAMA DE INFORMACION SOBRE LAS RECOMENDACIONES PRESENTES,** PROMOVIENDO UNA DISCUSION ENTRE ANESTESIOLOGOS, RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA, ENFERMERAS, CIRUJANOS Y **AUTORIDADES HOSPITALARIAS** PARA COMPENETRARLOS DE ESTOS PROBLEMAS Y CONVENCERLOS DE LAS VENTAJAS MUTUAS QUE SE OBTIENEN AL OBSERVAR ESTAS NORMA$, LOGRANDO SU COLABORACION PARA LLEVARLAS A LA PRACTICA.

18.—DIFUNDA ESTAS RECOMENDACIONES ENTRE EL PERSONAL DE LOS HOSPITALES. SERA MAS FACIL APLICARLAS SI TODOS COLABORAN CON ENTUSIASMO Y CONVENCIMIENTO.

¿YA OBSERVA EN SU TRABAJO COTIDIANO TODAS ESTAS NORMAS? ¡LO FELICITAMOS, SU DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA ESTA MUY BIEN ORGANIZADO!.

SI NO ES ASI HAGA UN ESFUERZO E IMPLANTELAS

ENMIQUE LA PRESENTE Y SI LE ES POSIBLE HAGA DUPLICADOS.

SI TIENE ACCESO A UNA REVISTA, UN BOLETIN INFORMATIVO O UN PERIODICO MURAL, INCLUYA EN ELLOS UN EJEMPLAR.

Comisión para el Estudio de los Riesgos
Profesionales del Anestesiólogo
C L A S A

COORDINADOR:	DR. RODOLFO VEGA RAMOS	MEXICO
	DR. RAUL H. MORENO	ARGENTINA
	DR. ALMIRO DOS REIS JR.	BRASIL
	DR. RAUL CHEVARRIA	BOLIVIA.

XV Congreso Latinoamericano de Anestesiologia
Guatemala, C. A. Agosto de 1979

▲ Hoja de recomendaciones para el "Compañero anestesiólogo", CLASA, Guatemala, 1979

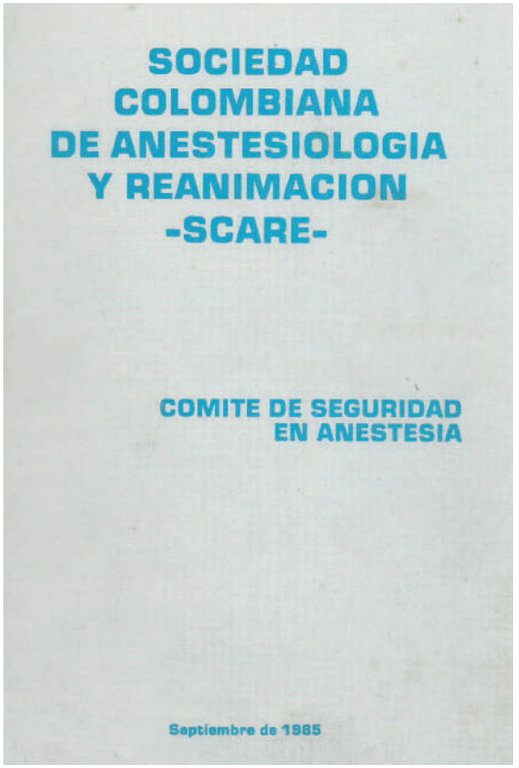
LAS PRIMERAS NORMAS DE SEGURIDAD

El intento de escribir unas normas surge por vez primera en la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, donde se propusieron unos puntos muy tímidos y muy sencillos; estos contemplaban que al paciente que se le diera anestesia se le debía controlar con un tensiómetro y un fonendoscopio, y que el anestesiólogo debía estar todo el tiempo con él. Sin embargo, anestesiólogos muy prestantes se acercaron a examinar este ejercicio y recomendaron tener cuidado, al señalar que "[…] ustedes están muy exigentes y de pronto nos van a poner problemas en algunas clínicas donde trabajamos"; pero el proceso avanzó y finalmente se convirtieron en unas normas tácitas, ya que no había un texto escrito, sino que se trataba de una recomendación; así, "[…] los anestesiólogos empezaron a exigir a las instituciones y estas se fueron concientizando de los temas relacionados con el monitoreo" (4).

En el año 1984, el Dr. Julio Enrique Peña, en ese momento presidente de la S.C.A.R.E., invitó a un grupo de anestesiólogos de Colombia para que escribieran sobre algunos temas relacionados con el ejercicio seguro de la anestesiología en el país. Fue así como se le encomendó al Dr. Tiberio Álvarez que escribiera sobre cómo debía ser una sala de emergencias (5), al Dr. Mario Granados acerca de cuáles debían ser las especificaciones de una sala de cirugía (6), al Dr. Alfredo León respecto a los cuidados especiales que se debía tener con un paciente programado para cirugía (7), al Dr. Sebastián Merlano acerca de cómo debía ser la historia clínica en anestesia (registro anestésico o "récord" anestésico) (8), al Dr. Carlos Julio Parra sobre los requisitos mínimos para suministrar una anestesia general o regional (9), al Dr. Arnobio Vanegas respecto al equipo mínimo, medicamentos y monitoreo (10), y al Dr. Manuel Galindo sobre el mantenimiento de todos los elementos (máquinas, monitores y demás) utilizados en la anestesia (11).

El trabajo que realizaron estos anestesiólogos fue publicado en la *Revista Colombiana de Anestesiología* de 1985, volumen 13, página 66; cabe anotar que esta publicación antecedió a la primera que hizo la Universidad de Harvard (EE.UU.), sobre estándares mínimos en monitoreo, que se publicó en la revista *JAMA* en 1986 (4). Igualmente, en septiembre de 1985 se publicó un folleto, por cortesía de Aga Fano S.A., del Comité de Seguridad en Anestesia de la S.C.A.R.E.

En 1987, el presidente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, Dr. Manuel Galindo, les envió una comunicación a los jefes de servicio de anestesia de Bogotá y a los directivos de clínicas y hospitales de la ciudad, donde se les indicaban los requerimientos mínimos en materia de monitorización, de acuerdo a las exigencias de la Sociedad (12). Si bien en muchas instituciones ya se practicaba la anestesia con el cumplimiento de los requerimientos que allí se exigían, había lugares

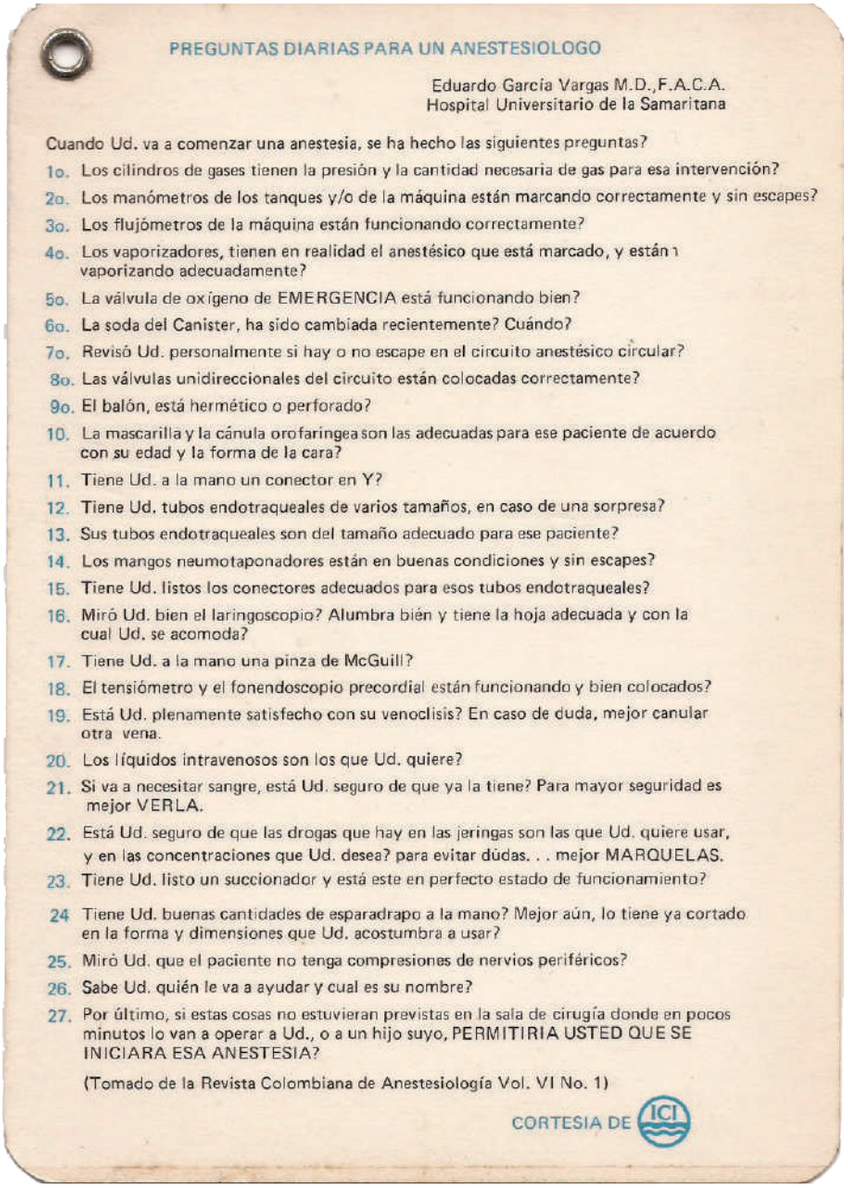


▲ Comité de Seguridad en Anestesia, septiembre de 1985

donde ello no ocurría. La carta, como puede suponerse, preocupó a varios anestesiólogos que pensaban que a causa de ese documento tendrían problemas por no cumplir lo que proponía la Sociedad, o que las instituciones los cuestionarían por sus exigencias.

Por la misma época, el Dr. Eduardo García, jefe de anestesia del Hospital de la Samaritana, publicó una hoja titulada "Preguntas diarias para un anestesiólogo", la cual se encabezaba así: "¿Cuando Ud. va a comenzar una anestesia, se ha hecho las siguientes preguntas?"; y presentaba 27 puntos donde anotaba las precauciones y controles que un anestesiólogo debería tener en cuenta antes de iniciar una anestesia. El contenido fue publicado en la contracarátula del boletín que la Sociedad Cundinamarquesa emitió en 1987. Este boletín, en cuya redacción participó el Dr. Ernesto Rojas, circuló durante aproximadamente dos años, y allí se destacaron eventos científicos, hubo notas de contenido gremial y se resumieron artículos científicos de actualidad.

Por cortesía de ISI-FARMA, la propuesta del Dr. García se publicó y ubicó en la máquina de anestesia, la cual se distribuyó por todo el país (13).



PREGUNTAS DIARIAS PARA UN ANESTESIOLOGO

Eduardo García Vargas M.D., F.A.C.A.
Hospital Universitario de la Samaritana

Cuando Ud. va a comenzar una anestesia, se ha hecho las siguientes preguntas?

1o. Los cilindros de gases tienen la presión y la cantidad necesaria de gas para esa intervención?
2o. Los manómetros de los tanques y/o de la máquina están marcando correctamente y sin escapes?
3o. Los flujómetros de la máquina están funcionando correctamente?
4o. Los vaporizadores, tienen en realidad el anestésico que está marcado, y están vaporizando adecuadamente?
5o. La válvula de oxígeno de EMERGENCIA está funcionando bien?
6o. La soda del Canister, ha sido cambiada recientemente? Cuándo?
7o. Revisó Ud. personalmente si hay o no escape en el circuito anestésico circular?
8o. Las válvulas unidireccionales del circuito están colocadas correctamente?
9o. El balón, está hermético o perforado?
10. La mascarilla y la cánula orofaringea son las adecuadas para ese paciente de acuerdo con su edad y la forma de la cara?
11. Tiene Ud. a la mano un conector en Y?
12. Tiene Ud. tubos endotraqueales de varios tamaños, en caso de una sorpresa?
13. Sus tubos endotraqueales son del tamaño adecuado para ese paciente?
14. Los mangos neumotaponadores están en buenas condiciones y sin escapes?
15. Tiene Ud. listos los conectores adecuados para esos tubos endotraqueales?
16. Miró Ud. bien el laringoscopio? Alumbra bién y tiene la hoja adecuada y con la cual Ud. se acomoda?
17. Tiene Ud. a la mano una pinza de McGuill?
18. El tensiómetro y el fonendoscopio precordial están funcionando y bien colocados?
19. Está Ud. plenamente satisfecho con su venoclisis? En caso de duda, mejor canular otra vena.
20. Los líquidos intravenosos son los que Ud. quiere?
21. Si va a necesitar sangre, está Ud. seguro de que ya la tiene? Para mayor seguridad es mejor VERLA.
22. Está Ud. seguro de que las drogas que hay en las jeringas son las que Ud. quiere usar, y en las concentraciones que Ud. desea? para evitar dúdas. . . mejor MARQUELAS.
23. Tiene Ud. listo un succionador y está este en perfecto estado de funcionamiento?
24 Tiene Ud. buenas cantidades de esparadrapo a la mano? Mejor aún, lo tiene ya cortado en la forma y dimensiones que Ud. acostumbra a usar?
25. Miró Ud. que el paciente no tenga compresiones de nervios periféricos?
26. Sabe Ud. quién le va a ayudar y cual es su nombre?
27. Por último, si estas cosas no estuvieran previstas en la sala de cirugía donde en pocos minutos lo van a operar a Ud., o a un hijo suyo, PERMITIRIA USTED QUE SE INICIARA ESA ANESTESIA?

(Tomado de la Revista Colombiana de Anestesiología Vol. VI No. 1)

CORTESIA DE ICI

▲ Preguntas diarias para un anestesiólogo

En 1989, durante la presidencia de la Dra. María Eugenia Gómez y la secretaría ejecutiva del Dr. Manuel Galindo, se constituyó, bajo la coordinación de este último, el Comité de Seguridad. De él formaron parte los Dres. Ricardo Carrillo, Pedro Ibarra, Juan Camilo Giraldo y María Cristina Zapata. Una de sus primeras tareas fue el lanzamiento de una agresiva campaña en contra de la mala práctica de las anestesias simultáneas. Es justo reconocer que esta actividad estuvo inspirada en la información que trajeron de la Argentina los Dres. Mario Granados y Manuel Galindo, quienes tomaron la idea de un hecho que observaron en el país austral, durante el Congreso Latinoamericano de Anestesiología realizado en Buenos Aires, en 1989. En el desarrollo de esta iniciativa, puede decirse que se empapelaron los quirófanos de Colombia con una hoja que decía: "Un paciente, un anestesiólogo". Se trataba de socializar esta idea, no solamente dentro de los anestesiólogos, sino dentro de toda la comunidad hospitalaria.

