

Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología

- Bodas de Oro -

Dr. Valentín Malagón**, José A. Delgado PhD.^, Dr. Eduardo Bustillo***, Dr. José Navas****, Dr. Jaime Quintero-Esquerro*****, Dr. Alberto Restrepo,*****, Dr. Benjamín Rivera (+)*****, Dr. Eduardo Rodríguez*****. Liliana M. Gómez (PT)^^

RESUMEN. Se hace una revisión analítica de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCCOT) en la conmemoración de su quincuagenario. Se tiene en cuenta una amplia perspectiva histórica, social, económica y ética. Durante el período transcurrido la medicina pasa a ser privada y exclusiva para una minoría, a ser socializada y tratar de abarcar toda la población. La superespecialización, los adelantos de la ciencia, la técnica y la tecnología permiten mejorar la calidad de la atención médica aunque la hace más costosa y despersonalizada. Por lo demás la pretensión de cobijar a toda la población no se consigue. Se presentan soluciones relacionadas con cambios en educación, modificación del curriculum universitario, producción científica, superespecialización, práctica médica, relación médico-paciente, costo beneficio del acto médico y bienestar profesional.

En las postrimerías de la presente centuria y milenio, y en la conmemoración del cincuentenario de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, un grupo de miembros de la Sociedad, la mayoría de ellos expresidentes y honorarios, han querido estar presentes en este Congreso para hacer un examen del medio siglo transcurrido, y que ha tenido como epicentro nuestra Sociedad de Ortopedia. De la misma manera, tratar de echar una mirada hacia el futuro en el cual navegará la nave de la SCCOT, intentando dar algunas soluciones a dudas y conflictos que apreciamos en el presente.

Los años que estamos dejando atrás están arrollados por formidables mutaciones tecnológicas, persistentes desórdenes económicos e impredecibles trastornos ecológicos. Estas serias alteraciones han perturbado el desarrollo social, ha dado lugar a preocupantes desigualdades, a la aparición de nuevas formas de pobreza y exclusión, a crisis de la relación valor-trabajo, de profundo malestar del pobre, progresión de lo irracional, amén de preocupaciones éticas y morales (10).

En el medio local y profesional que nos rodea y nos absorbe, además de los problemas comunes a la humanidad que se han mencionado y que a

* Estudio presentado en forma de casete-video, en la Sesión Inaugural del XLI Congreso de la Sociedad Colombiana de Ortopedia Comemorativa de las Bodas de Oro de la SCCOT, el día 9 de Octubre de 1996.(38)

**Dr. Valentín Malagón, Ex Presidente SCCOT. Coordinador del Simposio

^ Dr. José A Delgado. PhD en Filosofía y Educación.

***Dr. Eduardo Bustillo, Ex Presidente de la SCCM.

**** Dr. José Navas. Ex Presidente de la SCCOT. 1994

***** Dr. Jaime Quintero Esquerro. Ex Presidente de la SCCOT. 1950

***** Dr. Alberto Restrepo, Comité Editorial de la Revista SCCOT.

Dr. Benjamín Rivera (+), Ex Presidente de la SCCOT. 1988

***** Dr. Eduardo Rodríguez, Ex-Presidente de la SCCOT. 1971

^^ Liliana N Gómez, Licenciada en Periodismo.

veces despreciamos, otras preocupaciones, inherentes a nuestra condición de médicos especialistas nos debe mover a reflexión. Entre éstas sobresalen, la consolidación de la medicina social, la tendencia creciente a la sobreespecialización, nuestra pobre producción científica y nuestra misma condición de especialistas, así como su incierto futuro.

Cuando se planeaba este simposio, una **hipótesis** se sentó como base de discusión, la cual se ha pretendido demostrar en el curso del trabajo que estamos presentando. Es la siguiente:

La ciencia en general, y la ortopedia en particular, han avanzado en una forma prodigiosa en los últimos 50 años. El ejercicio profesional se ha modificado por los cambios sociales sucedidos en ese tiempo. Por las características que atraviesa la humanidad, el hombre ha tratado de ser remplazado por la técnica que ha creado, y el ejercicio liberal y privado de la profesión, por el control estatal o empresarial, todo lo cual trata de deshumanizar su práctica médica.

Las consecuencias de estos cambios son aparentemente: un deterioro de la condición del médico y de la atención del enfermo, que lejos de mejorar la conveniencia del paciente y el bienestar del médico, las limita, afectando la relación médico-paciente y el pleno y satisfactorio ejercicio profesional.

De confirmar esta hipótesis se impone a las nuevas generaciones la tarea de recapitular o de jerarquizar lo que se ha logrado hasta la fecha, aceptando los hechos positivos y enjuiciando los que consideramos perjudiciales para el bienestar del médico y del paciente.

