

V. Especialidades obsoletas y emergentes

Manuel de la Llata R.

Subdivisión de Especialidades, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina, UNAM

(Recibido, junio 23, 1993; aceptado, septiembre 3, 1993)

Resumen

El desarrollo de las especialidades y subespecialidades en casi todas partes del mundo no siempre ha ocurrido en forma planeada o en respuesta a necesidades sociales. Este artículo analiza diversos aspectos que han condicionado la emergencia y obsolescencia de éstas, así como su legitimación. Se discute la inminente fragmentación de algunas especialidades en México, particularmente en el ámbito universitario.

Palabras clave: Especialidades médicas - Especialidades obsoletas - Especialidades emergentes - Subespecialidades

Summary

The development of specialties and subspecialties in almost all parts of the world has not always occurred in a planned fashion or in response to social needs. This article analyzes several aspects that have contributed to the emergence and obsolescence of specialties, as well as to their legitimization. The imminent fragmentation of some of the specialties in Mexico, particularly in the university environment, is discussed.

Key words: Medical specialties - Obsolete specialties - Emerging specialties - Subspecialties

La medicina precortesiana, según diferentes informes, tenía claras divisiones entre sí; es decir, existía ya la especialización. De acuerdo a Sahagun, existían los médicos, los cirujanos, los sangradores y los hueseros; también las parteras y las que daban yerbas para abortar, entre otros. La especialización ha ido de la mano con la humanidad, haciendo necesaria la división del trabajo en una sociedad de acuerdo a su organización.

En la segunda mitad del siglo XIX la medicina era aún dominada por la medicina general y la cirugía. Sin embargo, ya existían médicos aislados que limitaban su práctica a la oftalmología, la neurología, la gineco-obstetricia o la dermatología. La mayoría de los médicos ejercían medicina general en toda su extensión; es decir, la practicaban y eran a la vez profesores de medicina general. Inclusive, hacia los años 30 de este siglo, se esperaba que aquéllos que se encontraban involucrados en investigación en algún campo en particular, fueran profesores de medicina general. Durante el siglo XIX, los científicos

descubrieron métodos que fueron aplicados al estudio de la enfermedad. Alrededor de 1850, el fisiólogo francés Claude Bernard enunció el concepto de homeostasis interna y junto con varios científicos biomédicos alemanes redefinieron cómo se deberían adquirir nuevos conocimientos médicos y probar viejas teorías.

Los descubrimientos de Louis Pasteur, Roberto Koch y otros prominentes microbiólogos, no solamente expusieron la causa de varias enfermedades sino que, junto con otras aportaciones, durante los primeros 30 años del siglo XX, moldearon la fragmentación de la medicina interna y la cirugía, lo que condujo a la especialización. Un prominente médico inglés de esa época, H. Himsforth, señaló lo siguiente: "La situación actual se ha dado debido a que el conocimiento médico ha crecido a tal grado que, en la actualidad, no es posible, ni nunca lo será, en la capacidad de cualquier individuo, el dominio salvo de una fracción. El no aceptar esto, no solamente será el ignorar los datos, sino será el negar el hecho que nos

ha posibilitado el progreso reciente. La especialización es un fenómeno natural. Son comparables las actividades del individuo humano a la diferenciación de las funciones en la biología¹.

En casi todo el mundo, las especialidades han surgido por diferentes motivos, no siempre de forma planeada u obedeciendo a necesidades sociales. De hecho es frecuente que se hayan desarrollado en gran medida en forma ciertamente caprichosa. Cuando uno intenta analizar la emergencia de las especialidades, se encuentra en la imposibilidad de caracterizar los atributos comunes. Horacio Jinich describe formidablemente esta complejidad², recientemente citada por Alberto Lifshitz en el Perfil del Médico Residente³. Según Jinich hay especialistas en un sistema, como los neurólogos y endocrinólogos; en un aparato, como los gastroenterólogos y cardiólogos; es un órgano, como los oftalmólogos; en una enfermedad, como los diabetólogos, tisiólogos, oncólogos y ahora sidólogos; en una etiología, como los infectólogos; en una función, como los obstetras; en una época de la vida, como los pediatras, y geriatras; en varios órganos ligados entre sí por lazos anatómicos, como los otorrinolaringólogos. Lifshitz enriquece esta lista con los especialistas en una técnica, como los endoscopistas, y en una modalidad de tratamiento, como los radioterapeutas y los fisioterapeutas; y yo agregaría dos tipos más de especialistas, que son aquellos que se dedican a "una pequeña fase" de la enfermedad de todos los órganos, como los intensivistas y los urgenciólogos, y los especialistas en una actividad de la vida humana, como son los médicos del deporte.