Por la misma época, uno de los miembros del Comité de Seguridad, el Dr. Ricardo Carrillo, tuvo bajo su responsabilidad el manejo del Comité de Asuntos Laborales, organismo en el cual se trataron temas tan importantes como el Manual de Tarifas del Instituto de Seguros Sociales, donde participó activamente el Dr. Jorge Osorio, y la adecuada dotación en el área de anestesiología de las salas de cirugía del Instituto.

En 1991, el Dr. Jorge Osorio delegó en el Dr. Pedro Ibarra la redacción de unas Normas Mínimas en un formato práctico, labor a la que se sumó el Dr. Germán Parra. Las normas publicadas se basaron en *Standards for Basic Monitoring* de la *American Society of Anesthesiologists,* del año 1986, a las que se les agregó algunos aspectos no contemplados por los norteamericanos, en especial sobre la Unidad de Cuidados Posanestésicos; dichas normas fueron aprobadas por la Asamblea de la S.C.A.R.E. en 1991, y se publicaron y socializaron profusamente entre la comunidad de la Sociedad.

En 1992 se hizo un estudio preliminar sobre 11 casos objeto de demanda ante el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (14); lo que se destacó de dicho análisis fue que la mayoría de las complicaciones presentadas se consideraron evitables, y que una inadecuada monitorización fue el factor más importante en la presentación del evento adverso o en la mortalidad.

Los miembros del Comité de Seguridad eran conscientes de que la especialidad de la anestesia, a la cual los pacientes no acuden para curarse de una enfermedad específica, sino que se considera una especialidad de apoyo, debería ofrecer a la comunidad la mayor seguridad posible. Por una parte, se analizaba que, mientras en el resto de las especialidades se valora a los especialistas por el índice de curaciones, a los anestesiólogos se les evalúa por el menor número de complicaciones o de muertes ocurridas durante el acto anestésico. Por otra parte, la revisión de la literatura mostraba que un porcentaje elevado de los casos de morbimortalidad en anestesia eran evitables. Era necesario entonces tener una guía, unos parámetros, en fin, unas Normas Mínimas, de tal manera que, al seguir una actuación apegada a ellas, las probabilidades de tener complicaciones se fuese reduciendo progresivamente en el tiempo.

En 1993, el Comité de Seguridad publicó las normas en un pequeño folleto, a partir de lo publicado por los Dres. Pedro Ibarra y Germán Parra. El comité estaba integrado por los Dres. Ricardo Carrillo, Juan Camilo Giraldo, María Cristina Zapata, Pedro Ibarra y Manuel Galindo, este último como su coordinador. Años más tarde, en 1999, salieron del comité el Dr. Giraldo y la Dra. Zapata, e ingresaron los Dres. Bernardo Robledo y Claudia Niño.

LOS CONTENIDOS DE LA NORMA

En esta nueva etapa, el comité trabajó especialmente en la implementación del monitoreo en los quirófanos de zonas apartadas de los centros urbanos más desarrollados, y se emprendió una nueva arremetida contra la mala práctica de las anestesias simultáneas y del trabajo fuera de los centros de entrenamiento por parte de los residentes de anestesiología. La Dra. Niño estuvo muy activa en estos temas, socializándolos y trabajándolos a nivel de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología.

Más adelante, el Comité de Seguridad se empeñó en complementar estas normas, las cuales podrían llamarse "básicas". "Me parece que se tuvo en cuenta una frase del Dr. Jeffrey Cooper, quien en alguno de sus escritos afirmaba que '[…] el mayor riesgo de la anestesia es quizás su excesiva seguridad'; uno de sus artículos se titulaba 'Estrategia para prevenir los accidentes en anestesia'" (14). Los miembros del Comité de Seguridad, tanto en los Seminarios de Educación en Anestesia como en diferentes eventos científicos, se dieron a la tarea de insistir ante los anestesiólogos sobre la importancia de ceñirse a las normas de seguridad en las que se estaba trabajando. Se publicaron varios artículos sobre el tema, por ejemplo uno en la *Revista Colombiana de Anestesiología*, titulado "Seguridad, riesgo y anestesia" (12). Un trabajo posterior fue el de la Dra. Constanza Collazos y sus colaboradores, titulado "Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente" (15).

Durante la última década del siglo pasado y el primer quinquenio del presente, el Comité organizó tres simposios internacionales dedicados en exclusiva al tema de la seguridad. A estos eventos se invitó a autoridades mundiales en la materia, quienes participaban en la Fundación para la Seguridad en Anestesia (APSF) (EE.UU.), en los comités de seguridad de la Federación Mundial de Anestesia (WFSA), o eran reconocidos líderes internacionales en el tema de la seguridad.

El comité consideraba además que la existencia de estas Normas Mínimas no era suficiente, sino que era necesario su conocimiento por parte de cada uno de los anestesiólogos; esta fue la razón para que periódicamente se publicara un folleto con dichas normas y su actualización. El documento se socializaba profusamente por todo el país y la meta era que cada anestesiólogo tuviese un ejemplar consigo, preferiblemente en su máquina de anestesia. Además de ser socializadas en físico por todo el país, las normas siempre estuvieron a disposición de los anestesiólogos en la página web de la S.C.A.R.E.

Inicialmente, las normas mínimas publicadas eran bastante simples; se pensaba que lo más importante de que fueran simples, aunque estrictas, era que se facilitaba más su cumplimiento por parte de los anestesiólogos. Hacían énfasis especial en la monitorización del paciente y en la presencia permanente del anestesiólogo al lado de este, durante todo el acto anestésico-quirúrgico. A las Normas Mínimas se le fueron adicionando, de manera progresiva, elementos que el comité consideró necesarios, como por ejemplo el uso del desfibrilador, el manejo de la Unidad de Cuidados Posanestésicos, consideraciones para la paciente obstétrica, etc.

En el formato de la publicación se consideraron varios capítulos: valoración preanestésica, monitorización, preparación preanestésica, cuidado perianestésico, cuidado posanestésico, cuidado de la paciente obstétrica, equipo de anestesia en general y mantenimiento de este. Se fueron adicionando anexos, como el de los exámenes prequirúrgicos de acuerdo al tipo de paciente y al procedimiento quirúrgico, y el del "consentimiento informado" con sugerencias para su aplicación.

También se consideró, en el campo de la academia, la relación entre docentes y residentes, así como la responsabilidad en la delegación de actividades con los pacientes, siempre bajo la responsabilidad de los docentes. La consideración "Un profesor, un residente" se propuso como un parámetro de la calidad de la docencia.

La inclusión de la oximetría de pulso, como consideración especial, se dio por vez primera en las normas de 1993, y pocos años después se incluyó el tema del capnógrafo. La literatura científica mundial, a mediados de la década del 90, establecía la necesidad de contar con el oxímetro de pulso, como requisito esencial en todo procedimiento anestésico. En el país, a pesar del convencimiento de los miembros del Comité de Seguridad acerca de la necesidad de su implementación, se tropezaba con dos dificultades: la falta de convicción sobre su necesidad por parte de los colegas, y el problema económico que implicaba dotar a todos los quirófanos con dicho elemento. Pese a estas dificultades, el comité insistió en la importancia de su implementación, y en todos los eventos importantes de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, así como en las reuniones regionales, se hizo énfasis en lo que dicho elemento podía aportar para la seguridad del acto anestésico.

Recuerdo una anécdota en la ciudad de Cali, durante uno de los eventos mencionados sobre temas de seguridad. Uno de los invitados era el secretario de salud de la ciudad de Cali. Después de escuchar la información científica y los argumentos que expusieron los doctores Pedro Ibarra y Manuel Galindo, sobre la enorme importancia de contar con oxímetro de pulso en todos los quirófanos, el secretario de salud pidió la palabra y dijo que en ese momento no tenía el presupuesto para cumplir con esa exigencia, pero que se comprometía solemnemente a elaborar un plan, de tal manera que, de forma progresiva, en un tiempo determinado, todos los quirófanos de la secretaría estuvieran dotados de ese elemento de monitorización. Hay que decir que cumplió su palabra (4).

Más adelante se dio la pelea por la implementación de la capnografía y de la determinación de las concentraciones de agentes anestésicos inhalados en salas de cirugía, teniendo en consideración no solo la indicación soportada por la literatura, sino la realidad del desarrollo del país.

COMPROMISO INTERNACIONAL

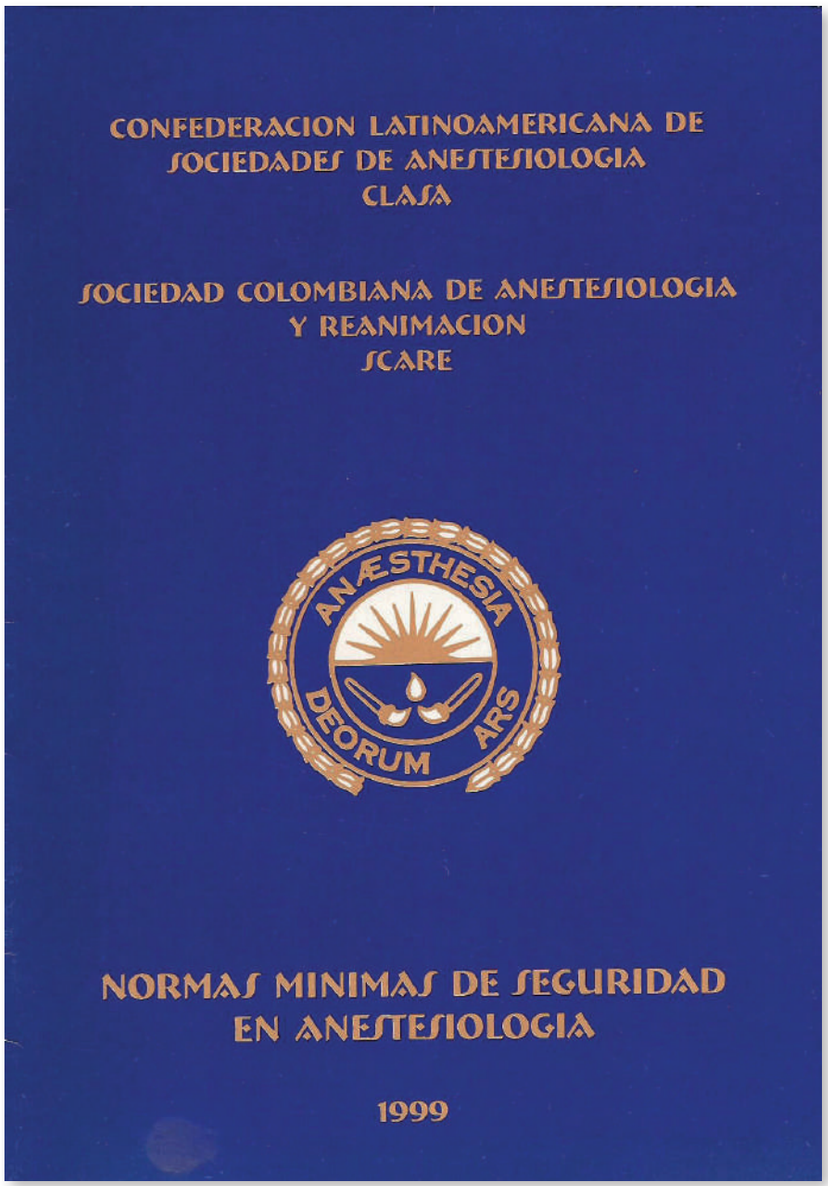
Hacia 1991, el presidente de la CLASA citó a una reunión, presionado por Colombia, sobre el tema de seguridad. La S.C.A.R.E. se presentó con todos sus avances, y así nació la idea de que las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia de Colombia se proyectaran a los países latinoamericanos; a partir de ese momento, estas normas colombianas son las mismas de la CLASA, en términos generales. Si bien algunos países se apartan un poco de ellas, como México, que tiene una norma institucional emitida por el Gobierno, los demás países se ciñen a estas normas; inclusive, en algunos países, aunque no se lo reconozca expresamente, las normas establecidas son prácticamente iguales a las colombianas.

El tema de la seguridad y las Normas Mínimas fue llevado al escenario de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA). Durante la secretaría administrativa del Dr. Carlos Jiménez Castillo, aprovechando la presencia del Dr. Galindo en el Comité Ejecutivo de esta organización, se propició la realización de un seminario-taller en la Isla Margarita de Venezuela, sobre el tema de las Normas Mínimas, el cual se llevó a cabo del

20 al 25 de junio de 1994. El tema fue "Monitoreo para países en vías de desarrollo", y se tomó como base de trabajo las normas que la S.C.A.R.E. ya tenía elaboradas. Posteriormente, durante las reuniones de CLASA, con su previa revisión, se tomaron como propias las normas colombianas, lo que funcionó así durante varios años (16).

Los trabajos realizados en el país en materia de seguridad permitieron que el Dr. Galindo fuese elegido miembro del Comité de Seguridad de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA) durante el periodo 1988-1992, y además, que fuese invitado a dictar una conferencia sobre el tema de oximetría en el Congreso Mundial de Anestesiología realizado en La Haya, Holanda, en 1992. Durante esos cuatro años se compartieron las experiencias colombianas en esa organización, pero sobre todo, se aprendió mucho de la experiencia de los líderes de la seguridad en anestesia en el mundo, como el Dr. Joachin Gravenstein, autor de artículos y libros sobre el particular, y quien vino a Colombia en tres oportunidades.

Una de las experiencias que se quiso aplicar a partir de estos contactos, fue la rotulación, con



▲ Normas adoptadas por la CLASA

Era necesario entonces tener una guía, unos parámetros, en fin, unas Normas Mínimas, de manera que al actuar con base en ellas las probabilidades de complicaciones se fuesen reduciendo progresivamente en el tiempo.

