

Editorial

Reflexiones sobre la evolución de la ortopedia como especialidad y la subespecialización

*Raymundo G González Quintanilla**

La evolución de la práctica de la ortopedia como especialidad ha sufrido cambios importantes en las últimas décadas. A continuación expongo mi opinión en este tema, ya que he tenido la fortuna y la oportunidad de ser testigo de estos cambios a lo largo de mi carrera profesional.

La ortopedia es la especialidad básica y en su momento hubo que reconocer a los colegas traumatólogos que practicaban una rama de la especialidad como ortopedistas. Al igual que en otros países en México se formó el consejo de la especialidad, mismo que se conoce como Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología (CMOT).

En los últimos años se inició la subespecialización con las ventajas que se tienen cuando el entrenamiento se focaliza en un área de la especialidad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el inicio del siglo pasado el médico familiar era quien tenía que atender todos los problemas de salud en la comunidad, pero las necesidades eran diferentes; sin embargo, ofrecían una atención de excelente calidad y con gran sentido humano. El primer cambio posterior a esto se dio con la división de las especialidades básicas, prácticamente de acuerdo con los órganos del cuerpo humano naciendo así el cirujano general, el pediatra, el urólogo, el obstetra, etc. y cerca de mediados del siglo pasado ante las necesidades cambiantes era menester practicar sólo en ciertas áreas del organismo, con lo que se desarrolló la ortopedia al igual que otras especialidades.

En México era difícil encontrar sitios de entrenamiento dónde capacitarse, por lo que algunos colegas decidieron salir del país para ser reconocidos más tarde como especialistas y en lo que a nuestra especialidad se refiere, como ortopedistas.

* Dr. en Medicina, Cirujano Ortopedista, Ex presidente del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A.C. y de la Asociación Mexicana de Ortopedia y Traumatología, A.C.

Dirección para correspondencia:
Raymundo G González Quintanilla
Francisco Pizarro No. 116, Mirasierra 1er Sector, 66240, San Pedro Garza García, N.L., México.
Correo electrónico: rgqnl1@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

Más adelante ocurrió otro cambio cuando se reconocieron las residencias médicas, con lo que inició el entrenamiento formal de las especialidades en nuestro país. Hubo una etapa en la que existía un internado rotatorio de postgrado, mismo que después fue cerrado.

Una vez que se crearon especialidades formales, llegó la necesidad de la subespecialidad, ésta implica un entrenamiento especializado al limitar el área de acción a una técnica o a una parte del ecosistema que trata el especialista general, teniendo como ventaja formar a alguien más dedicado y que al final pueda brindar más seguridad al paciente.

INFORMACIÓN

Es muy conveniente aceptar estos cambios. Desde hace tiempo, en 1910 Sir William Osler en Oxford (creyó tener la visión del cambio) y reportó «el desarrollo extraordinario de la ciencia moderna puede ser la codicia de su perdición», la subespecialidad es ahora una necesidad, ha fragmentado estas especialidades en un camino que hace la perspectiva riesgosa. El trabajo pierde todo el sentido de proporción en un laberinto de pormenores.

En 2002 Frank Lewis mencionó «hay una falla inherente y tensión sin resolver entre la necesidad de mantener una competencia amplia en la práctica versus la necesidad de desarrollar y explotar buenos conocimientos y tecnologías que prometen mejores resultados, menor morbilidad y riesgos».

En 2008 J.H. Rendón anotó «nadie que esté en sus cabales desearía abandonar los beneficios de una habilidad experta que son el producto de un entrenamiento especializado, pero solamente una educación general en cirugía puede salvaguardar y dirigir el uso de estas capacidades. Entonces viene a ser una parte esencial de la educación de todos los especialistas». Rendón escribió esto confirmando lo que antes había descrito E.D. Churchill.