Soberón y Kumate⁴ atribuyen el surgimiento y desarrollo, así como la declinación de las especialidades, a la interacción de 5 factores: a. las necesidades técnicas; b. los progresos médicos; c. los avances tecnológicos; d. la demanda del mercado; y e. los intereses profesionales.

A estos factores, considero necesario agregar también el factor epidemiológico. En cuanto a la epidemiología, desde los registros iniciales hasta el presente siglo, las enfermedades infecciosas representaban la principal causa de morbimortalidad. En las décadas recientes la frecuencia de dichos padecimientos ha disminuido de forma significativa, principalmente en países desarrollados, lo que ha condicionado que el promedio de vida se haya prolongado de 45 a 75 años en el presente siglo. Tal situación ha propiciado el que ahora se vean problemas de salud relacionados con esta

prolongación de la vida; es decir, enfermedades crónicas, degenerativas y neoplásicas.

Dos especialidades representan claramente la influencia de los factores antes anotados. Una de ellas, la venereología que surgió con el descubrimiento del treponema de la sífilis en 1905, la reacción de Wasserman en 1906 y el descubrimiento del salvarsan en 1908. Su obsolescencia fue consecuencia de la aparición de un medicamento, la penicilina. El otro ejemplo claro lo representa la tisiología que, probablemente, sea una de las especialidades médicas que más nos evoquen esta situación de emergencia en una determinada época y de obsolescencia en la actualidad. En este caso, el tratamiento médico suplantó casi por completo a la alternativa quirúrgica existente. Hace medio siglo la cirugía para ciertas formas de tuberculosis pulmonar representaba el medio terapéutico: la toracoplastia, resecciones pulmonares, colapsoterapia e interrupción del frénico, eran las formas de abordar este padecimiento. Es asombroso como una tableta desplazó toda esta parafernalia y llevó a la desaparición de esta especialidad. Es también interesante hacer notar que la revista "The American Review of Tuberculosis" tuvo el mismo nombre desde su fundación en 1917 hasta 1950, año en que se introdujeron los fármacos antituberculosos, después de lo cual cambió su nombre en tres ocasiones en siete años. Los cambios de nombres revelan los esfuerzos del consejo editorial de la Sociedad Trudeau para redefinir la especialidad conforme declinaba en importancia. Los tisiólogos pasaron a ser neumólogos y cirujanos de tórax. Es de hacer notar que estas especialidades sustentadas en una enfermedad, sucumbieron.

En contraste, otra especialidad, la cardiología, sustentada en un aparato, a pesar de que en esa misma época decayó la fiebre reumática y la consiguiente cardiopatía y que fue posible controlar la hipertensión arterial sistémica, que hasta hacía poco tiempo era tributaria de la simpatectomía toracolumbar, persistió y está en pleno desarrollo. La explicación de este fenómeno se encuentra en la variación epidemiológica para esta especialidad, ya con la prolongación de la vida y la aparición de procesos degenerativos arterioesclerosos le permitió expandir su horizonte, pues no está circunscrita a una enfermedad, tal como sucedió con la tisiología. Por lo tanto, es evidente que incluso las especialidades quirúrgicas se ven expuestas a grandes cambios cuando aparece algún tratamiento curativo sencillo. Basta reflexionar que se ha reducido drásticamente la cirugía en la tirotoxicosis y parece observarse el mismo fenómeno con la úlcera péptica

con la aparición de los bloqueadores H₂ y otros fármacos. Habría que pensar qué sucedería con la cardiología y la cirugía cardíaca si se desarrollara algún método sencillo para evitar o hacer retroceder la aterosclerosis coronaria. La urología requeriría de serios ajustes si pensáramos que se desarrollará algún tratamiento sencillo para prevenir o revertir fácilmente la hipertrofia prostática benigna.