RECONOCIMIENTO OFICIAL

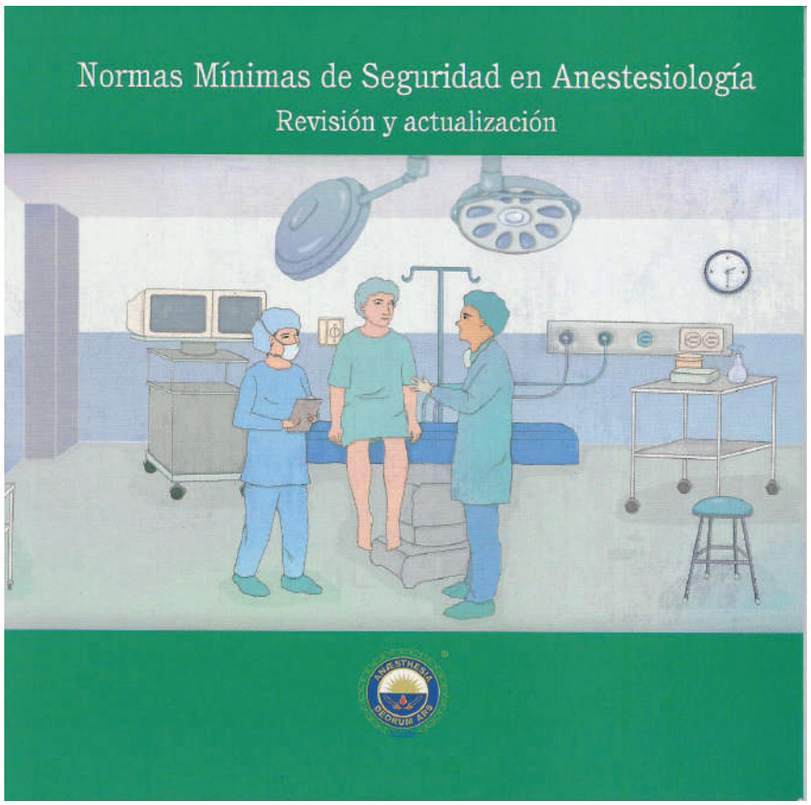
cintas de colores, de las jeringas con los medicamentos que se utilizan en anestesia, tal como se acostumbra en los países desarrollados; este tema se propuso a las casas farmacéuticas, pero no se logró que se implementara. Algo que se aprendió de dichos líderes fue la realización de reuniones dentro de los servicios de anestesia, para tratar los *near accidents* y analizar sus complicaciones, tratando de buscar fallas sistémicas, mas no culpables, de dichos accidentes. De este tema se habló en los seminarios de seguridad.

Hoy, la S.C.A.R.E. está representada por el Dr. Pedro Ibarra en la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (WFSA); allí, él coordina el Comité de Seguridad y además representa a América Latina. Por lo demás, el Dr. Ibarra publicó en inglés las normas de la S.C.A.R.E. (17).

La importancia de las Normas Mínimas, reforzada por la Ley 23 de 1991 (18), "Por medio de la cual se crean mecanismos para descongestionar los Despachos Judiciales y se dictan otras disposiciones", fue reconocida por el Gobierno nacional, tanto así que el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 2003 de 2014, "Habilitación de instituciones prestadoras de servicios de salud", se basó en ellas en los aspectos relacionados con la habilitación de los quirófanos (19). La cultura de la seguridad impulsada por las normas de seguridad de la S.C.A.R.E. y por su persistente estrategia de implementación y socialización, ha llevado a que se desarrollen otras normas y exigencias de seguridad en el sistema de salud en Colombia, las cuales se han reflejado en decretos y disposiciones para otras especializaciones y profesiones, como la enfermería y la odontología.

Las Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia, que surgieron como un documento interno de la S.C.A.R.E., han tenido un impacto muy importante en la comunidad científica nacional. Su reconocimiento por parte del Ministerio de Salud, y lo que es muy importante, de las entidades hospitalarias, ha llevado a que muchos tópicos contemplados en ellas se consideren hoy de obligatorio cumplimiento para clínicas y hospitales.

Un espacio fundamental para el análisis e implementación de las normas y el surgimiento y desarrollo de la cultura de la seguridad derivados de ellas, así como para el surgimiento del FEPASDE a nivel nacional, ha sido el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, creado por la Ley 6ª de 1991, que reglamenta la especialidad de la anestesia. Desde ese espacio se ha dado vida oficial a las normas y se ha contribuido a la exigencia de su cumplimiento tanto a nivel del especialista como de las instituciones prestadoras de servicios.



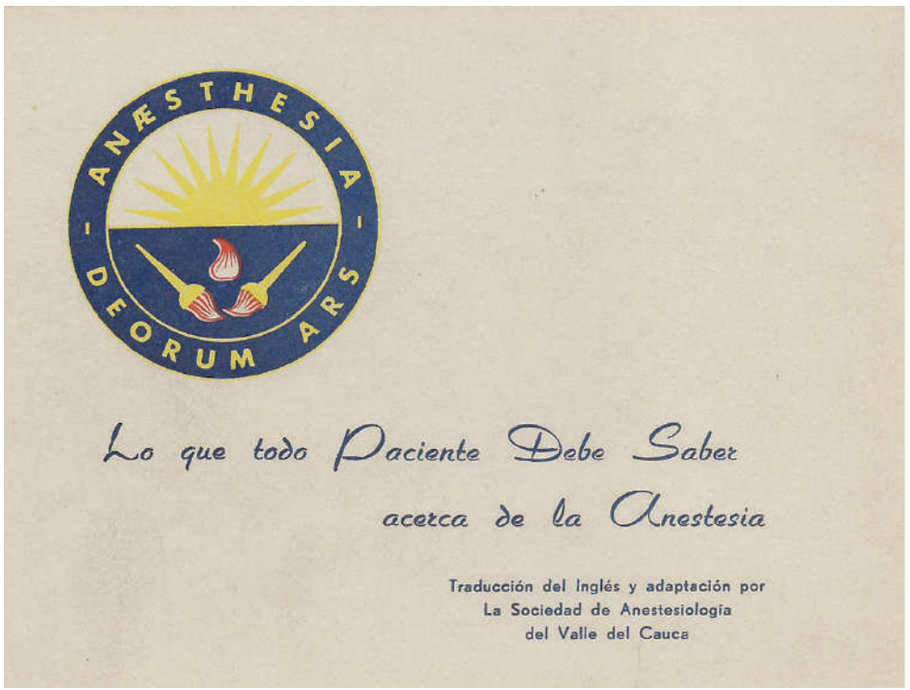
▲ Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología, 2015

La definición de unas normas de seguridad para el ejercicio de la anestesiología en Colombia ha sido una obsesión de algunos de sus miembros, y poco a poco se ha convertido en un puntal de la seguridad en el ejercicio de la especialidad.

ÚLTIMAS ETAPAS DEL COMITÉ

Bajo la coordinación del comité por parte del Dr. Pedro Ibarra, desde el año 2007, se ha dado continuidad a la implementación de las Normas Mínimas; en este sentido, una de las normas que ha recibido su espíritu innovador es la relacionada con el tema de los exámenes prequirúrgicos requeridos por los pacientes para ser llevados al quirófano. Con apoyo de la literatura científica mundial y con la experiencia documentada de muchos años en la Clínica Reina Sofía, el Dr. Ibarra ha demostrado que muchos de los exámenes que se exigen "de rutina" para un procedimiento anestésico quirúrgico son innecesarios. Este nuevo enfoque en la valoración prequirúrgica ya ha sido tenido en cuenta en procesos médico-legales. En 2014, la coordinación del Comité de Seguridad pasó a manos del Dr. Bernardo Robledo, quien venía trabajando en él desde 1999.

La última revisión de las Normas Mínimas se llevó a cabo durante el XXXI Congreso Colombiano de Anestesiología realizado en la ciudad de Cali en junio de 2015. Allí se discutió un documento preliminar elaborado por la Subdirección Científica de la S.C.A.R.E., con la participación de un buen número de anestesiólogos de todo el país interesados en el tema de seguridad, incluidos los anteriores miembros del Comité de Seguridad. El documento producto de las discusiones está "colgado" en la página web de la S.C.A.R.E. (20).



▲ "Lo que todo paciente debe saber acerca de la anestesia"

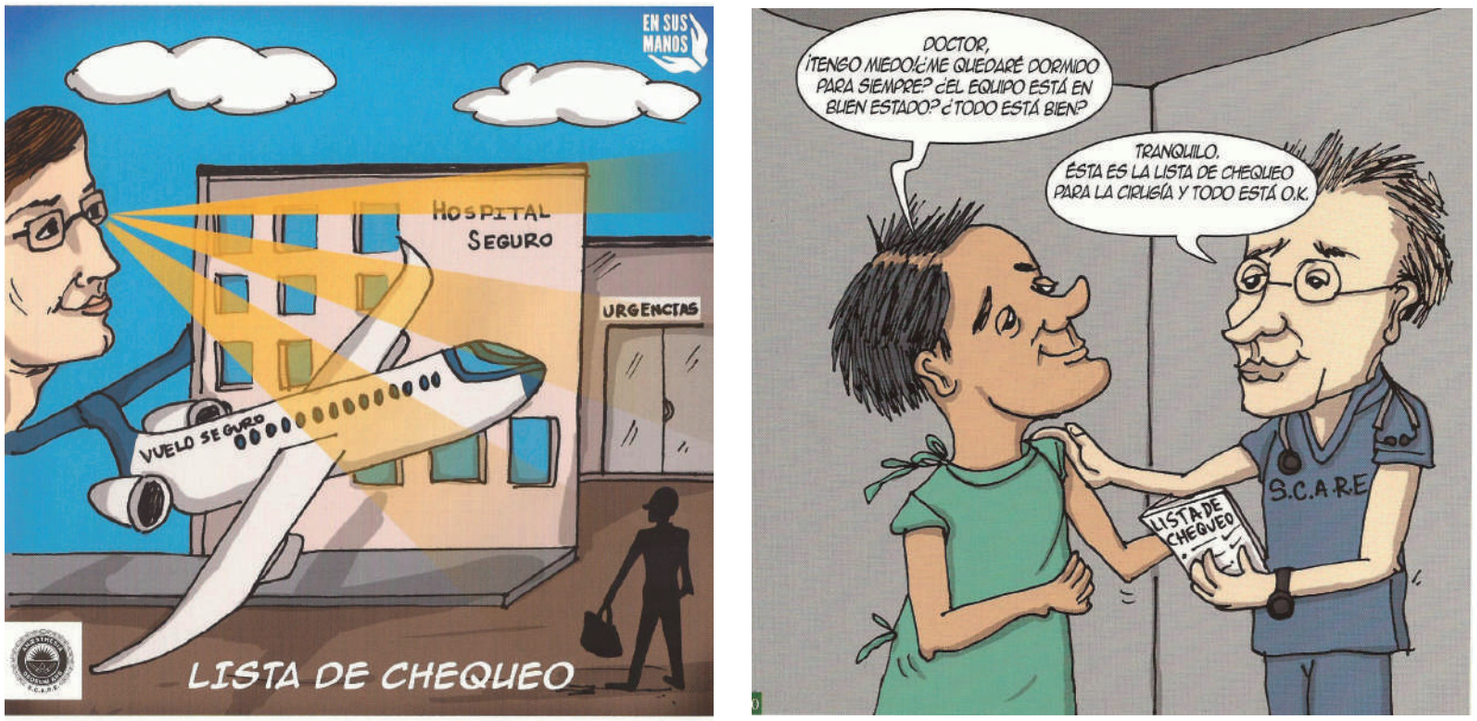
LA PERMANENTE BÚSQUEDA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Sociedad a nivel central y las regionales han mantenido una constante actitud en pro de la seguridad del acto anestésico, del control de las anestesias simultáneas y de todo aquello que signifique calidad de la anestesia para el bien del paciente, razón primaria del ejercicio de la especialidad. Con frecuencia se han publicado folletos de información para la comunidad; un ejemplo es el publicado por la Sociedad de Anestesiología del Valle del Cauca para ser entregado a los pacientes, donde se informa sobre la anestesia y las condiciones necesarias para la seguridad de aquellos; este folleto se tituló "Lo que todo paciente debe saber acerca de la Anestesia" (21).

"Lista de chequeo"

En los últimos años la Sociedad ha desarrollado estrategias orientadas a disminuir los riesgos de accidentes en el acto anestésico, y recientemente en el quirófano, concebido este como espacio de desempeño del anestesiólogo y donde se involucra todo el personal que allí trabaja, el cual incluye, además del responsable de la anestesia, a los cirujanos, instrumentadores, enfermeros, auxiliares de enfermería, profesionales de otras áreas y estudiantes de diferentes profesiones.

En la presentación del folleto "Lista de chequeo", la subdirectora científica de la S.C.A.R.E., Dra. Luz María Gómez, escribe:



▲ "Lista de chequeo"

Desde su fundación, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación ha estado comprometida con la continua promoción del ejercicio seguro de la anestesiología. Así, ha emprendido no pocas campañas para acercarse al gremio y hacer de la práctica segura un común denominador entre sus socios.

Ahora, consciente de la importancia de acercarse por todos los medios posibles a los anestesiólogos para lograr cultivar en ellos la necesidad de la seguridad en el quirófano, la S.C.A.R.E. saca a la luz este pequeño libro: una historia corta e ilustrada, que presenta dos escenarios posibles en un quirófano cualquiera, con dos finales: el que todos esperamos y el que queremos prevenir (22).

"Cirugía segura salva vidas"

La S.C.A.R.E. ha hecho suya la campaña de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Alianza para la seguridad del paciente", y por todos los medios de difusión y de educación, que incluyen comunicaciones a todos los afiliados al FEPASDE que trabajan en el quirófano, ha desarrollado la campaña "Cirugía segura salva vidas" (23).

Las directivas de la S.C.A.R.E., desde sus inicios, pero de forma más institucional y sostenida desde 1984, han trabajado por la seguridad del paciente y por la formación del anestesiólogo en el control del riesgo y la prevención de las complicaciones durante el acto anestésico. A través del FEPASDE han desarrollado toda una estrategia para la prevención de los accidentes durante la anestesia; dentro de esta y otras muchas estrategias, las Normas Mínimas de Seguridad han cumplido un papel relevante en diferentes logros.