Hemos planeado nuestra disertación presentando **inicialmente el marco histórico-social en el cual se ha desarrollado el medio siglo**, durante el cual se ha desenvuelto nuestra Sociedad Colombiana de Ortopedia, lo cual permite comprender su desarrollo, sus logros, decepciones y esperanzas.

Se presenta a continuación una *Revisión analítica de la Sociedad desde su creación hasta el momento actual*. Cabe la pena anotar que paralela a esta semblanza histórica y social de la SCCOT, uno de nuestros panelistas, el Dr. Benjamín Rivera, historiador de la Sociedad, ha publicado un libro sobre la SCCOT en el que narra en forma pormenorizada, detalles biográficos de sus figuras más representativas, lo cual hace innecesario que en este simposio nos detengamos a describir ese importante aspecto.

Finalmente se hace una **Discusión del material presentado**, se pondrá en evidencia los problemas que se han generado en el campo médico y social, y de los cuales ha sido testigo de excepción la Sociedad de Ortopedia, dificultades que continúan vigentes y que se proyectan en el futuro, tratándose de abrir caminos en búsqueda de su posible solución.

SCCOT 50 Años

- * *Introducción al Simposio*
Doctor **José A. Delgado Ph D., PB.**
- * *Marco Histórico Mundial*
Doctor **Jaime Quintero-Esguerra**
Doctor **Eduardo Rodríguez-Franco**
- * *Adelantos de la Ciencia, Biología, Ortopedia y Medicina Social*
Doctor **Valentín Malagón-Castro**
Doctor **Alberto Restrepo-Betancourt**
- * *Revisión Crítica de la Ortopedia en Colombia*
Doctor **Eduardo Bustillo-Sierra**
Doctor **Benjamín Rivera-Pico**
Doctor **José Navas Sanz de Santamaría**
- * *Discusión: Revisión de 50 Años de Historia de la SCCOT, Estado Actual de la Ortopedia Y Perspectivas en el Año 2000*
Doctor **Valentín Malagón-Castro**
- * *Resumen y Conclusiones*

Introducción

José A. Delgado PhD.,PB

Este Simposio es el producto de un trabajo conjunto e Interdisciplinario de Ciencias médicas y humanísticas.

Se cuenta con Valores comunes, como son:

- * Recuperación del valor prioritario del ser humano
-Razón primera de nuestro ejercicio profesional y la
- * Contribución al desarrollo sostenible, la posible felicidad, y la existencia digna.

Pretendemos en él :

- * Esbozar la evolución histórica de la realidad mundial y sus repercusiones en la práctica médica;
- * Mostrar la situación actual que no es exclusiva de Colombia, de la Medicina o de la Ortopedia Nacional;
- * Señalar soluciones para el futuro, aplicables a nuestras circunstancias sociales propias.

En el Simposio se debatirán las siguientes reflexiones:

- * La recuperación del valor prioritario del ser humano y la razón primera de nuestro ejercicio profesional;
- * El Mundo actual se caracteriza por dos grandes fuerzas:
 - Las leyes del mercado.
 - La globalización de la información, que hace que cada vez seamos mas homogéneos en el pensamiento al recibir todos la misma información.

Este mensaje pregona el individualismo excluyente y la cultura del éxito basada en los logros económicos, restando a su vez importancia a la solidaridad como valor humano.

Inquietudes Compartidas

- * Búsqueda de alternativas frente a soluciones únicas basadas en la incuestionada sabiduría de las leyes del libre mercado.
- * Crítica al individualismo y consumismo. A favor del énfasis en la equidad, la solidaridad y la responsabilidad social.
- * Preguntas abiertas y Desafíos para nosotros como Profesionales.

Nota del Coordinador

Los Capítulos: Marco Histórico Mundial, Adelanto de las Ciencias y Revisión Crítica de la Ortopedia en Colombia no han sido posible publicarlos por limitación de espacio. En las Bibliotecas de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Colombiana de Ortopedia se encuentra el texto completo, y en ellas puede consultarse.

Discusión

Doctor Valentín Malagón-Castro

Hipócrates en el Siglo V-IV a.J. dominó, además de las ciencias médicas, las afecciones congénitas, adquiridas y traumáticas del Aparato locomotor. La Cirugía, denominada así por Celsus 110 A.D. y Galeno 130-200 A.D., tuvo un pasado de cierta importancia en la alta Edad Media. Ambrosio Paré en el siglo XVI divulgó sus enseñanzas sobre este arte, muchos de cuyos conceptos tienen vigencia aún en nuestros días. Después del Renacimiento la cirugía tuvo un periodo de decadencia durante el cual dejó de considerarse una especialidad médica. Hace dos siglos y medio

Andry creó el término Ortopedia y en cierta manera la especialización.