Con esta evolución de la especialidad estamos en un momento en el que se necesitan mejores profesionistas y así admiramos los diferentes centros de entrenamiento universitario o institucional que ofrecen servicios médicos de calidad, sin ser ajenos a carencias.

Fuimos invitados en 2011 junto con los colegas del Colegio Mexicano de Ortopedia como representantes de la Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología por la Academia Americana de Cirujanos Ortopedistas (AAOS) de Estados Unidos de Norteamérica a participar en un congreso con el tema de acceso a los centros hospitalarios en México, en esa ocasión revisé la información disponible y encontré que solamente existían seis dependencias gubernamentales que tenían instituciones formadoras de especialistas.

ACTUALIDAD

www.medigraphic.org.mx

Es indignante reconocer que en nuestro país al paciente que carece de seguridad social todavía no se le dé la oportunidad de acceder a una atención médica adecuada. Los sistemas de salud no han mejorado para ofrecer solución a estos

mexicanos de bajos ingresos. Como siempre se mencionan esperanzas que son las que nos consuelan, esperamos que esta situación se supere pronto.

En lo que a nosotros los ortopedistas concierne, es muy necesario aceptar la subespecialidad para ofrecer mejoras en la atención con óptima calidad profesional, pero el detalle es que la educación amerita una revisión de su plan de estudios.

Creo que lo ideal es que todos los mexicanos adquieran educación profesional de acuerdo con sus capacidades, es decir, hasta cierto nivel y aquél que posea mejores cualidades, educarlo a otro nivel para no toparnos con subvalorados y tener que exportar profesionistas a otros países. Recordemos que el talento no se valora en los centros de educación, es algo que el candidato posee.

Otro detalle son los centros hospitalarios de entrenamiento que pueden brindar una subespecialidad, ofrecen tiempo de entrenamiento, cantidad suficiente de profesores, camas, cantidad de casos, etc., pero esto no está regulado. Se ha establecido que hay un factor de curva de enseñanza aprendizaje que justamente logra determinar la calidad del egresado que completó su subespecialidad, que en algunos casos implica una inversión considerable.

El gobierno federal controla la práctica profesional en sus instituciones con un examen nacional; sin embargo, al ser aprobado el becario es importante que tenga un ingreso económico para resolver sus necesidades y éste debe ser otorgado por la institución o el gobierno federal. De igual manera debe regularse que los reconocimientos sean otorgados por las instituciones con un aval gubernamental que controle la calidad y efectividad de los programas.

ANÁLISIS

Si evaluamos la subespecialidad, debemos encontrar factores que es necesario revisar:

1. Ingresos: en perspectiva económica deben ser suficientes.
2. Competencia: formar subespecialistas de acuerdo con los requerimientos reales con base en estudios serios de necesidades y recursos
3. Materiales y equipos: es importante revisar que se cuente con éstos para un adecuado desarrollo de la subespecialidad.

OBJETIVOS

Nuestra práctica necesita ser evaluada por medio de un examen de capacidades organizado por los consejos y que se obtiene mediante una evaluación con reactivos en un sistema en línea, posteriormente hay que mantener una vigencia de certificación, la cual tiene una duración de cinco años y debe demostrar que se mantiene el grado de conocimientos necesarios para practicar.

Es importante unificar los programas de formación de residentes y establecer una normatividad de la duración de los programas tanto para la formación del

especialista general como del subespecialista y no modificar el plan de estudios de acuerdo con presupuestos gubernamentales.

La práctica profesional antes era determinada por lo que nosotros dominábamos con buenos resultados, pero eso se ha venido acabando gradualmente y en la actualidad la práctica privada es controlada por los seguros de gastos médicos debido a los costos de la medicina privada; sin embargo, en la mayoría de los casos el paciente tiene que limitarse a los médicos que están en convenio con las aseguradoras y pierde la libertad que antes le daba la medicina privada de elegir a su médico, a menos que pague directamente.