▲ "Cirugía segura salva vidas"

UN CAMBIO DE ACTITUD

El filósofo y científico Thomas Kuhn dio al término 'paradigma' un significado contemporáneo, cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un periodo específico. Así, puede decirse que en la especialidad de la anestesia hubo un cambio paradigmático con las Normas Mínimas de Seguridad.

Si bien el crecimiento natural de la especialidad, desde 1949 hasta nuestros días, se debe al espíritu de estudio, investigación y rigurosidad del cloroformista, después del anestesista y ahora del anestesiólogo, no hay duda de que las Normas Mínimas contribuyeron a cualificarla. "Mucha agua ha pasado debajo de los puentes" desde la época del "panfonendoscopio" del Dr. Juan Marín y la mascarilla de Ombredanne, hasta el sofisticado equipo de anestesia de un quirófano moderno.

Administrar anestesia en aquellas épocas y en otras que le siguieron, era una verdadera odisea, riesgosa para la vida del paciente y angustiosa para el operador. Poco a poco se fueron desarrollando técnicas más seguras y llegaron al armamentario del anestesiólogo equipos que le daban seguridad al acto anestésico. Pero no hay duda de que las Normas Mínimas de Seguridad, rechazadas por unos y cuestionadas por otros en un principio, marcaron un hito en el ejercicio de la especialidad. Y no solo influyeron en las técnicas de aplicación y control de la anestesia, sino que cambiaron la mentalidad del anestesiólogo en la prevención del riesgo y en las conductas de seguridad respecto al paciente y a él mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

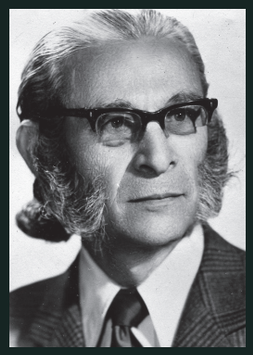
1. Jaime HP. Educación en anestesia. En: S.C.A.R.E., editor. Historia de la anestesiología en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
2. Ocampo Trujillo B. Los seminarios de educación. En: S.C.A.R.E., editor. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E; 1999.
3. Vega Ramos R, Moreno RH, Dos Reis Jr., Almiro, Cherarria R. Recomendaciones. En: Anestesiólogo. Guatemala: C.L.A.S.A.; 1979.
4. Galindo Arias M. Entrevista personal.En: Ocampo Trujillo B, editor. Bogotá; 2016.
5. Álvarez ET. La sala de emergencia. Rev Col Anest. 1985;13:61-7.
6. Granados Sandoval M. Especificaciones de salas de cirugía. Rev Col Anest. 1985;13:71-4.
7. León A. Cuidados especiales de un paciente que va a ser sometido a cualquier tipo de anestesia. Rev Col Anest. 1985;13:75-80.
8. Merlano S. Historia clínica en anestesia, clasificación ASA. Rev Col Anest. 1985:81-6.
9. Parras Higuera CJ. Requisitos mínimos para administrar anestesia general, regional o local en una sala de cirugía. Rev Col Anest. 1985;13:87-90.
10. Vanegas Ángel A. Equipo mínimo de anestesia, drogas y monitoría. Rev Col Anest. 1985;13:91-6.
11. Galindo Arias M. Mantenimiento de los equipos de anestesia. Rev Col Anest. 1985;13:67-70.
12. Galindo Arias M. Seguridad, riesgo y anestesia. Rev Col Anest. 2000;28(3):235-53.
13. García Vargas E. Preguntas diarias para un anestesiólogo.Rev Col Anest. 1987;6(1).
14. Cooper J, Gaba D. A strategy for preventing anesthesia accidents. International Anesthesiology Clinics. 1989;27(3):148-52.
15. Collazos CA, Bermúdez BL, Quintero A, Quintero L, Díaz Matallana M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev Col Anest. 2013;41(2):109-13.
16. S.C.A.R.E. Normas Mínimas de Seguridad CLASA-SCARE. Bogotá: S.C.A.R.E; 1999.
17. Ibarra P, Robledo B, Galindo M, Niño C, Rincón D. Minimum standards 2009 for practising anaesthesiology in Colombia. Rev Colomb Anestesiol. 2009;37:235-53.
18. República de Colombia. Ley 23 "Por medio de la cual se crean mecanismos para descongestionar los Despachos Judiciales, y se dictan otras disposiciones". Bogotá; 1991. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6546
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá, 28 de mayo de 2014.
20. S.C.A.R.E. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología. Revisión y actualización. Bogotá, 2015. Disponible en: http://www.scare.org.co/Archivos/Normatividad/Normas-minimas.aspx
21. Valle S. Lo que todo paciente debe saber acerca de la anestesia. En: Cali; 1990.
22. S.C.A.R.E. Lista de chequeo. En: SCdAy, editor. Reanimación. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2015.
23. OMS. Safe Surgery. Why safe surgery is important. Switzerland: Worlt Health Organization; 2016. [Cited 2016-07-17]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

CAPÍTULO IX - LA ORDEN DEL OMBREDANNE DE ORO: UNA MIRADA DESDE EL SERVICIO A LA SOCIEDAD

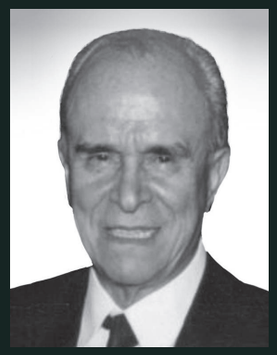


Centrífuga manual, 1940

Ombredanne de Oro



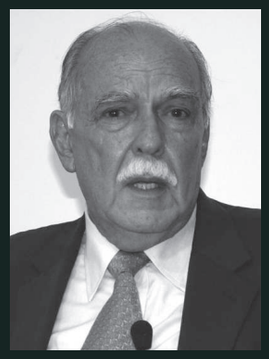
Dr. Juan Marín
Ombredanne 1983



Dr. Nacianceno Valencia J.
Ombredanne 1987



Dr. Rafael Sarmiento
Ombredanne 1991



Dr. Jorge Osorio R.
Ombredanne 1995



Dr. Marceliano Arrázola M.
Ombredanne 1997

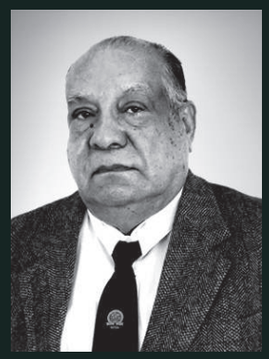


Dr. Bernardo Ocampo T.
Ombredanne 1999

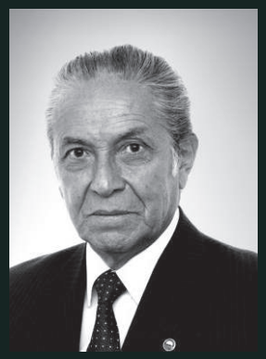


Dr. Arnobio Vanegas
Ombredanne 2001





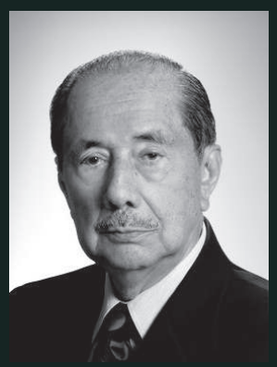
Dr. Sebastián Merlano M.
Ombredanne 2003



Dr. Julio Enrique Peña B.
Ombredanne 2005



Dr. Fernando Flórez
Ombredanne 2007



Dr. Carlos Celis C.
Ombredanne 2009



Dr. Alberto Vanegas S.
Ombredanne 2011



Dr. Cecilia Correa de R.
Ombredanne 2013



Dr. José Francisco León
Ombredanne 2015

Dr. Ricardo Navarro Vargas

Médico anestesiólogo

Presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Lorena Gartner Isaza

Trabajadora Social, Universidad de Caldas

Maestría en Desarrollo Educativo y Social, Universidad Pedagógica Nacional

Especialista en Estudios Sociales de la Ciencia y la Innovación Tecnológica

La Orden del Ombredanne de Oro es la máxima distinción de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), que otorga cada dos años como reconocimiento a aquellos anestesiólogos que han realizado aportes relevantes a la especialidad y a la Sociedad, tanto desde el punto de vista académico-científico como gremial.

Hasta la fecha, la S.C.A.R.E. ha entregado esta distinción a 13 ilustres anestesiólogos que se han destacado por sus aportes significativos al desarrollo y consolidación de la especialidad. Con las breves semblanzas realizadas en este capítulo, se busca conservar en la memoria de la anestesiología colombiana a quienes, con denodado empeño, asumieron la tarea de entregarle a las futuras generaciones una especialidad organizada, con un alto nivel científico y reconocimiento no solo en la Sociedad sino también en el concierto de las especialidades médicas.

Antes de iniciar este breve recorrido biográfico de quienes han sido galardonados con la Orden del Ombredanne de Oro, conviene hacer una pequeña introducción al origen y la historia de este reconocimiento honorífico.

¿QUÉ ES EL OMBREDANNE Y QUIÉN FUE SU CREADOR?

El Ombredanne es un inhalador de éter-aire creado en 1908 por Louis Ombredanne en París, cuyo uso se extendió, en la primera mitad del siglo XX, a toda Francia y los países europeos y latinoamericanos influenciados por la medicina francesa. El Dr. Juan Armando Nesi, anestesiólogo argentino, afirma que su rápida y extendida adopción se explica por:

[…] la aparente simplicidad de su manejo y porque su ingenioso diseño permitió lograr con el éter anestesias tan completas como las que se obtenían con el cloroformo, sin las necesarias interrupciones del dispositivo de Clover y la máscara de Julliard y sin la meticulosidad exigida por el método gota a gota en sistema semiabierto (1).

Sin duda, el Ombredanne redujo en gran medida los accidentes producidos por los procedimientos anestésicos de ese entonces; sin embargo, los nuevos conocimientos en el campo de la fisiología, sumados a la introducción de avances tecnológicos sucesivos, también fueron garantizando procedimientos anestésicos más seguros y eficientes.



▲ Mascarilla de Ombredanne

Este vaporizador, de 4 kilogramos y 15 centímetros de altura, es un recipiente metálico esférico con una mascarilla también metálica que, a través de una pieza en T, adiciona oxígeno a la mezcla gaseosa. Dispone de una bolsa reservorio fabricada con vejiga de animal, generalmente de cerdo; posee también un material esponjoso parecido al fieltro, que absorbe el éter o cualquier otro anestésico líquido; además, está dotado de un regulador de flujo del anestésico que pasa al paciente, lo que permite cierta renovación del aire aspirado sin tener que levantar la mascarilla. El Ombredanne incluye una gradación de cero a ocho que indica la concentración de vapor.

Louis Ombredanne, cirujano parisino (1871-1956), ocupó un lugar destacado en la historia de la anestesia a nivel mundial, no solamente por el inhalador descrito, sino también por su contribución a la modernización de la anestesia pediátrica.

EVOLUCIÓN DEL PREMIO OMBREDANNE DE ORO

Para empezar a hablar de este premio otorgado por la S.C.A.R.E., cabe recordar el proceso por el cual fue posible establecer la iniciativa orientada a reconocer a quienes se han distinguido por sus aportes académicos y gremiales.

En junio de 1968, en la XIV Asamblea General de la S.C.A.R.E. celebrada en Bogotá, el Dr. Jorge Montañez, de la Sociedad Nortesantandereana de Anestesiología, propuso el *Premio al Anestesiólogo Colombiano* por méritos científicos y gremiales, cuyo merecedor debía ser seleccionado por un jurado nombrado por la asamblea. En ese entonces se delegó a la Junta Directiva la reglamentación de la "Mención Honorífica" (2).

Posteriormente, en la XXX Asamblea de la S.C.A.R.E. celebrada en Medellín, el 24 de junio de 1983, el Dr. Jaime Herrera Pontón propuso a los Dres. Juan Marín, Nacianceno Valencia y Aníbal Galindo como candidatos a recibir la orden Ombredanne de Oro (3). En esa ocasión la asamblea otorgó la distinción al Dr. Juan Marín, mediante su elección con 32 votos frente a 7 votos para el Dr. Valencia (3). Ahora bien, aunque está registrada la decisión de la asamblea, no existen evidencias de la entrega del premio.

De todas formas, habiendo recibido o no la distinción, cuando se trata de evocar la historia de la anestesiología en Colombia es insoslayable hacer mención del Dr. Juan Marín, cuya trayectoria ha sido suficientemente documentada.

Este eminente y a la vez sencillo personaje fue digno de todos los honores en la profesión de la anestesiología; fue honrado como pionero de la anestesia en Colombia; fundador de la primera escuela de anestesia en el país; fundador honorario y secretario a perpetuidad de la Sociedad Colombiana de Anestesiología; editor de la primera publicación colombiana sobre Anestesia, SEDARE*; creador del emblema adoptado por la S.C.A.R.E., por la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, por la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia (CLASA) y por la Sociedad Guatemalteca de Anestesiología, e impreso en la medalla con que queda investido cada presidente de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesia (WFSA) (4).*

El premio le fue entregado al Dr. Nacianceno Valencia el 27 de septiembre de 1987. En la asamblea de octubre de 1990 en Barranquilla, la presidente de la S.C.A.R.E., Dra. María Eugenia Gómez, anunció que en el congreso siguiente de Manizales se adjudicaría la orden Ombredanne de Oro, para la cual postuló a los Dres. Marceliano Arrázola y Rafael Sarmiento (3).

El 14 de junio de 1991, en el congreso de la capital caldense, el Dr. Arnobio Vanegas propuso que el premio fuese adjudicado cada dos años, en lugar de cada cuatro años, como se había previsto, y se nominó para el galardón a los Dres. Marceliano Arrázola, José María Silva, Pedro Nel Peláez, Sebastián Merlano, Rosendo Cáceres, Rafael Sarmiento, Bernardo Ocampo, Manuel Puello y Luis Adalberto Erazo. Finalmente se adjudicó por votación al Dr. Rafael Sarmiento Montero. A pesar de la aprobación de la proposición de adjudicar el premio cada dos años, esto solo se cumplió a partir de 1995, y en el año 1993 no se otorgó.