A finales del siglo pasado la cirugía recuperó su puesto como una rama de la Medicina, primero en forma de cirugía general, y a medida que fue progresando, por especialidades. El cirujano general hasta mediados del presente siglo trataba los problemas ortopédicos. Tan solo cedió el tratamiento de las fracturas al ortopedista hasta los años 60 del presente siglo. El cirujano de niños, hasta hace también 50 años, atendía los problemas de la ortopedia infantil.

En Europa existieron pioneros que ya en el siglo XVIII y XIX se dedicaron exclusivamente a la Ortopedia. Sin embargo alrededor de 1900 nuestra especialidad era poco más que un nombre en la mayoría de los países. (9)

En los EE.UU de A. la cirugía ortopédica pudo desarrollarse independientemente de la cirugía general y fue una especialidad bien definida desde finales del siglo pasado. En efecto en 1887 se fundó allí *The American Orthopaedic Association*, quizá la Sociedad más antigua de todas las de ortopedia. Tan solo en el siglo XX se crearon sociedades ortopédicas en Europa. La primera cátedra de ortopedia en los Estados Unidos fue fundada en 1861 en el *Bellevue Hospital* de New York, y la segunda en 1883 en la Universidad de Harvard. En algunos países europeos como Francia, en París en 1932, y en España, Universidad de Navarra en 1968.

En Colombia la primera cátedra de ortopedia fue creada en 1940 y de ortopedia infantil en el Colegio de N.S del Rosario en 1960.

Fue en el año 1946 cuando se organizó, entre nosotros, la Sociedad Colombiana de Ortopedia, acogiendo a un pequeño grupo formado por 11 cirujanos interesados por el aparato músculo-esquelético.

Su estructuración, así como la de otras especialidades de la medicina tuvo un soporte especial suministrado por la Misión Norteamericana Hunphrey; *The American Population Council*, que visitó a nuestro país en el año 1948. Esta misión tuvo gran influencia además, en la fundación de la Federación de Facultades de Medicina FEPAFEM, en la Acreditación de Hospitales y departamentos de cirugía. (12)

A partir de entonces la especialidad de ortopedia se desarrolló, con inusitada rapidez, tanto en el mundo como en nuestro país.

En la actualidad la SCCOT cuenta con 581 miembros (4),(1/64000hb)

En el curso de estos 50 años y siguiendo los modelos de países más desarrollados y en especial de los Estados Unidos, y por el adelanto y

complejidad de la especialidad, la ortopedia comenzó a subespecializarse por regiones del cuerpo y edad del paciente.

Un sinnúmero de subespecialidades del sistema músculo-esquelético emergieron en las últimas tres décadas. Este formidable y necesario adelanto de nuestra especialidad parece estar llegando a su culminación en las naciones más desarrolladas y existen indicios de que ya comienza a declinar.

De acuerdo con comunicaciones de estos países, (1-2), países a los cuales hemos tratado de seguir en su progreso, el médico está comenzando a regresar a su papel esencialmente global, y las especialidades quirúrgicas a disminuir su proceso evolucionista.

Por primera vez en siete años, más del 50% de los egresados de las facultades de medicina en los Estados Unidos, escogieron las disciplinas generalistas para continuar su entrenamiento de postgrado (1). En la actualidad la remuneración económica ofrecida a un médico familiar, recién egresado de una universidad americana supera a la de un especialista ya consagrado en otras ramas médicas más sofisticadas.

Dada nuestra adhesión a los postulados académicos de los países desarrollados del Norte, es de suponer que los cambios que se están llevando a cabo en ellos tendrán una gran influencia en nuestro futuro comportamiento médico-social.

Las costas de la medicina en general, y de la cirugía en particular, han aumentado considerablemente en los últimos años debido, en parte, a la creciente prolongación de la vida y al desarrollo incesante de la tecnología. La mayor parte de los instrumentos electrónicos y electromecánicos utilizados tanto en el diagnóstico como en la práctica quirúrgica y en especial en ortopedia son producidos en países industriales que fijan precios cada vez más altos por ellos. El continuo avance en la ciencia y en la tecnología han hecho que estos elementos continuamente se renueven, apareciendo otros más sofisticados con aparentes ventajas de los anteriores y con aumento obviamente de su valor.

La guerra de competencia y propaganda que tienen entre sí las poderosas casas comerciales que construyen o agencian estos productos, verdaderos monopolios que imponen finalmente sus condiciones, es permanente. El médico participa en este conflicto, atraído por los aparentes beneficios que ofrecen las nuevas perspectivas.