En la fragmentación he observado que ciertas regiones anatómicas actualmente requieren otros especialistas, como sabemos la mano, la columna vertebral, fracturas expuestas, por mencionar algunas, pero lo que apreciamos es que en el futuro el subespecialista atenderá sólo por zonas, regiones, extremidades como lado dominante, segmentos de extremidades etc. y se limitará a esa subespecialidad solamente. Lo anterior por lo general no está regulado, pero hay que aceptar que si el subespecialista lo domina, es mejor reconocerle esa capacidad profesional de resolver los problemas. En este punto es donde se pierde en algunos casos la evaluación de todos los males del paciente, independientemente del problema agudo para evitar riesgos.

En años recientes la legalidad se ha vuelto un detalle muy importante para valorar la práctica profesional del médico, lo que ha desembocado en responsabilizar al profesional de los malos resultados de una decisión diagnóstica o terapéutica; en ciertos casos se promueven demandas por mala práctica como si estuviéramos ciento por ciento seguros de siempre obtener éxito, que es la meta que nos trazamos siempre, pero es conveniente aceptar que hay alternativas que al paciente se le deben informar y lo que nosotros dominamos en nuestra práctica privada o institucional es lo que ejecutamos como la mejor solución al problema, aunque en ocasiones pudieran existir otros métodos.

Hace varios años el gobierno formalizó la Comisión de Arbitraje estatal y federal para los asuntos de demandas, el responsable debe ser un doctor preferentemente de la especialidad que evalúa el caso y le informa al agente del ministerio público su opinión, pero en ocasiones hay un trasfondo político y aunque es muy buena decisión, lo ideal sería que los colegios y consejos seleccionaran a los responsables y que vigilaran que estén realmente capacitados y sin compromisos políticos, de tal manera que esa persona seleccionada evalúe adecuadamente el caso médico legal en cuestión.

En 1988 participamos en el análisis de la posibilidad de una licencia internacional para la práctica de la especialidad en Hershey, Pennsylvania, Estados Unidos invitados por el Dr. H. Mankin de la AAOS, junto con otros 18 países y el consenso fue que no era posible obtenerlo por las características específicas de cada país, pero donde sí hubo consenso fue que cuando el gobierno interviene en la educación, usualmente hay diferencias de opinión y no se encuentran coincidencias que contribuyan a mejorar la educación, sobre todo si en cada periodo de gobierno se inicia con un nuevo proyecto y no hay continuidad.

CONCLUSIONES

1. El tiempo nos ha enseñado que la subespecialidad tiene como ventaja ofrecer mejor calidad de servicios.
2. Debe ser decisión propia del subespecialista encontrar su sitio de trabajo en el mercado laboral.
3. En cuanto a la educación es aconsejable valorar las aptitudes y elegir a quién se le debe dar la oportunidad de continuar superándose, considerando que quienes lleguen a una subespecialidad es porque cuentan con la capacidad y la vocación.
4. Los centros de entrenamiento de la subespecialidad ameritan precisar sus sistemas para unificar la calidad del egresado, cantidad de profesores, programas académicos y de formación uniformes, así como ser aprobados en esa función por el consejo de la especialidad.
5. Las innovaciones tecnológicas demuestran que lo que practicamos amerita una actualización de los procesos diagnósticos y terapéuticos, evaluando las instalaciones en donde practicamos. Evaluar «modas» por los resultados finales es lo más conveniente siempre que nos ayuden a ser más eficientes.
6. Proponer ante las autoridades mantener el internado rotatorio de la especialidad y que esto se aplique al que haya terminado los estudios de la Facultad de Medicina, de tal modo que el joven médico logre elegir lo que desea en el futuro, informándose sobre todas las especialidades.
7. Tener en mente las alternativas y riesgos que conlleva la decisión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, ya que desde el año 1540 el Samurái japonés Miyamoto Musachi mencionaba que para dar una indicación terapéutica era esencial estudiar por completo al individuo.
8. Buscar alternativas de atención para todos los estratos de la población.