A partir de 1995 y cada dos años, mediante un riguroso proceso de consulta y selección, la S.C.A.R.E. ha reconocido a sus miembros distinguidos. El procedimiento para designar la persona que recibirá la Orden del Ombredanne de Oro está establecido en el Reglamento General de la S.C.A.R.E., artículos 70, 71, 72 y 73. Previa convocatoria a todas las sociedades departamentales para designar a sus candidatos, la Junta Directiva Nacional realiza un minucioso estudio de las hojas de vida de estos y selecciona una terna propuesta en la Asamblea de Delegados, que realiza la elección mediante votación secreta por parte de las dos terceras (2/3) partes de los delegados con derecho a voz y voto.

Hasta el momento, la S.C.A.R.E. ha distinguido con la Orden del Ombredanne de Oro, en reconocimiento a su labor en beneficio de la especialidad, a los anestesiólogos que se mencionan a continuación, a quienes la anestesiología colombiana debe una enorme y perenne gratitud.

En la XIV asamblea de junio de 1968 se propuso crear el Premio al Anestesiólogo Colombiano. En la XXX asamblea de junio de 1983 en Medellín se adjudicó, por primera vez, el Ombredanne de Oro al Dr. Juan Marín. En la segunda ocasión este le fue otorgado al Dr. Nacianceno Valencia, el 27 de septiembre de 1987.

NACIANCENO VALENCIA JARAMILLO: OMBREDANNE DE ORO 1987

El nombre de Nacianceno Valencia Jaramillo evoca al *Maestro de Maestros* en la historia de la anestesiología en Colombia, cuya contribución fue esencial para el desarrollo académico y el reconocimiento de la especialidad.

Nació en Concepción, Antioquia, en 1922, y se graduó como médico en la Universidad de Antioquia en 1948, con el trabajo "El uso del intocostrin en cirugía", dirigido por el Dr. Iván Gil Sánchez, quien ese año lo invitó a participar en calidad de profesor en un cursillo teórico-práctico sobre anestesia que se dictaba en el pregrado de Medicina de la misma universidad (4, 5).

En noviembre de ese año se produjo la visita al Hospital San Vicente de Paúl y a la



▲ Mascarilla de Ombredanne



▲ Imagen del Ombredanne de Oro que se entrega a los nominados por la Asamblea de la S.C.A.R.E.

Universidad de Antioquia por parte de la Primera Misión Médica Norteamericana, la cual tuvo consecuencias significativas en el desarrollo profesional, personal y familiar del Dr. Nacianceno. La Misión Médica del *Unitarian Service Commitee*, bajo la dirección del Dr. G. H. Humphreys y conformada por nueve médicos de diferentes especialidades, hizo muchas recomendaciones al sistema de salud colombiano. El Dr. Perry Volpitto (1937-1988), profesor emérito del *Medical College of Georgia*, señaló preocupantes situaciones sobre el estado de la anestesia en particular e indicó recomendaciones para la formación de anestesiólogos, el mejoramiento de las prácticas anestésicas y la consolidación de una organización científica gremial que aportara al desarrollo de la especialidad.

Gracias a la invitación del Dr. Volpitto, el Dr. Valencia viajó a Augusta, Georgia, a realizar estudios de posgrado en el departamento de anestesia del *Medical College of Georgia*. Después de 19 meses de formación, y pese a la posibilidad de quedarse allí por el ofrecimiento en este sentido realizado por el Dr. Volpitto, el ahora anestesiólogo de profesión Dr. Valencia regresó a Colombia motivado por su vocación de servicio, al considerar que, como en Estados Unidos muchos profesionales poseían sus conocimientos, en Colombia había más personas a las que podía servir.

En honor a Ralph Waters (1883-1979), identificado internacionalmente como uno de los médicos que sentaron las bases para el reconocimiento de la anestesia como especialidad y como creador de la anestesia moderna, se publicó el conocido *Aqua Alumni Family Tree*, donde se incluye al Dr. Valencia en la rama que se desprende del Dr. Volpitto, quien a su vez fue alumno directo del Dr. Waters. De este modo, el Dr. Valencia es el único anestesiólogo colombiano incluido en el árbol genealógico de la anestesia mundial.

La contribución del Dr. Valencia a la formación de anestesiólogos y a la consolidación de la especialidad en Colombia se dio en muchos frentes: en su relación con los estudiantes de la Universidad de Antioquia por más de 40 años; en su ejercicio profesional destacado; en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), donde a través de su participación en el Comité Nacional de Anestesiología aportó a la definición del Programa Mínimo de Anestesia en 1964; y en los congresos de anestesia y seminarios de educación médica en anestesia, donde su participación siempre fue prominente.

Asimismo, contribuyó al fortalecimiento gremial y al posicionamiento de la anestesiología como especialidad en la región, con su aporte, junto a otros colegas, a la constitución de la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (1949), una de las primeras sociedades departamentales en Colombia, de la que fue presidente de 1967 a 1969. Su liderazgo transcendió el ámbito regional y fue miembro fundador y quinto presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E).

El Dr. Valencia fue miembro activo de la *American Society of Anesthesiologists* desde 1949. Su pasión por la historia de la medicina y en particular de la anestesia lo llevó a ser miembro de la *Anesthesia History Association* y a participar en el Comité de Historia de la Cirugía en Antioquia.

Murió el 7 de diciembre de 2003. En la revista *IATREIA*, publicación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se le despidió del modo siguiente: “El maestro Valencia, que nunca abandonó su evangelio de servicio al prójimo y de amor a la enseñanza, deja una huella imborrable en la anestesiología, en la medicina antioqueña y en el corazón agradecido de sus numerosos alumnos y sus incontables pacientes”.

Por sus aportes a la especialidad en virtud de sus cualidades científicas, gremiales y personales, el Dr. Nacianceno Valencia Jaramillo recibió el Ombredanne de Oro en 1987, la máxima distinción otorgada por la S.C.A.R.E.

RAFAEL MARÍA SARMIENTO MONTERO: OMBREDANNE DE ORO 1991

Rafael María Sarmiento, nacido en Tuluá, Valle del Cauca, el 23 de enero de 1931, quizá sea, por su personalidad y su talante, el prototipo de persona hecha para la medicina y en especial para la anestesiología (6). Estudió el bachillerato en el Colegio Nuestra Señora del Rosario y medicina en la Universidad Nacional de Colombia, donde recibió el grado el 8 de diciembre de 1956, en la misma ceremonia en la que se graduó de médico el "padre de la anestesiología colombiana", el Dr. Juan Marín Osorio.

Empezó a ejercer la anestesiología cuando aún no estaba catalogada como especialidad médica y se consideraba una labor auxiliar. En estos primeros años de ejercicio profesional alternó los estudios de dermatología con la anestesiología en las prácticas de manejo del banco de sangre del Hospital San Juan de Dios, un servicio que estaba a cargo del área de anestesia (7).

En 1958 se vinculó a la Clínica Marly y desde allí se destacó como uno de los mejores profesionales del país; muestra de ello es que 12 presidentes colombianos recurrieron a sus servicios como anestesiólogo.

La anestesiología en Colombia recibió del Dr. Sarmiento aportes en innovaciones para el ejercicio de la especialidad: introdujo al país la primera máquina de gases, por ende lideró la medición de gases sanguíneos; abanderó la terapia respiratoria en la Clínica Marly e introdujo los equipos necesarios para ello, y fue pionero en la nutrición parenteral, entre otras contribuciones.

Sus cualidades profesionales y científicas le permitieron ejercer gran liderazgo en la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, de la cual fue presidente de 1983 a 1998, cuando la asociación pasó de contar con dos sociedades a tener 48. También fue miembro de diversas juntas directivas, como en la Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y participó en la creación de la Sociedad Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, lo mismo que en la Sociedad Iberoamericana de Cuidado Intensivo.

En el marco del Primer Congreso Latinoamericano de Ultrasonido Perioperatorio, Paciente Crítico y Dolor Crónico en Bogotá, cuya anfitriona fue la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología entre el 15 y el 17 de septiembre de 2016, la Junta Directiva escogió el nombre del Dr. Rafael María Sarmiento para asignarlo a la conferencia que dio apertura a este evento. De ahora en adelante esta conferencia obliga al Comité Organizador del Congreso a escoger un tema trascendental y un expositor de las más altas calidades científicas.

Su niña consentida fue la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, y siempre buscó que sus dirigentes fuesen dignos representantes de ella ante la S.C.A.R.E. Sin embargo, en su papel de gran timonel tuvo particular entrega a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (o como la llamaba él, su "bienamada S.C.A.R.E."), donde tuvo gran influencia y a la que ingresó muy tempranamente, en 1956, para el Tercer Congreso Latinoamericano de Anestesia en Bogotá, lo cual denota su particular interés y vocación por la anestesiología. El Dr. Sarmiento le dio un nuevo aire al Comité de Reanimación de la S.C.A.R.E. Desde el año 2000, durante aproximadamente ocho años, se hizo cargo él, y hoy acertadamente este lleva su nombre. Allí puso a prueba toda su capacidad de dirigente fervoroso, que hizo posible una cosecha fértil y abundante.

El Dr. Sarmiento fue galardonado con el Ombredanne de Oro en 1991 (8). Falleció en Bogotá el 25 de octubre de 2014 y sin duda dejó un enorme legado como líder gremial de alto nivel profesional, ético e innovador.

Entre las muchas cualidades del Dr. Sarmiento, que hacían despertar en las futuras generaciones cariño y admiración, están las siguientes:

JORGE OSORIO REYES: OMBREDANNE DE ORO 1995

- Transparencia: Su proceder fue impecable, y quizá por ello en las asambleas de delegados gozó de enorme credibilidad y sus intervenciones siempre fueron interpretadas como sentencias sabias y edificadoras.

- Amigo leal en la fortuna y en la adversidad: Siempre consideró a la S.C.A.R.E. su gran amiga, y todo aquel que quería a la S.C.A.R.E. era amigo suyo.

- Don de trabajo: Fue ejemplo de entrega infatigable a la academia y al gremio, motivo por el cual en 2014 los estudiantes del Comité de Posgrado, al buscar un nombre para el concurso y el premio al mejor trabajo de investigación de su congreso, lo denominaron con justicia "Rafael Sarmiento Montero."

- Liderazgo: Incontables veces emprendió estrategias ambiciosas para sacar adelante las organizaciones con las que estaba comprometido (S.C.A.R.E., FEPASDE, COSELAB, CorpoSCARE), sin importar que tuviera al frente directores ejecutivos con ideas gerenciales innovadoras, pues él también tenía las suyas y las defendía con ahínco para producir cambios, para apoyar o para frenar.

El Dr. Jorge Osorio nació en Flandes, Tolima, el 3 de marzo de 1936. Estudió la primaria en Girardot y el bachillerato en Bogotá, en los colegios Gimnasio Germán Peña y San Bartolomé. Aunque al principio tenía un espíritu inquieto por las ciencias políticas, después se inclinó por la medicina, por considerarla una profesión humanística integral (9).

Trabajó como médico interno en el Hospital Neuropsiquiátrico Femenino de Bogotá, donde, después de seis meses, recibió la notificación que lo eximía de la obligación de prestar el año de servicio médico rural. En junio de 1959 ingresó como interno al servicio de anestesiología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Y en abril de 1961 se graduó como anestesiólogo de la primera promoción del Hospital San Juan de Dios y la Universidad Nacional de Colombia.

Tuvo bajo su responsabilidad la coordinación del servicio de anestesia del Instituto Nacional de Cancerología, y junto con el Dr. Fernando Flórez lo transformó a favor de la atención integral y pronta de los pacientes. Allí tuvo oportunidad de realizar convenios con la Universidad Javeriana por intermedio del Dr. Jorge Colmenares, quien lo nombró instructor *ad honorem* en el Hospital San Ignacio.

Sus años en el Instituto Nacional de Cancerología coinciden con su papel protagónico en la edición de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, la primera Clínica para Tratamiento del Dolor en Latinoamérica y el primer trabajo sobre tratamiento del dolor presentado por médicos colombianos a un Congreso Mundial de Anestesiología (Sao Paulo, 1964).

A raíz de la crisis del Instituto de Seguros Sociales en 1973, el Dr. Osorio se vio obligado a desvincularse de sus compromisos laborales en Bogotá y se trasladó a Armenia, donde permaneció hasta 1975. Durante esta breve estancia colaboró con la Convención de Delegados de la S.C.A.R.E. coordinada por la Sociedad del Quindío. Más tarde regresó para contribuir con Anestecoop (2001-2006), donde tuvo la oportunidad de promover, por segunda vez, la organización de la Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y varios cursos de reanimación básica y avanzada.

En 1975 regresó a Bogotá y se vinculó al Instituto Neurológico. En su paso por diversos espacios hospitalarios (Clínica Fray Bartolomé de las Casas, Clínica Misael Pastrana, Clínica Méderi, Hospital Militar) siempre quedó en claro su liderazgo y su inquebrantable vocación científica y gremial. El Dr. Osorio ha he-

cho presencia en diversas regiones del territorio nacional, preocupado por la defensa no solo de los derechos de los colegas, sino también de los pacientes.

En la S.C.A.R.E. se desempeñó como secretario ejecutivo. Sin embargo, ha sido muy crítico con lo que considera el pobre papel gremialista de la S.C.A.R.E. y el protagonismo y hegemonía de los abogados del FEPASDE. Un editorial suyo en la *Revista Colombiana de Anestesiología* (1999;27[2]:95-6), donde planteaba la necesidad de definir quién estaba primero en orden de importancia, si la S.C.A.R.E. o Fepasde, originó a su desvinculación total de la revista.

La conformación del primer equipo para el manejo del dolor y la presentación del trabajo sobre alcoholización para el tratamiento del dolor por cáncer; el inicio de las Clínicas de Dolor y el primer trabajo colombiano presentado en un congreso mundial; su participación en la fundación de la Revista Colombiana de Anestesiología*, la implementación del sistema de plazas para medir y equilibrar el trabajo y la remuneración de los anestesiólogos; la presentación de estudios actuariales y de mejorías graduales en las tarifas; las gestiones basadas en estudios sólidos para el reconocimiento de los honorarios nocturnos en la Clínica Fray Bartolomé de las Casas, el Hospital Militar Central, el San Carlos y el San Juan de Dios, de Armenia; el logro del retiro del óxido nitroso, primero en la cirugía de tórax y luego en los procedimientos generales, son, entre otros, los aspectos que convierten al doctor Osorio en uno de los líderes de la especialidad (10).*

El Dr. Osorio se considera premiado por la vida al haber tenido la oportunidad de estudiar y practicar con ahínco y entusiasmo la anestesia, disfrutar de la valoración preanestésica, compartir "academia y vida" con sus compañeros, en especial con el Dr. Fernando Flórez, y observar los resultados mágicos de la anestesia en los pacientes.