Es sorprendente, pero existen otros factores, además de los mencionados por Soberón y Kumate, que favorecen el desarrollo de una práctica determinada. Estos son entonces: 1. ausencia de un tratamiento sencillo, 2. el tratarse de una enfermedad crónica, 3. diagnóstico tecnológico complejo, realizado por el especialista, 4. una variedad de medidas paliativas, 5. una buena correlación con ciencias básicas, 6. una buena cantidad de literatura dedicada al aspecto científico, diagnóstico y de tratamiento paliativo, y 7. que se trate de un campo atractivo⁵.

Como ya se había señalado, el desarrollo de las especialidades y subespecialidades en todo el mundo ha obedecido a motivos no del todo relacionados a intereses nacionales o a una justificación social. En gran medida, la creación de nuevos cursos de especialización y subespecialización en México ha obedecido a la presión y exigencias de las instituciones de salud, derivadas de necesidades en su organización asistencial⁶. Si bien, en el campo asistencial tal proliferación ha contribuido al avance médico, cuando estas áreas del conocimiento no están plenamente consolidadas o con cierta autonomía acaban por desaparecer. Un ejemplo de esta situación fue la creación y aval otorgado a la especialidad de Medicina Integral Naval, la cual carecía de solidez y nunca obtuvo su consolidación. "La consolidación de una nueva disciplina en el ámbito de las especialidades médicas requiere de reconocimiento universal en el ámbito médico. Esta legitimación compete fundamentalmente al propio gremio médico, y no a las Universidades; a éstas corresponde prioritariamente impulsar la formación de especialistas expertos en disciplinas autónomas del conocimiento, que han logrado una adecuada identidad profesional social bien consolidada"⁷.

Por lo tanto, en el proceso de construcción de disciplinas independientes del conocimiento médico, es decir, especialidades o subespecialidades, una postura académica deberá cumplir con los siguientes puntos:

Primero. Abocarse a la atención de problemas de salud que constituyen un objeto de estudio bien delimitado.

Segundo. Contar con un cuerpo de conocimientos propios en torno a su objeto particular de estudio.

Tercero. Poseer un lenguaje y un conjunto de técnicas especializadas propias del objeto de estudio.

Cuarto. Contar con un campo de investigación propio.

Quinto. Constituir el quehacer predominante de grupos de profesionales médicos bien establecidos, tales como colegios y sociedades, tanto en el país como en el extranjero.

Sexto. Disponer de un acervo bibliohemerográfico de literatura científica de reconocido prestigio acerca de ese particular ejercicio profesional.

Séptimo. Reunir en foros académicos periódicos, nacionales e internacionales, a los grupos de profesionales que se abocan al cultivo de esa forma particular de práctica médica.

De acuerdo con estos requisitos, estamos ante la inminente fragmentación de la pediatría, previamente experimentada por la medicina interna y cirugía a principios de siglo. A finales del siglo XIX, los recursos diagnósticos y elementos terapéuticos en la medicina interna y pediatría eran tan limitados que no se requería fragmentarlas, ya que le era posible al médico general manejar fácilmente dicho arsenal terapéutico y métodos diagnósticos. Los conocimientos en la pediatría en la actualidad son muy vastos. Tan solo es necesario preguntarse si en la actualidad le es posible a un pediatra general diagnosticar y manejar adecuadamente a un paciente con una cardiopatía congénita compleja. No le será posible interpretar adecuadamente el electrocardiograma, sería necesario que realizara y analizara un ecocardiograma y tuviera el juicio y experiencia para indicar un cateterismo cardíaco. En la mayoría de los medios, el cardiopediatra realiza el cateterismo cardíaco, un procedimiento técnico que requiere de entrenamiento y experiencia y, posteriormente, decidir si requiere manejo quirúrgico o tratamiento médico, e identificar una adecuada evolución. A todas luces, es claro que la pediatría requerirá fragmentarse en varios ámbitos del conocimiento, aunque será necesario identificar cuáles son éstos, y qué tan consolidados se encuentran. Ha llegado el momento en nuestro medio de fragmentar la

pediatría, lo que acarreará indudables beneficios para la atención de los problemas de salud pediátricos, a la vez que propiciará en nuestro medio un avance del conocimiento médico. Evidentemente, tal como debe suceder con las subespecialidades de la medicina interna, el alumno en una subespecialidad de pediatría deberá tener una completa y sólida formación en pediatría.