El abuso de esta tecnología avanzada y costosa, habitual en el especialista joven que no ve en la clínica la base del diagnóstico, y que basa en el

instrumento más actualizado la ayuda más apropiada para acompañar su destreza, aumenta la carga económica que el enfermo debe soportar, muchas veces sin estar preparado, y ante situaciones de emergencia como son todas aquellas que acompañan a accidentes imprevistos.

La asistencia estatal en salud establecida por los gobiernos ante la rebelión del proletariado que protestaba y se reivindicaba frente a las grandes desigualdades sociales en la defensa y la recuperación de la salud, cada vez más costosa e inaccesible por su costosa tecnificación, determinó, con justa razón, la socialización de la medicina y permitió el surgimiento de los seguros de enfermedad. Aunque ya existían rumores premonitores de su necesaria creación a mediados del siglo pasado, no fue hasta las postrimerías de la primera guerra mundial y sobre todo a raíz de la segunda cuando los países, cada uno a su modo, iniciaron una amplia socialización de la asistencia basado en un aseguramiento obligatorio o estatal y un aseguramiento voluntario, todo lo cual dio lugar a una asistencia más amplia.(3)

Vale la pena anotar al respecto, y de acuerdo con datos suministrados por el Ministerio de Salud que solo el 11% de la población colombiana está en la posibilidad de sufragar los gastos de su atención. El 21% del resto de esta población está cubierta por el ISS., y el 3% por las Aseguradoras privadas (5), quedando un 55% de la nación carente de recursos sanitarios.

El ingreso per capita en Colombia en el año 1992 fue de US\$ 1.330 dólares, 17 veces menor que el de los Estados Unidos (US\$ 23.240)

El gasto en Seguridad Social en relación al PIB fue en Colombia en 1980-81 de 3.7% El de Chile, en ese mismo año de 8.1.

El promedio en la Comunidad europea de 25.75% (13) El gasto público en salud en 1987 fue en Colombia del 6.54 del presupuesto nacional.(11)

Pese a estos contrastes los especialistas colombianos han seguido muy de cerca el modelo norteamericano de desarrollo y han implantado una tecnología similar, de manera que a pesar de nuestra incipiente capacidad económica y social el estado de nuestra técnica médica y de nuestra práctica profesional se encuentra, especialmente a nivel privado, muy a la par de los países industrializados, (7).

En nuestro país, a donde todas estas influencias exteriores llegan con retraso, la **Asistencia estatal**

en Salud se inició hace cincuenta años con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la aparición, años más tarde, de los Seguros de Enfermedad de naturaleza Privada.

La cobertura inicial de estos seguros sólo ha alcanzado hasta la fecha un 24 por ciento de la población, a pesar de que las metas promisorias refrendada por la ley 100 de 1993, aseguran que debe llegar a ser del ciento por ciento para el año 2.000.

Los cambios en asistencia social en Colombia, sucintamente descritos, naturalmente desestabilizaron y posteriormente conmovieron los fundamentos de la profesión médica, encargada de hacer parte preponderante en el liderazgo de dicha asistencia social. Si bien es cierto que el concepto de salud, entendido literalmente como presencia o ausencia de enfermedad, primordialmente y en forma simplista debe ser integrado por enfermos y médicos, la presencia de terceros o intermediarios como son el Estado con sus seguros obligatorios, y las Empresas privadas prestadoras de Salud, por otra, restaron a estos últimos, los médicos, su protagonismo e importancia, pasando a ocupar un papel secundario en sus designios.

Estos trastornos fueron especialmente sentidos por aquellos profesionales que no pudieron o no desearon participar activamente en estos procesos, quedando al margen de sus posibles beneficios.

De igual manera, aunque en menor forma, aquellos que lograron involucrarse al sistema, también sufrieron la sensación del cambio al ver su carga prestacional aumentada, a la vez que su tiempo y su independencia más comprometidos.

La nueva y necesaria asistencia social aportó en suma un moderado mayor cubrimiento de la salud a la población, una mayor participación al necesitado de los beneficios técnicos de la nueva medicina, y una seguridad frente a la enfermedad. Para el médico trajo, en cambio, una modificación en su *status*, una privación de su libertad profesional, y para una buena proporción de facultativos una disminución de ingresos con todas sus consecuencias. No sobra dejar constancia de que gran parte de los usuarios del Seguro Social obligatorio eran obreros o empleados de empresas públicas o privadas con un salario que les permitía acudir a una consulta modesta y si fuera el caso tratarse en un humilde hospital; y el Seguro privado por aquellas personas de una clase social media o alta, capacitadas para sufragar sin mayor problema los gastos de su atención médica y quirúrgica.