En 1995 recibió el premio Ombredanne de Oro, el cual dedicó a los muchos colegas que como él se merecían esta distinción. En 2012 decidió retirarse del ejercicio profesional.

MARCELIANO ARRÁZOLA MERLANO: OMBREDANNE DE ORO 1997

El Dr. Marceliano Arrázola nació en Santa Marta el 27 de octubre de 1926. Se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia cuando se realizaban cursos de anestesia en el pregrado de medicina y la anestesia hacía parte del internado rotatorio, un hecho inusitado en ese entonces. Posteriormente continuó su formación en el Hospital Hopkins de Baltimore.

El Dr. Arrázola se vinculó a la planta docente de la Universidad de Antioquia en 1976 y allí se destacó por sus cualidades académicas y aportes a la formación de anestesiólogos. De manera magistral y con rigurosa preparación, dirigió por muchos años la reunión semanal de complicaciones con estudiantes de pregrado y residentes. Casi hasta el final de sus días asistió y participó activamente en estos encuentros académico-asistenciales.

Tuvo un enorme liderazgo y gran visibilidad en los asuntos gremiales. A propósito de quienes sentaron las bases de la especialidad en Colombia y dieron vida a las sociedades regionales y la Sociedad Colombiana, Jaime Herrera Pontón lo describe como: "Polémico ideólogo de la organi-

zación de la Anestesia en el país, no ha habido discusión importante en la Sociedad en la que Marceliano no haya intervenido" (11, 12).

Pocos meses después de la creación de la Sociedad Colombiana de Anestesiología en 1949, fue constituida la Sociedad Antioqueña de Anestesiología (SADEA). El Dr. Marceliano Arrázola hizo parte del grupo fundador de SADEA, junto a los Dres. Nacianceno Valencia, Gustavo Gutiérrez, Gabriel Betancur, Samuel Jiménez, Rubén Zapata, Carlos Silva, Darío Giraldo y Carlos Emilio Mesa (12). El Dr. Arrázola, quien ya había dado muestras de su vena gremialista en el Hospital del Ferrocarril, tomó para siempre las banderas de la defensa de los intereses gremiales y la promoción del desarrollo de la anestesia, algo que lo llevó a la presidencia de la Sociedad Antioqueña en dos ocasiones y de la Sociedad Colombiana en 1973-1975. Fueron muchas sus luchas por buscar un nicho digno de base científica para la anestesia respecto a las otras especialidades médicas. No faltaba a ninguna actividad gremial y siempre mostró gran fortaleza en las asambleas de la Sociedad Colombiana: "Era la voz cantante de la delegación antioqueña, muy enfático y al tiempo muy práctico en sus exposiciones, que fundamentaba en el juicioso estudio de los temas tratados", según lo rememora el Dr. Bernardo Ocampo (13).

El pensionado del Hospital San Vicente fue escenario de gran parte de su vida profesional; allí laboró 52 años como miembro del grupo de anestesiólogos clínicos. Se incorporó al grupo de trasplantes renales en 1978; con enorme interés participó sin falta en las discusiones de casos relacionados con fisiología renal y presidía los seminarios de anestesia para paciente renal.

El 26 de enero de 2015 falleció el Dr. Arrázola, dejando como herencia ese factor unificador que le caracterizó. Su entrega y dedicación a la profesión, los colegas, la familia y los amigos son un ejemplo para las futuras generaciones. Fue pionero indiscutible de la anestesiología en Colombia, digno merecedor del Ombredanne de Oro, distinción que recibió en 1997 por su denodado compromiso gremial y aporte a la construcción de lo que hoy es la anestesia en el país.

BERNARDO OCAMPO TRUJILLO: OMBREDANNE DE ORO 1999

En 1937 nació el Dr. Bernardo Ocampo en la ciudad de Manizales, donde realizó sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio de Nuestra Señora. Se hizo médico en la Universidad Javeriana de Bogotá, la cual aportó tanto como su familia a la formación de su carácter estricto, riguroso y metódico, sumado a su obrar en valores y claros principios.

Al finalizar 1960 emprendió el retorno a su tierra natal, con la perspectiva de realizar el internado en ginecología. Pero un año más tarde una situación de crisis en el servicio de anestesia del Hospital Universitario de Caldas lo llevó a acompañar al Dr. Gustavo Gómez Calle, lo que lo condujo a hacerse residente del naciente posgrado en anestesiología de la Universidad de Caldas (14).

La preocupación por el estado de la anestesia pediátrica en Manizales lo condujo a la Universidad Autónoma de México, donde hizo la subespecialidad en este campo, de julio de 1964 a noviembre de 1965. Su entrenamiento lo realizó en los hospitales del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En 1963 se vinculó a la Universidad de Caldas, donde desarrolló su carrera docente hasta alcanzar la categoría de profesor titular. Fue también profesor en la Universidad Católica y cofundador de la Universidad Autónoma de Manizales. Sin duda, el Dr. Ocampo ha sido un verdadero maestro, formador auténtico, tanto a través de sus conocimientos como de sus actuaciones. La docencia la lleva en la sangre y la vida académica hace parte de su esencia.

En materia educativa, su influencia ha ido más allá de la docencia. Desde 1965, en ASCOFAME, donde ocupó varias posiciones (presidente de los comités de Anestesia, Especialidades Médicas e Internado), su voz fue determinante en señalar orientaciones en la formación de los futuros anestesiólogos. Sin embargo, desde su punto de vista, la mayor influencia en este sentido la han tenido los seminarios de anestesia, que han marcado la pauta de la educación en anestesia en Colombia, en la medida que han mantenido una dinámica de reflexión sobre la educación continuada, la investigación, los planes de estudio y los procesos pedagógicos, entre otros. Dichos seminarios se realizan desde 1974 y hasta el momento se han efectuado diez; Manizales ha sido sede de nueve de ellos, de los cuales el Dr. Ocampo ha sido artífice, promotor e inmejorable anfitrión.

Desde 1962, cuando aún era residente y presentó en el Congreso de Anestesia en Cartagena el trabajo "100 casos de anestesia peridural para cirugía de vías biliares", realizado junto a los Dres. Gustavo Gómez y Pedro Bonivento, el Dr. Ocampo ha tenido una presencia muy importante como investigador en los diversos congresos de anestesiología y siempre se ha ocupado de divulgar su quehacer investigativo. Con motivo de la celebración de los 25 años de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, fue reconocido como la persona con mayor número de publicaciones en esta.

En los últimos años se ha dedicado con particular ahínco a la historia de la medicina y en particular de la anestesiología. El Salón de la Memoria Histórica de la Salud de Caldas es uno de sus más recientes proyectos, el cual se ha constituido en un centro de estudio de la historia de la medicina, un espacio que congrega a la Academia de Medicina. A propósito de esto, cabe destacar como producción reciente del Dr. Ocampo: *Historia de la anestesia obstétrica* (2008), *50 años del programa de especialización en anestesia: Apuntes para la historia* (2011), *Pioneros e ilustres de la anestesia colombiana I* (2012) y *Cronología de la historia de la anestesia en Colombia* (2016).

El Dr. Ocampo ha sido una figura cívica de gran preponderancia en Manizales e igualmente un miembro muy destacado de la Sociedad Caldense de Anestesiología, a la cual le ha aportado, con gran cantidad de iniciativas, parte de lo que han sido sus fortalezas tanto a nivel local como nacional. Aunque en varias ocasiones ocupó su presidencia, su actividad dentro de ella ha sido permanente. Como él mismo lo reconoce, ha sido "un buen soldado y un buen general", lo que le ha permitido contribuir con distintos roles a las causas gremiales y académicas de la especialidad. Su liderazgo lo llevó a ocupar la presidencia de la S.C.A.R.E. entre 1977 y 1979.

La trayectoria del Dr. Ocampo es ejemplar dentro y fuera del quirófano, como educador, investigador y divulgador, como administrador y ejecutor, y como líder gremial, lo que lo hizo merecedor del Ombredanne de Oro, distinción que recibió en 1999.

ARNOBIO VANEGAS ÁNGEL: OMBREDANNE DE ORO 2001

El Dr. Arnobio Vanegas es reconocido como uno de los forjadores de la anestesiología en el Valle del Cauca, con una gran proyección a nivel nacional, gracias a su riguroso ejercicio profesional, su espíritu investigativo, sus cualidades académicas y su sentido gremialista, características difíciles de reunir en una sola persona.

Nació en 1927 en Anserma, Caldas, y realizó sus estudios de medicina como becario en la Universidad de Antioquia, entre 1948 y 1953. Durante su formación médica fue monitor de técnica quirúrgica en el cuarto año y de cirugía experimental en el quinto. En 1953, durante cinco meses de internado, estuvo en el servicio de anestesiología del Hospital San Vicente de Paúl, y en 1954, durante ocho meses, se desempeñó como anestesiólogo del servicio de urgencias del mismo hospital. Se graduó en 1956 con el trabajo "El cloruro de succinilcolina en anestesia clínica".

En 1964 recibió el título número 51 de Especialista en Anestesiología por derecho adquirido de parte del Consejo General de Especialidades Médicas de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

En 1956 arribó a Cali; se trataba del séptimo médico con entrenamiento en anestesia que llegaba a esta ciudad, y se vinculó al Hospital Infantil Club Noel como jefe del servicio de anestesiología, donde laboró 45 años. Prestó servicios profesionales como jefe del servicio de anestesiología del Hospital San Juan de Dios de Cali, así como en la Maternidad Municipal de Cali (1956-1957), Hospital Regional Niña María de Caloto del departamento del Cauca (1964-1995) y Clínica Rafael Uribe Uribe del Instituto de Seguros Sociales de Cali (1957-1982), donde ocupó la jefatura del servicio de anestesia en seis ocasiones.

El Dr. Vanegas dejó una huella indeleble en los diferentes hospitales e instituciones donde ejerció su profesión. El Hospital Infantil Club Noel fue el escenario donde con más énfasis desarrolló la actividad profesional que más lo apasionó y mayores satisfacciones le dio: la anestesia pediátrica.

La labor docente que ya había iniciado en sus tiempos de monitor en la Universidad de Antioquia la continuó como instructor del servicio de anestesiología del Hospital Universitario del Valle (1957-1961), como auxiliar de cátedra del mismo servicio (1961-1966) y como profesor del departamento de anestesiología de la Universidad del Valle y la Facultad de Medicina de la Universidad Libre, desde 1985 y 1986 respectivamente, hasta su retiro laboral definitivo en 2002. Su aporte académico fue significativo, y muestra de ello son las copiosas publicaciones en diferentes revistas y los trabajos científicos en los múltiples congresos, simposios, cursos y conferencias en los que participó.

Su espíritu gremial le deparó liderazgo a nivel regional y nacional, en la Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Valle del Cauca (SARVAC) y en la S.C.A.R.E.

En SARVAC fue presidente por siete periodos no continuos, y ocupó posiciones de vicepresidente, secretario, subsecretario, tesorero, vocal académico y fiscal de la Junta Directiva. Como si fuera poco, fue delegado oficial ante la Asamblea General de la S.C.A.R.E. en 44 ocasiones. Y en la S.C.A.R.E. fue miembro del Comité Asesor Permanente y del Comité de Redacción de la *Revista Colombiana de Anestesiología* (1981-1984), así como su presidente (1993-1995), secretario general (1991-1993), integrante del Comité de Seguridad (1990-1994), coordinador del Comité de Anestesia Pediátrica desde 1999 y vocal académico (1995-1997). En FEPASDE ocupó la vicepresidencia entre 1993 y 1995.

El Dr. Vanegas se caracterizó por su rigurosidad en todas las tareas que emprendió, como lo ejemplifican sus registros de anestesia, donde sorprende la caligrafía y las descripciones meticulosas y precisas. El 15 de junio de 2002 hizo entrega de estos registros anestésicos con las siguientes palabras:

SEBASTIÁN MERLANO MESA: OMBREDANNE DE ORO 2003

Solo me quedaba mi archivo personal de registros anestésicos que sumaban un poco más de 22 000, es decir 22 000 vidas que pasaron por mis manos en un lapso de 47 años (1954–2002) de ejercicio continuo de la especialidad. Mi primera intención fue obsequiárselos sin más miramientos al reciclador que semanalmente pasa por mi casa, pero pensándolo bien se me ocurrió que podría darle una despedida más agradable y más honorífica en compañía de mis amigos, que además me serviría de excusa para tener el placer de verles y compartir con ustedes (15).

Cuando se le otorgó el premio Ombredanne de Oro en 2001, el Dr. Vanegas tenía 75 años y había decidido no volver a trabajar, porque no obstante sus plenas facultades mentales y físicas, consideró siempre que la edad podía ser factor de riesgo, como ocurrió en el caso del famoso cirujano de tórax alemán Ferdinand Sauerbruch; así que prefirió ceder el espacio a las generaciones que él, con entusiasmo, profesionalismo y mucho amor, había formado.

Definitivamente el Dr. Arnobio Vanegas Ángel es un baluarte científico y gremial de la anestesiología en nuestro país, un ejemplo de rigor, disciplina, honestidad, y sobre todo de humildad y vocación de servicio.

El Dr. Sebastián Merlano nació en Cartagena en 1938. Finalizó Medicina en 1965 en la Universidad de Cartagena e hizo el año rural en Sampués, con centro en el Hospital de Sincelejo. Posteriormente se hizo anestesiólogo en la Universidad del Valle en 1968 (16).

A su regreso a Cartagena, cuando esta ciudad contaba solo con siete anestesiólogos, se vinculó a la Universidad de Cartagena y allí abrió el programa y el departamento de anestesia, donde en la actualidad se forman muchos anestesiólogos cada año. Se dedicó a la actividad académica hasta 1992, cuando asumió la decanatura de la Facultad de Medicina, la cual desempeñó entre 1991 y 1994. Fue secretario de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y miembro de su Consejo Directivo en calidad de decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

Fue jefe del departamento de anestesia del Hospital Universitario de Cartagena (1978-1980) y director del Hospital Universitario (1983-1984), y ejerció como médico anestesiólogo en el Hospital Universitario de Cartagena, la Clínica Blas de Lezo, la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, la Clínica AMI y el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja.