Otro aspecto escabroso, pero también ineludible, es el de la inevitable fragmentación de las subespecialidades, que se está dando gracias a los grandes progresos médicos y avances tecnológicos, así como a intereses profesionales. Por ejemplo, nuevamente la cardiología es probablemente el mejor exponente de una subespecialidad altamente especializada, en el que existe en la actualidad una clara diferencia entre la cardiología llamada "invasiva y no invasiva"⁸. La gastroenterología y la urología con el desarrollo cada vez más refinado, ahora ya terapéutico, de la endoscopía, avisan una tendencia similar.

Conforme se desarrollen nuevas subespecialidades y emerjan nuevas subdisciplinas, las instituciones educativas así como las de asistencia deben mostrar flexibilidad y adaptación a este fenómeno inevitable. No se podrá esperar que todas las subespecialidades actuales y futuras tengan la misma extensión y profundidad, destrezas, y prerrequisitos; cada una de éstas deberá ser conformada de acuerdo a sus características, pero deberá apegarse a normas generales de acreditación.

La geriatría representa una de las subespecialidades que requerirán atención ahora y en el próximo futuro. Como ya se mencionó las modificaciones epidemiológicas en el presente siglo han condicionado que la esperanza de vida se prolongue en forma sustancial, a tal grado que ha aparecido un espectro epidemiológico totalmente diferente al de la primera mitad de siglo. Las enfermedades degenerativas,

neoplásicas y crónicas tienen un papel fundamental en la actualidad. La población por arriba de los 60 años es numéricamente importante y se vislumbra que las necesidades médicas y sociales de este sector sean cada vez mayores. Todo parece indicar que la consolidación y autonomía de esta nueva disciplina es inminente.

Existen otras especialidades emergentes que no han logrado su consolidación y autonomía adecuadas. Por ejemplo, una especialidad atractiva es la de Cirugía de Transplantes, enriquecida con todo el desarrollo tecnológico reciente de conservación de órganos, de fármacos inmunosupresores, de técnicas de histocompatibilidad, de refinamiento de las técnicas quirúrgicas. Estos avances han llevado a que en la actualidad el trasplante sea un recurso terapéutico real. Sin embargo, esta cirugía la llevan a cabo los especialistas regionales; es decir el hígado es manejado por el gastroenterólogo o cirujano general de abdomen; el pulmón, por el cirujano de tórax; el corazón, por el cirujano de corazón, el riñón por el urólogo y cirujanos generales etcétera. Es un hecho que en el futuro veremos que conforme aparecen nuevas subespecialidades desaparecen otras.

Finalmente, es necesario hacer referencia a un hecho interesante, que refleja claramente la tendencia de la especialización. Si uno compara la literatura publicada hace un siglo con la actual, se encuentra con lo que Straburger considera como la "inflación de autores"⁹. Hace un siglo, las publicaciones médicas eran escritas por un autor único; es decir, esto era lo habitual. Conforme la investigación médica se ha tornado más compleja, se ha requerido de colaboración, incluso en el mismo campo o especialidad, lo que ha propiciado que en la actualidad la mayoría de los artículos sean publicados por múltiples autores y que la excepción sea que un artículo de investigación sea publicado por un autor único.

Bibliografía

1. Himswoth H. The integration of medicine. *Br Med J* 1955;2:217-31.
2. Jinich H. El Perfil del Internista. En: Academia Nacional de Medicina, ed. *Tratado de Medicina Interna*. México: El Manual Moderno. 1987;1:8-13.
3. Lifshitz G. Perfil profesional del especialista en medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1992;35:149-52.
4. Soberon G, Kumate J. Introducción. En: *La Salud en México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México, Pasado, Presente y Futuro*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989;4:7-31.
5. Beeson B P. The natural history of medical subspecialities. *Ann Inter Med* 1980;93:624-6.

6. De la Llata RM, López Santibañez LM, Caso MA, Quijano PF. Primera reunión nacional de evaluación de las especialidades médicas. Rev Fac Med UNAM 1992;35:173-6.
7. Plan Unico de Especialidades Médicas. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Medicina.
8. De la Llata RM. Problemática de la angioplastía en México. Arch Inst Cardiol Mex 1992;62:573-9.
9. Strasburger V. Righting medical writing. JAMA 254:1789-90.