La asistencia social a no dudarlo ha tratado de cumplir una **misión encomiable** en la atención del

paciente necesitado. Sin embargo, su implantación un tanto sorpresiva en la sociedad, ha producido recelos de parte del médico, sobre todo del especialista, que se ha sentido vulnerado en su preeminencia y en sus derechos, roces profesionales entre él y el paciente, amen de trastornos en el ejercicio de la medicina y en la misma formación del médico.

El médico general se ha sentido esclavizado y obligado a cumplir una tarea agobiadora (examinar un paciente en el mínimo de tiempo), recompensado con un salario que apenas le permite sobre vivir.

Es necesario recordar que el médico históricamente ha estado colocado en un nivel social de privilegio implícito a su noble tarea de curar.

En la práctica, el perfil de médico, el requerimiento de cerca de 30 años de formación y toda una vida de educación continuada, su habilidad profesional y la exigencias que le demanda la sociedad, le confiere un estatus propio, que le exige un salario a la altura de sus condiciones.

El cirujano especialista añade a la situación del médico, ya descrita someramente, una mayor y más sofisticada información médica, actitudes de habilidad y destreza, características bien definidas de científico y de artista, mayor responsabilidad y vulnerabilidad ante los reclamos legales y más susceptibilidad a asumir tareas importantes de emergencia que ponen a prueba muchas veces su integridad física, especialmente en países como el nuestro tan cargado de violencia. Las condiciones señaladas hacen del cirujano especialista un profesional de alto nivel y como tal debe ser evaluado y recompensado.

Todas estas condiciones posiblemente envanecieron en el pasado a este grupo de profesionales y quizá por esto han sentido más el choque de las nuevas tendencias que lleva consigo la medicina social. Una actitud de mutua comprensión, de las empresas prestadoras de salud y este grupo de profesionales calmará con el tiempo sospechas y resquemores.

Los cambios de la medicina social que se han esbozado han influido en la relación médico-paciente. El médico como se ha dicho, ha sido sometido a un exceso de presión determinado por un acúmulo de servicio con el mínimo de tiempo, siguiendo el lema de la medicina actual, de máximo de eficacia con el mínimo de gasto, enfrentado a grupos de pacientes que en posesión de sus derechos reclaman, a veces con exceso de celo, ser atendidos más como personas que como objetos. El mutuo desconocimiento entre médico y paciente,

su mínimo contacto personal, la exigua confianza del paciente ante un médico que le ha sido impuesto, y finalmente la tecnificación y despersonalización de la medicina han alterado en grado sumo la relación médica. El poco tiempo de que se dispone en la consulta y la mínima comunicación entre paciente y médico, agravado por las falta de una adecuada educación del médico y del enfermo, que se manifiesta por la dificultad en la explicación técnica del médico y el pobre y aturdido entedimiento del paciente, ha disminuido aún más la relación médico paciente tan importante en la recuperación del enfermo.

Quizás una atención más personalizada, la libertad en la escogencia del médico, una mejor remuneración del acto médico disminuirían las tensiones entre profesionales y usuarios aumentando la confianza entre ellos, mejorando su relación y las ventajas que de ello se deriva.

La medicina social ha impuesto un cambio en la educación del médico y del especialista.

La medicina global, general o familiar base de la medicina social de nuestro tiempo, demanda para el inmediato futuro cambios conceptuales de la sociedad, del paciente, del interesado en seguir una carrera médica, del médico en ejercicio y del especialista. Requiere igualmente una nueva filosofía universitaria, una humanización de la enseñanza, una modificación del currículo, un cambio en el sistema de postgrado, en el proceso clínico hospitalario y en la mentalidad de los futuros especialistas.

La brevedad del espacio disponible no permite el análisis y la discusión de todas estas materias; Quizás **recomendaciones pertinentes** las sustituyan.

La comunidad debe entender la importancia de la medicina socializada, un tipo de medicina ya impuesta en el mundo entero que busca una igualdad social y una distribución global de los recursos de la salud a todos los individuos sin distinción alguno social o cultural. Una tarea muy ideal que demanda ahorrar energías, disminuir gastos y ganar eficiencia. La disciplina social es fundamental para cumplir con estos requisitos.

Esta Sociedad que ha implantado este tipo de cuidado general de la salud debe ser consciente del inmenso gasto que representa poner en marcha y sostener el costo de dicho plan de cubrir una población de 37 millones de personas, de las cuales un 77% de ellas carece de recursos. El plan nacional de salud que comprende cobijar a la totalidad de la población presenta de antemano elementos

negativos para su gestión. El ISS tienen un pasivo de más de \$ 60.000 millones de pesos y las Empresas privadas de seguros médicos tuvieron pérdidas de 5,000 millones de pesos en el pasado año (8)

En la actualidad los medios aseguran que la Seguridad social está en agonía en los países más desarrollados de Europa (12) y los recientes anuncios de restricción en la política de seguridad formulados por el presidente Clinton vaticinan igualmente cambios muy serios en esta materia en el futuro cercano del mundo.(35)

A pesar de estos presagios, de severas dificultades de la Seguridad Social, es de presumir que los cambios fundamentales que ésta ha efectuado en la medicina tradicional persistirán en el porvenir.