Hombre de palabra, puntual, serio, honesto y predecible, el Dr. Merlano se destacó por su habilidad en la práctica anestesiológica y por ser una persona decidida que inspiraba seguridad a todo el equipo quirúrgico, lo que lo hacía líder en el quirófano; asimismo, demostraba gran experiencia en la parte organizacional del servicio de cirugía. Todas estas virtudes reunidas hicieron de él un gran profesional.

Muy dinámica fue su participación en ASMEDAS, donde tuvo gran influencia en luchas para mejorar las condiciones laborales del anestesiólogo; este propósito le deparó enfrentamientos con el Seguro Social por medidas que él consideraba lesivas. El Dr. Merlano se destacó por ser un luchador incansable en la dignificación del anestesiólogo y en el reconocimiento de la especialidad tanto a nivel regional como nacional.

Como líder gremial ocupó varias posiciones en diversas asociaciones. Fue presidente de la Sociedad de Anestesiología de Bolívar en varias ocasiones y es su socio emérito, fue presidente de la S.C.A.R.E. (1985-1987), presidente y gerente del Consejo Administrativo de la Cooperativa de Anestesiólogos de Bolívar (2004-2006), y miembro del Colegio Médico Colombiano y la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA).

El Dr. Merlano se retiró tempranamente del ejercicio de la profesión por problemas de salud, y le fue concedido el galardón Ombredanne de Oro en la LIII Asamblea General de Delegados el 30 de marzo de 2003 en Cartagena, por su incuestionable liderazgo académico y gremial.

JULIO ENRIQUE PEÑA BAQUERO: OMBREDANNE DE ORO 2005

El Dr. Julio Enrique Peña, nacido en Bogotá el 15 de abril de 1936, inició sus estudios de medicina en la Universidad Nacional de Colombia en 1954, y en 1959 hizo el internado rotatorio en el Hospital San Juan de Dios. En 1961, después de concluir la medicatura rural en Ubaté y Chocontá, regresó al Hospital San Juan de Dios para realizar la especialización de anestesiología, que en ese entonces se caracterizaba por ser más práctica que teórica, pues tenía mucho volumen asistencial (17).

Cuando terminó la especialidad fue nombrado instructor asistente de la Universidad Nacional. Allí permaneció dos años antes de vincularse al Hospital Militar Central, donde laboró 24 años, seis de ellos como jefe del servicio de anestesia; allí se destacó por sus cualidades profesionales en cirugía cardiovascular, neuroanestesia, cirugía oftalmológica y obstetricia. De igual modo descolló por ser abanderado y precursor de la consulta preanestésica, a imagen, según él, del Dr. Parra de Cali.

El Instituto Materno Infantil y la Fundación Santa Fe de Bogotá también fueron escenarios de su vida profesional. Fue miembro honorario de la Sociedad de Oftalmología y del Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (1988-2001). Y en 1982 asistió como *fellow* a las unidades de cuidado intensivo y neuroanestesia de la Clínica Mayo en Rochester.

Se desempeñó como docente de estudiantes de posgrado de las universidades Nacional, Rosario, Nueva Granada y El Bosque. En su actividad como profesor siempre buscó darle mayor sustento científico a la formación del anestesiólogo con el aporte de las ciencias básicas. Desde su época de estudiante consideró al anestesiólogo un médico integral con conocimientos en todas las ramas de la medicina. Su labor educativa se extendió a los cursos de dolor de 1984 y 1985, con participación del Hospital Militar y la S.C.A.R.E., además de los 12 cursos de reanimación en todo el país con esfuerzos de instructores de la talla de los Dres. Jorge Osorio, Rafael Sarmiento, Fernando Flórez y Bernardo Ocampo.

El Dr. Peña ha tenido una larga trayectoria como editor, iniciada en el *Boletín de Anestesia* del Hospital San Juan de Dios, realizado entre residentes e instructores bajo la batuta del Dr. Germán Muñoz, quien instaba a la producción de artículos, reportes de caso o reseñas de seminarios. Ya con esta experiencia empezó a colaborar en la *Revista Colombiana de Anestesiología* y asumió su dirección de 1997 a 2009. Su labor en la revista permitió que, incluso en tiempos difíciles, esta se mantuviera en circulación y elevara cada día su nivel científico, haciendo posible su indexación en Publindex y bases bibliográficas internacionales. Entre las muchas gestiones que efectuó el Dr. Peña en pro de la revista, cabe resaltar el contrato con el Laboratorio Abbott, por el cual este la distribuyó en varios países de la región, lo que la convirtió en una ventana científica para la anestesiología latinoamericana.

Lideró el Primer Comité de Seguridad de Anestesia y participó en la elaboración del Estatuto de Seguridad en Anestesia, que hizo posible el diseño y publicación de las primeras Normas Mínimas de Seguridad, con un Comité Editorial conformado por los Dres. Tiberio Álvarez, Mario Granados, Arnobio Vanegas, Sebastián Merlano, Alfredo León y Manuel Galindo. En 1984 se presentaron estas Normas Mínimas en la Asamblea de Paipa, un año antes que las publicadas por la Sociedad Americana de Anestesiología. También se encargó de conformar el primer Comité de Dolor de la S.C.A.R.E.

El Dr. Peña fue secretario de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología en 1966; y fue secretario ejecutivo de la S.C.A.R.E. en 1975 y su presidente en el periodo 1983-1985. En el ejercicio de este último cargo, entre sus múltiples ejecutorias, cabe mencionar el impulso a la campaña, aún hoy vigente, de "un solo paciente para un solo anestesiólogo", la cual se propone evitar la práctica ilegal y riesgosa de las anestesias simultáneas. También se ocupó con especial tesón del mejoramiento del cuidado posanestésico, al que hasta entonces no se le otorgaba mayor importancia.

En 2005 recibió el premio Ombredanne de Oro como reconocimiento y gratitud por sus aportes al desarrollo de la especialidad en los aspectos científico, gremial, educativo y divulgativo.

FERNANDO IGNACIO FLÓREZ BURGOS: OMBREDANNE DE ORO 2007

El Dr. Fernando Ignacio Flórez Burgos nació en Barranquilla el 19 de agosto de 1935. Con esfuerzo logró alcanzar su sueño de bachiller, el de estudiar medicina en la Universidad Nacional de Colombia, por la calidad académica de esta y su pluralismo ideológico (18).

En sus estudios de pregrado padeció las acciones de fuerza de la dictadura del General Rojas Pinilla. Los días 8 y 9 de junio de 1954, en el marco de la conmemoración del 25 aniversario del asesinato de Gonzalo Bravo Páez, estudiante de cuarto año de Derecho, a manos de la Guardia Presidencial de Miguel Abadía Méndez, miembros de la fuerza pública ingresaron a los predios de la Universidad Nacional y ocasionaron la muerte de Uriel Gutiérrez Restrepo, estudiante de Medicina y Filosofía, junto a la de 12 personas más. Al día siguiente los estudiantes marcharon hacia el palacio presidencial en señal de protesta, entre ellos Fernando Flórez, quien milagrosamente sobrevivió tras recibir un impacto de proyectil en la cabeza, en la región temporal, que no alcanzó a comprometer la masa encefálica; solo hubo esquirlas en las meninges, lo que le valió el mote de "cabeza de plomo".

El Dr. Fernando Flórez Burgos se graduó como médico en 1959, después de haber tenido experiencia en el banco de sangre y anestesia del Hospital San Juan de Dios. Después, en 1962, tuvo el honor de formar parte de la primera promoción de anestesiólogos de la Universidad Nacional de Colombia. Entre 1963 y 1965 estuvo en el Centro Internacional de Anestesiología de Copenhague, como becario de la Organización Mundial de la Salud. Durante su estancia en Europa realizó rotaciones en Uppsala, Suecia, y en el Reino Unido. Allí conoció a eminentes profesores que lo marcaron para toda la vida: Heenning Ruben del Instituto Finsen, William Derek Wylie y Harry Churchill-Davidson del Hospital St. Thomas de Cambridge, y Martin Hondal y Norlanden en Uppsala.

De Copenhague trajo a Colombia el programa de reanimación cardiorrespiratoria junto con material didáctico. Llegó acompañado del primer maniquí que se conoció en el país, del primer respirador manual de la época, la cánula de Ruben, y un fibrobroncoscopio. Este material enriqueció la docencia no solo en la Universidad Nacional, sino también en otras universidades de diferentes lugares del país.

Fue elegido instructor asistente de anestesiología en la Universidad Nacional justo cuando culminó su residencia, y a partir de entonces inició su carrera como profesor universitario. Más tarde, tras su regreso al país, ingresó de nuevo a su alma máter; en 1967 fue ascendido a profesor asistente de anestesiología y un año más tarde remplazó al Dr. Germán Muñoz en la jefatura del posgrado. Desde la academia, el Dr. Flórez se convirtió en un adalid del prestigio de la especialidad y de la seguridad del paciente. Participó en la formación de más de 150 anestesiólogos de 32 promociones, que orgullosamente manifiestan haber sido parte de la "Escuela de Anestesia del profesor Flórez".

Fue vicepresidente y presidente de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, desde donde le correspondió sortear la crisis con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), ahora Instituto de Seguros Sociales (ISS), en 1972 y 1973. En 1954 se estableció un contrato entre la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y el ICSS para la prestación de servicios de anestesia en el departamento, lo que hizo posible que la gran mayoría de sus miembros activos trabajaran en él bajo las condiciones aceptadas por las partes. Sin embargo, ante la intención del Seguro de finalizar el contrato y después de duros intentos de negociación, el 30 de junio de 1973, a la media noche, la Sociedad rompió las conversaciones, entregó los servicios y prohibió a sus miembros aceptar cargos en el ICSS. Así fue como el Gobierno dispuso que el ISS se hiciera cargo del nombramiento de los anestesiólogos, muchas veces sin consideraciones acerca de su formación académica específica, lo que suscitó altos índices de morbimortalidad. "El ICSS trató por todos los medios lícitos e ilícitos de conseguir anestesiólogos y lo único

que logró contratar fue un grupo de 'prácticos' sin escuela y con experiencia muy pobre" (11). Pero al Dr. Flórez le tocó sufrir gran cantidad de eventos adversos, insolidaridad del gremio médico, "canibalismo laboral" y manejo arbitrario del Gobierno de la oferta y la demanda. La Sociedad Cundinamarquesa

[…] se mantuvo increíblemente unida durante un mes largo […] súbitamente esta [resistencia] se derrumbó y la Junta capituló ante las directivas del ICSS. De esto quedó una Sociedad traumatizada, dividida por los resentimientos y suspicacias que duraron mucho tiempo y que al final, años después, la inteligencia de sus dirigentes subsanó, resurgiendo una nueva Sociedad fuerte y unida (11).

El Dr. Flórez hizo parte del primer Comité Editorial de la *Revista Colombiana de Anestesiología*, y hoy recuerda aquellas épocas duras en las que, en compañía del Dr. Jorge Osorio, se ocupaba de conseguir dinero para evitar que la revista desapareciera. Con enorme satisfacción admite que esta revista es uno más de los muchos motivos de orgullo de la S.C.A.R.E.

El Dr. Flórez recibió el Ombredanne de Oro en la Asamblea de Delegados del 18 de marzo de 2007, en honor a una carrera brillante de sembrador y luchador por los intereses de sus colegas.

CARLOS CELIS CARRILLO: OMBREDANNE DE ORO 2009

El Dr. Carlos Celis Carrillo nació en Cúcuta en 1926 y se graduó como médico en la Universidad de Antioquia el 30 de enero de 1953. En el pregrado asistió a cursos del Dr. Juan Marín y efectuó prácticas obligatorias de anestesia durante el internado en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín (19).

Con este entrenamiento de base, se vinculó como anestesiólogo al Hospital San Juan de Dios de Cúcuta. Allí empezó a utilizar la máquina de Mackenson, a inducir a los pacientes con pentotal, relajación con succinilcolina y tucurín (d-tubocurarina) e intubación traqueal, y manejo en el transoperatorio con respirador, con agentes inhalatorios como ciclopropano, éter y óxido nitroso. Esta experiencia lo habilitó para formar parte del primer grupo de anestesiólogos certificados por ASCOFAME en 1965, previa comprobación de su experiencia, idoneidad y capacitación.

El Dr. Celis participó en la creación de la Sociedad Nortesantandereana de Anestesiología (SNARE) en 1958, junto a los Dres. Rosendo Cáceres Durán y Jorge Cruz Gómez, y desde allí inició su labor en pro de un ejercicio de la profesión más seguro y reconocido.

Se interesó por la política, y mediante elección popular ascendió escaños como concejal de Cúcuta y de cuatro municipios más, diputado de la Asamblea Nortesantandereana, Representante a la Cámara y Senador de la República. Desde esta última posición hizo un gran aporte a la anestesiología en Colombia, mediante la presentación de la ponencia que dio origen a la promulgación de la Ley 6ª de 1991; motivado por la necesidad de otorgar todas las garantías científicas a los pacientes en sus intervenciones quirúrgicas, participó en la elaboración del proyecto de ley, con varios anestesiólogos de la S.C.A.R.E. y la colaboración de las sociedades departamentales. Este fue un trabajo muy dedicado y riguroso liderado por el Dr. Ignacio Ruiz, quien hizo posible la elaboración y el trámite ante el Congreso del correspondiente proyecto de ley.

La aprobación de la Ley no fue fácil, ya que estaban en juego los intereses económicos de las instituciones privadas que contrataban a personal no especializado para realizar las prácticas de anestesia. Además, cuando se presentó el proyecto ante el Congreso, 40 médicos de otras especialidades ejercían como parlamentarios, y no entendían la razón por la cual una especialidad se reglamentaba por ley y las demás no. "Con bastante gestión y cabildeo regional de las seccionales con la representación parlamentaria, se aprobó en la Cámara por tres periodos, pero al llegar al Senado, la engavetaban" (19).

El Dr. Celis ejerció como anestesiólogo en la Clínica San Juan de Dios, la Clínica Santa Ana, el Hospital de Tibú, la Fundación Barco

ALBERTO VANEGAS SAAVEDRA: OMBREDANNE DE ORO 2011

y la Fundación Mario Gaitán Yaguas. Combinó su práctica médica con actividades en beneficio de la salud comunitaria, las cuales lo llevaron a destacarse como líder transformador en su región. Fue Secretario de Salud del departamento de Norte de Santander (1967-1970) y director regional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (1974-1976).