El cuerpo médico que comparte los fundamentos filosóficos de la ley 100 en cuanto a cobertura, cuestiona la metodología implementada ya que deja por fuera al médico como pilar fundamental en la atención del enfermo, debe impulsar y apoyar la creación de una Asociación Médica Colombiana, única y poderosa que sea capaz de representar legalmente los intereses de sus asociados ante los organismos legislativos, (20-26-30-31).

Nota: El estudio realizado por el Comité de Salud de la Academia Nacional de Medicina, y editado por su Presidente, Doctor José Félix Patiño Retrepo (40), en Abril de 1999 actualiza el estado de crisis de la Salud en Colombia, a los 5 años de aplicada la Ley 100.

En el futuro próximo **el aspirante a médico** debe conocer a cabalidad que la profesión de servidor de la salud demanda vocación, abnegación sin límite, esfuerzo, sacrificio y constancia por toda una vida, así como el convencimiento de que la retribución económica a estos atributos será mínima durante la vida profesional.

El médico en ejercicio debe entender su profesión como un deber permanente de atención al enfermo, su trato como a persona humana que es, su intercomunicación, el tratar de conocerlo lo más íntimamente posible, y el disponer de tiempo para escucharle y para hacerle un examen clínico exhaustivo. En casos muy especiales acudirá al laboratorio y las ayudas visuales para complementar su examen. La solicitud de estas ayudas paraclínicas en absoluto debe tener por objeto el compensar sus limitados conocimientos y experiencia así como la carga y el tiempo de pensar y analizar.

Debe estar dotado de conocimientos prácticos y generales que permitan solucionar problemas

comunes que actualmente se someten al juicio del especialista. Cerca de un 50% de las consultas que recibe un ortopedista hace relación con problemas de postura que debieran poder ser solucionados por el generalista.

El especialista en ortopedia obviamente debe persistir y seguir evolucionando en sus conocimientos y en su experiencia. Para llegar a serlo debe ser rigurosamente escogido entre los mejores candidatos y sometido al escrutinio de los que dirijan la enseñanza y la Sociedad de Ortopedia.

El ortopedista para llegar a ser y mantener su condición de Especialista debe contar con las 3 condiciones generales que a éste lo caracterizan:

1) Centrar su práctica en casos críticos.

2) Ser un sistematizador, capaz de recoger información válida que le permita realizar investigación, actividad esta primordial en su práctica médica.

3 Ser capaz de generar conocimientos alternativos y dominar el *know-how* de la ciencia que trata.

Debe ser un comunicador a sus colegas: estudiantes, médicos y cirujanos comunitarios, así como a aquellos profesionales que por sus atributos deseen también seguir su especialidad. En la era de la medicina social que amenaza entrar en crisis, los cupos para residencia de ortopedia se irán haciendo cada vez más limitados, y la especialización será en futuro cercano, de nuevo, más tutorial que universitaria. (1-2) El especialista deberá además de ser un profesional práctico contar con los atributos de un académico, un científico e investigador.

El especialista debe contar con tiempo suficiente para cumplir su tarea de investigación, información y de comunicación. El solo atender casos exclusivos de la especialidad le permitirán estos objetivos. Obviamente su remuneración debe ser compatible con su tarea a la vez asistencial y académica.

La producción científica médica de calidad, susceptible de ser aceptada en revistas de reconocida seriedad y de difusión internacional es mínima en Colombia. Es bien sabido que el 94% de la producción de conocimientos se genera exclusivamente en 7 u 8 países. El otro 6% se origina en más de 150 naciones, entre las cuales, con un 1.3%, están las latinoamericanas.

La filosofía de la educación médica y el curriculum universitario deberá modificarse orientándolos hacia la formación de médicos generales de la nueva era socializada, que prima en la actualidad y bajo un concepto de que se enseñe una medicina efectiva a un precio competitivo, que disminuyan los costos de la salud.

Como lo aseguran Stone y Doyle del departamento de cirugía de la Escuela de medicina de la Universidad de Harvard (1-2) *la educación médica debe estar orientada a conocer básicamente el valor costo -beneficio de los nuevos tipos de organización de la salud.*

Los estudiantes deben hacerse a la idea de que ellos mismos serán en el futuro miembros de organizaciones de la salud mas que los médicos independientes o privados del pasado. Deben aprender a enfocar problemas de una manera multidisciplinaria, más que de una forma personal e independiente.

Se deben estudiar algoritmos y vías clínicas que faciliten diagnósticos rápidos y eficientes y guías prácticas de tratamiento, todo basado en criterios de costo-beneficio. De esta manera el estudiante tendrá menos oportunidades de ejercer su propio juicio. Se deberá sin embargo hacer énfasis en mejorar el pensamiento crítico y el racionamiento clínico. Se debe enseñar a adoptar una actitud profesional que produzca satisfacción al paciente. Se tendrá en cuenta en la educación el valor de los exámenes paraclínicos y de las modalidades de tratamiento, en especial en aquellas enfermedades crónicas de tratamiento costoso.

Resumen y Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue realizar una revisión analítica de la SCCOT, en la conmemoración de su quincuagenario.

Este examen ha sido considerado desde una amplia perspectiva histórica, social, económica y ética, involucrando no solo a Colombia, que ha sido su epicentro, sino la Tierra en la cual vivimos.

Los 50 Años de la Sociedad han transcurrido en un mundo y una nación convulsionados por la violencia y por radicales movimientos sociales.

Su nacimiento coincide con el fin de una guerra mundial devastadora y el comienzo de una era atómica que se anuncia con la destrucción de importantes urbes del oriente por bombas nucleares.

Siguen 50 años de violencia mundial y nacional: Vietnam, Corea, Golfo pérsico, Medio oriente, Yugoslavia, Rusia para no mencionar muchas más naciones del exterior, y nuestra guerra nacional que nace con el bogotazo de 1948 y que en la actualidad se extiende a toda Colombia.

Este acúmulo de desastres, que además se acompaña del empobrecimiento y hambruna de medio mundo, mundo que triplica su población en esos 50 años, corre paralelo con el esplendor de

grandes descubrimientos científicos, técnicos y tecnológicos de todo orden que asombran a la humanidad. La medicina en general y la ortopedia en particular no escapan a estos portentosos adelantos. El especialista ayudado de su complejo arsenal de conocimientos y adelantos se subespecializa más y más hasta alcanzar a dominar todo las áreas del ser humano. El adelanto técnico sin embargo lo despersonaliza alterando también la relación médico paciente.

Dentro de este telón de fondo, el cuidado de la salud cambia su sistema de asistencia. La medicina pasa, de ser privada y exclusiva para una minoría, a ser socializada y tratar de abarcar toda la población. El médico es movido por fuerzas extrañas a descender de su estatus y a aceptar condiciones de terceros. Este cambio se produce con suma lentitud. Cincuenta años después de establecido el ISS el especialista de ortopedia de la capital sigue teniendo su centro de trabajo, su oficina, en los estratos 5 y 6 de la ciudad.

A pesar de que el objetivo en estos cambios sociales es obtener la igualdad de servicio en salud de toda la comunidad, al cabo de esos 50 años solo se logra llegar a un cubrimiento del 24 por ciento de la población, de una población de la cual solo un 11 por ciento es capaz de autoprotgerse.

Las perspectivas para el futuro no son mejores que las ya vividas. Diversas circunstancias hacen que el costo de la salud se haga cada vez más alto e imposible de ser soportado por la sociedad y sus gobiernos. El problema no solo es nacional sino que se extiende a las naciones industriales, en las cuales nació el germen de la socialización médica.

La extrema pobreza de nuestras gentes y nuestro compromiso social de prestar ayuda al enfermo y de evitar la enfermedad nos obliga a seguir adelante en este camino tan incierto. Para tratar de lograrlo debemos detenernos a pensar, sentimiento que nunca tenemos tiempo de lograrlo, de pensar en nuestro futuro.

Pensar en función de Sociedad, para lograr soluciones de valor, que podamos presentar a las directivas del país como contribución de nuestro esfuerzo en tratar de ayudar a la comunidad.

Bibliografía

1. Stone M. y Doyle J. *Cost Effectiveness in Surgery* Surg. Clin. North America 76: 1, Febrero 1996.
2. Rossi RL y Cady B: *Cost Effectiveness in Surgery: The Surg. Clin. North America* 76: 1, Febrero 1996.
3. Cano-Díaz P: Asistencia Médica. En Lain-Entralgo. Historia Universal de la Medicina. T.VII. Salvat Ed. Barcelona
4. Carrillo G.: Editorial: Cincuenta años de la Sociedad de Ortopedia Ejemplo de Sociedad Científica Gremial. Rev. Colombiana de Ortopedia y Traumatología: 10: 1, 5, 1996