Su aporte al gremio de anestesiólogos fue significativo, no solo por su participación en la fundación de la Sociedad Nortesantandereana de Anestesiología, de la que fue cofundador y presidente en 1979, sino por su condición de líder social y gremial, que se vio reflejada en su designación como presidente de la S.C.A.R.E. entre 1979 y 1981.

El aporte más destacado del Dr. Celis fue su gestión en el Senado de la República para la aprobación de la Ley 6ª de 1991, que reglamenta el ejercicio de la anestesiología en el país. Estuvo activo en su profesión hasta cumplir los 75 años y continuó comprometido con actividades de contenido social a través de su participación en la Liga Contra el Cáncer, en compañía de su esposa Ligia y sus hijos María Inés y José Joaquín.

El Dr. Alberto Vanegas Saavedra nació en Ibagué en 1935, cursó la secundaria en Bogotá en el Colegio San Bartolomé y estudió medicina en la Universidad Nacional de Colombia. Realizó el internado en el entonces el Hospital Universitario de Caldas y se graduó de médico en 1960. Desde el tercer año de medicina le permitieron ingresar al quirófano, y allí le llamó poderosamente la atención la labor del anestesiólogo en el manejo de la fisiología del paciente, de manera que el quirófano se convirtió para él en una especie de adicción, lo que le posibilitó una buena práctica como aprendiz de anestesia en el pregrado. Durante el internado en Manizales también tuvo experiencia en anestesia de la mano del Dr. Gustavo Gómez Calle (20).

Aunque inició la residencia en el Hospital San Juan de Dios con la Universidad Nacional, recibió el diploma número 32 de anestesiólogo por parte de ASCOFAME. En 1966, como becario del gobierno de Bélgica, tuvo la oportunidad de estudiar seis meses en la Universidad Libre de Bruselas; con esta beca se beneficiaron 40 personas de todas partes del mundo, entre ellos dos latinoamericanos. Fue discípulo del Dr. Joris de Castro, quien describió la neuroleptoanestesia I y II, la primera con fenoperidina y haloperidol, y la segunda con fentanilo y dehidrobenzoperidol. El Dr. Joris de Castro fue para él su padre, maestro y amigo; entre otras cosas, le enseñó a enseñar y puso a su disposición su biblioteca personal y la de su esposa, quien también era anestesióloga. Durante su estadía de cuatro años en Europa realizó rotaciones en hospitales de universidades de Alemania, Francia e Inglaterra.

El Dr. Vanegas participó en la formación de anestesiólogos de nueve universidades, y estima que tuvo que ver con el entrenamiento de 457 anestesiólogos de muchos lugares del territorio nacional e incluso del extranjero, en muchas ocasiones por fuera de convenios. Dada su intensa actividad internacional, el Dr. Vanegas tuvo la oportunidad de adquirir una visión comparada de la anestesiología a nivel mundial, y de la formación del anestesiólogo en notables y diversas universidades y centros de entrenamiento en el planeta, lo cual revirtió en su propia actividad docente.

Su libro *Anestesia intravenosa*, que ya cuenta con tres ediciones y una cuarta en proceso, ha sido un texto de gran utilidad, cuya distribución se ha llevado a cabo en Colombia y en toda La-

tinoamericana. Su destacada actividad científica le ha hecho merecedor de la honrosa designación como miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

Su experiencia profesional se desarrolló en diferentes instituciones, entre ellas: Hospital de la Misericordia, cuando aún se utilizaba el Ombredanne; Hospital San José; Hospital San Juan de Dios; Clínica San Pedro Claver, donde fue coordinador del servicio de anestesia; y Clínica del Country, de 1971 a 2012, año en que se retiró definitivamente del ejercicio profesional.

Participó en la creación de la Federación Internacional de Anestesia Intravenosa y fue su primer presidente por un periodo de cinco años. En este contexto, en 2013, se realizó el Primer Congreso Global de Anestesia Total Intravenosa en Cartagena, en el marco del XXX Congreso Colombiano de Anestesia.

Su liderazgo gremial ha sido significativo y le ha permitido ser miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, así como secretario ejecutivo y presidente del Comité de Anestesia Endovenosa de la S.C.A.R.E.

En 2011 le fue otorgado el Ombredane de Oro por sus méritos indiscutibles.

El doctor Alberto Vanegas es reconocido nacional e internacionalmente por haber estudiado con tesón la anestesia intravenosa y por haberse convertido en el impulso de la aplicación y divulgación científica de la técnica, y de la farmacología que la soporta, a través de la docencia teórica, la práctica clínica y los numerosos foros, cursos y congresos que ha organizado y en los que ha participado. En su relación con la S.C.A.R.E. ha dirigido el Comité de Anestesia Intravenosa, desde el cual ha mantenido procesos educativos permanentes, apoyados en relaciones internacionales de alta significación, que se ratifican permanentemente con la participación de conferencistas extranjeros en todas las actividades científicas que están bajo su responsabilidad (21).

CECILIA CORREA DE RAMÍREZ: OMBREDANNE DE ORO 2013

La Dra. Cecilia Correa de Ramírez, nacida el 20 noviembre de 1940 en Guática, Risaralda, se ha caracterizado por ser una persona inteligente, introvertida y sorprendentemente abnegada con las responsabilidades que asume. Se graduó como médica en la Universidad de Caldas en 1955. Su promoción inició con 60 estudiantes, 54 hombres y 6 mujeres, de los cuales sólo lograron obtener su titulación 12 hombres y ella (22).

En 1967 la entonces Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas reabrió el programa de Anestesia y la Dra. Correa ingresó allí para realizar su residencia, la cual culminó con un trabajo sobre bloqueo del plexo axilar.

Ya como anestesióloga, la Dra. Correa se vinculó ocho años a la Universidad de Caldas y al entonces Hospital Universitario de Caldas. Al Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro dedicó 36 años de su vida profesional. El trabajo con los niños le generó muchísimas satisfacciones, si bien las condiciones hospitalarias no siempre fueron las mejores.

Como docente, la Dra. Correa tuvo una enorme importancia, y participó en la formación de varias generaciones de anestesiólogos de

Hasta 2015 la Sociedad ha hecho entrega del Ombredanne de Oro a 13 ilustres anestesiólogos que se han destacado por sus aportes significativos al desarrollo y consolidación de la especialidad, en los ámbitos de la administración, la academia y la actividad gremial.

muchos lugares del país, quienes han logrado un desempeño profesional destacado y le reconocen el gran aporte a su formación. La actividad investigativa y la producción académica no le fue ajena, y en ese sentido tuvo destacada participación en muchos congresos de anestesiología.

Participó muy activamente en el programa Operación Sonrisa, que con la batuta de la Dra. Colombia Quintero hizo posible la atención de centenares de niños con labio leporino y paladar hendido. En dicho programa, la Dra. Correa hizo gala de una gran experticia en anestesia pediátrica que fue ejemplo para los anestesiólogos colaboradores, tanto nacionales como internacionales.

El programa de quemados también fue enriquecido por la Dra. Correa, quien contribuyó al mejoramiento de las técnicas para el manejo de los pacientes. Su entrega a los pacientes antes, durante y después de la anestesia da cuenta de su ejemplar ejercicio profesional, pues nunca perdió de vista la búsqueda del bienestar y el óptimo cuidado de aquellos. Tiene una sorprendente capacidad para reconocer el dolor en los niños, y sabe diferenciar de manera acertada el llanto de hambre, de dolor y de rabieta. Participó en el diseño de un programa preanestésico domiciliario dirigido a las familias y al niño, con miras a que este llegará más tranquilo a la cirugía.

Dada su importancia en el ejercicio profesional, la Dra. Correa fue presidente de la Sociedad Caldense de Anestesiología y de la Academia de Medicina de Caldas. Si bien se retiró en 2002, aún sigue activa en la Sociedad y en la Academia.

La Dra. Cecilia Correa de Ramírez es la única mujer que hasta el momento ha sido distinguida con el Ombredanne de Oro, reconocimiento otorgado en 2013 por su ejercicio destacado en anestesia pediátrica, su papel como docente ejemplar y su aporte al desarrollo académico de la especialidad.

JOSÉ FRANCISCO LEÓN ESMERAL: OMBREDANNE DE ORO 2015

El Dr. José Francisco León Esmeral nació en Sabanalarga, Atlántico, el 9 de marzo de 1944. Estudió medicina de 1965 a 1971 en la Universidad de Cartagena, la única oportunidad que entonces tenían los estudiantes del Caribe colombiano. Refiere que en 1967, mientras estudiaba allí, tuvo la oportunidad de entablar relaciones académicas con médicos norteamericanos que llegaron al país en el buque de medicina *Hope*, con tecnología y deseos de enseñar los últimos adelantos de la ciencia médica, los cuales se sorprendieron con la excelente formación clínica y el sentido humanitario de los médicos locales (23).

El Dr. León Esmeral fue el primer graduado del programa de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena en 1974, e inició su vida laboral como anestesiólogo en el Hospital de Barranquilla, donde rápidamente se involucró en la defensa de algunos colegas que habían sido despedidos y en la lucha por la dignificación salarial de los anestesiólogos.

Aportó a la reorganización de la Sociedad de Anestesia del Atlántico, dotándola de un enfoque científico y gremial, ya que antes su orientación era más "comercial y social". Lleva 45 años colaborando con la Asociación Médica Sindical ASMEDAS, donde ha ocupado sucesivamente todos los cargos de la Junta Directiva Seccional y ha sido miembro de la Junta Directiva Nacional. En varias ocasiones ha integrado las comisiones negociadoras de pliegos de peticiones.

Se enorgullece de su papel combativo en defensa de los derechos laborales del médico servidor público, y de su destacada participación en movimientos sindicales como el paro nacional médico de 1977, por el cual el Gobierno terminó aceptando todas las pretensiones de los galenos.

Por 42 años se ha desempeñado como docente en la Universidad Libre, donde es profesor titular y participó en la creación de la Facultad de Medicina y la cátedra de anestesiología en el pregrado. En la Universidad del Norte fue profesor de cátedra de 1975 a 1989. Realizó trabajos sobre las complicaciones de la anestesia regional, la anestesia general con halogenados y sus implicaciones clínicas.

En la Sociedad de Anestesiología y Reanimación del Atlántico ha ocupado diversas posiciones en la Junta Directiva, así como en la S.C.A.R.E., donde participa desde hace 38 años y ha sido miembro de la Junta Directiva Nacional en dos ocasiones. Desde allí impulsó la idea de crear condiciones de igualdad entre las distintas regionales de la Sociedad, lo que llevó a que el bloque de la región Caribe obtuviese mayor preponderancia, para lo cual hubo necesidad de cambiar los estatutos y descentralizar la sede de los congresos académicos.

Realizó su labor asistencial de anestesiólogo hasta la edad de 67 años. Sin embargo, sigue haciendo consulta preanestésica y no ha dejado de atender a uno que otro paciente en consulta médica general. Este ejercicio le ha brindado la oportunidad de hacer prevención y promoción de la salud.

El Dr. León Esmeral, además, ha sido miembro activo y promotor del sindicato gremial Asociación de Profesionales Anestesiólogos Permanentes, que promueve los intereses profesionales, económicos y de bienestar de todos sus afiliados, vinculados mediante la prestación de servicios de anestesia y los subprocesos de preanestesia y posanestesia.

El Dr. José Francisco León Esmeral fue galardonado con el Ombredanne de Oro en 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nesi JA. El aparato de Ombredanne. Argentina; 2014.
2. S.C.A.R.E. Acta N° 15. Libro de actas de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Bogotá; 1968. p. 89.
3. S.C.A.R.E. XXX Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Libro de actas N° 25. Bogotá; 1983.
4. Valencia Jaramillo N. Entrevista con el Dr. Tiberio Álvarez y el Dr. Jairo Restrepo. Navarro R, Gartner L, editores. Medellín: S.C.A.R.E.; 2016.
5. Valencia Jaramillo N. Entrevista con la familia del Dr. Nacianceno Valencia. Gartner L, Navarro R, editores. Medellín: S.C.A.R.E.; 2016.
6. Sarmiento Montero R. Entrevista con la familia del Dr. Rafael Sarmiento. Gartner L, Navarro R, editores. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.
7. Ocampol Trujillo B, Peña Baquero JE. Rafael Sarmiento Montero. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.
8. Reanimación SCdAy. Acta de la XXI asamblea general ordinaria. Bogotá: S.C.A.R.E; 1982. p. 38-80.
9. Osorio Reyes J. Entrevista personal. Gartner L, editor. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.
10. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE. Jorge Osorio Reyes. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.
11. Herrera Pontón J. Historia de la anestesia en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 1999.
12. Arrázola Merlano M. Entrevistas con el Dr. Tiberio Álvarez y el Dr. Jairo Restrepo. Gartner L, Navarro R, editores. Medellin: S.C.A.R.E.; 2016.
13. Arrázola Merlano M. Entrevista con el Dr. Bernardo Ocampo. Gartner L, editor. Manizales: S.C.A.R.E.; 2016.
14. Ocampo Trujillo B. Entrevista personal. Gartner L, editor. Manizales: S.C.A.R.E.; 2016.

15. Vanegas Ángel A. Entrevista personal. Gartner L, editor. Cali: S.C.A.R.E.; 2016.

16. Merlano Mesa S. Entrevista personal. Gartner L, Navarro R, editores. Cartagena: S.C.A.R.E.; 2016.

17. Peña Baquero JE. Entrevista personal. Gartner L, editor. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

18. Flórez Burgos F. Entrevista personal. Gartner L, Navarro R, editores. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

19. Celis Carrillo C. Entrevista personal. Gartner L, editor. Cucutá: S.C.A.R.E.; 2016.

20. Vanegas Saavedra A. Entrevista personal. Gartner L, editor. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2016.

21. Ocampo Trujillo B, Peña Baquero JE. Alberto Vanegas Saavedra. En: Pioneros e ilustres de la anestesia en Colombia I. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2012.

22. Correa de Ramírez C. Entrevista personal. Gartner L, editor. Manizales: S.C.A.R.E.; 2016.

23. León Esmeral JF. Entrevista personal. Gartner L, editor. Barranquilla: S.C.A.R.E.; 2016.



Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación S.C.A.R.E.