5. Fernández G. *Nuevo Sistema de Salud en Colombia*. Castillo Ed. Bogotá, 1996.
6. Latinoamérica en Cifras. El Espectador 6 de Agosto de 1996.
7. Malagón V. La Ciencia, la Tecnología y la Investigación de la Ortopedia en los países Industriales y en aquellos en vía de desarrollo: Editorial. Rev. Colombiana Ortopedia y Traumatología. III:3 1989.
8. Mal año para empresas de medicina prepagada. El Tiempo 7 de Agosto 1996.
9. Esteve De Miguel R.: La Evolución y el Concepto actual de la Ortopedia y Traumatología. Discurso Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1985.
10. Ramonet I: *Formidables mutations: Manier de voir. Le Monde Diplomatique*. París: Abril-Mayo de 1996.
11. DANE: *Las Estadísticas Sociales en Colombia*, Bogotá 1993.
12. Escallón A. El desarrollo de la Cirugía en Colombia. Oración del Maestro. Asociación Colombiana de Cirugía. Bogotá, Agosto 1996.
13. En Agonía la seguridad Social. 5-B: El Espectador: 19 de Agosto 1996.
14. Sanchez-Torres F: Explosión educativa: Mecanismos de control. El Tiempo 5-A: Bogotá 4 de Agosto 1996.
15. Guzman-Mora F y Rosselli-Cock D.A: Deterioro progresivo: Honorarios médicos y atención al paciente. Lecturas Dominicales. El Tiempo. Julio 21 1996.
16. *How is your Doctor treating you?*. Consumer Report. Feb. 1995
17. *Let's Play Patient: Changing Medical Education*. Consumer Reports. Feb. 1996.
18. *Feeling Comfortable in a Hospital: Patient-Centered Care*. Consumer Reports Feb. 1995.
19. *How to be a smart medical consumer: Getting Involved*. Consumer Reports Feb. 1995.
20. Gosselin P: MGH, *Brigham to cut residency slots*. Boston Sunday. Julio 16, 1995.
21. Lain-Entralgo: La relación médico-enfermo. Alianza Universidad Madrid, 1983.
22. Calvo-Hernando M. *La ciencia en el tercer milenio: Desafíos, direcciones y tendencias*: McGraw-Hill. Madrid, 1995.
23. ONU. Informe de la ONU sobre Población. París. El Tiempo. Julio 1996.
24. FAO. XXIV Conferencia Regional para América Latina y el Caribe. Asunción. El Tiempo, Julio 1996.
25. Llano-Escobar A., S.J.: La "Revolución Bioética en el Mundo" El Tiempo, Agosto 25, 1996.
26. Restrepo A.: Comité de Tarifas: Reuniones ISS-SCCOT: Carta Ortopédica: 15: Febrero 1994.
27. Villa A.: Sociedad Antioqueña de Ortopedia y Traumatología. Carta Ortopédica 17: Mayo 1995.
28. Triana R.: Asociación de Ortopedia y Traumatología del Suroccidente colombiano. Carta Ortopédica: 17: Mayo 1995.
29. Carrillo G.: Discurso de Posesión. Carta Ortopédica 18: Noviembre 1995.
30. Sarmiento R.: Personaje del mes. Carta Ortopédica: 18, Agosto 1995.
31. La SCCOT y la Gerencia del Conflicto. Editorial. Carta Ortopédica 17, Julio 1996.
32. Bousset P. Bonnemain H., Bové F: *Historia de la Farmacia*. Faka-Davis. Ediciones Doyma. Barcelona, 1984.
33. *Historia de los Inventos*. Salvat Ed., Barcelona 1986.
34. Asimov I.: *Cronología de los Descubrimientos*. Ariel Ed. Barcelona 1990.
35. Restrepo J. La Entrega de Clinton. El Tiempo. 27 Agosto 1996.
36. Rivera, B.: *Bodas de Oro SCCOT: 1946-1996*. Publicación SCCOT. Santafé de Bogotá, 1996.
37. Patiño JF: *El triunfo de la biología molecular y el auge de las ciencias biomédicas. Paradigma biológico y dilema social de la ciencia moderna*. Rev. Col. Cir. 4:126, 1989.
38. Patiño JF: *Dilemas éticos de la moderna cirugía*. Rev. Latinoam Cir. 3:6-11. 1994.
39. Malagón V., Delgado JA, Bustillo E., Navas J, Quintero J, Restrepo A., Rivera B, Rodríguez E y Gómez L: Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología: Bodas de Oro. Videocasete. S.C.C.O.T. Santafé de Bogotá, 1996.
40. Patiño José Félix (Ed.) *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud*. Comisión de Salud. Academia Nacional de Medicina. Santafé de Bogotá, 1999.