

Medicina y especialidades médicas. Tendencias de la medicina contemporánea, su aplicabilidad, sus riesgos

Prof. Dr. Carlos Gómez Haedo

La Medicina como profesión en su dimensión biosicosocial y como actividad antropológica por excelencia, está sometida a los distintos factores que influyen biológicamente las sociedades humanas.

En cuanto a los cambios a que estamos asistiendo en el mundo —y específicamente en nuestro país— queremos señalar los más importantes:

En primer lugar el enorme, rápido y desconcertante avance científico-tecnológico.

La evolución de los derechos humanos, que al lado de los clásicos como lo son la libertad de expresión, de opinión, de elección de gobiernos, incorpora los derechos sociales como el derecho al trabajo, a la salud, a la educación y a la vivienda.

Y últimamente en otra dimensión, los llamados de 3er. nivel, referentes a la relación con el medio ambiente a través de la acción y reacción entre el hombre con sus obras y la naturaleza, expresada en el amplio campo de la ecología.

Con toda la problemática de la salud se relaciona ineludiblemente el desarrollo de la Seguridad Social que tiene sus antecedentes en la Alemania de Bismark de fines del siglo diez y nueve para culminar después del Informe Beveridge en 1945, en el período de post-guerra. Como consecuencia del reconocimiento internacional y nacional de dichos derechos y con el antecedente histórico en el país de las Mutualistas, surge la colectivización del ejercicio de la Medicina bajo distintas formas (Socialización, Nacionalización, Coordinación en Sistemas de Salud, etc.).

Se amplían los objetivos de la Atención en Salud, pasando del criterio asistencialista puro, hacia los terrenos de la promoción, prevención y además de la atención propiamente dicha hacia la rehabilitación.

Como consecuencia del avance científico-tecnológico importantísimo, la investigación y la aplicación de técnicas costosas, que amplían el campo de los conocimientos médicos, pero también la ampliación de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, dan base o fundamento a la rápida división en distintas especialidades según sistemas, órganos o áreas terapéuticas.

DESDE LAS PRIMERAS DISCIPLINAS UNIVERSITARIAS A LAS ESPECIALIDADES ACTUALES

En nuestro medio donde la Facultad de Medicina se funda en 1876-77 con sólo 2 Cátedras (Anatomía y Fisiología), está presente en 1885 la siguiente agrupación de disciplinas con los correspondientes profesores:

Anatomía I y Fisiología	Eugenio Piaggio*
Anatomía II	José Ma. Caraffi*
Química Médica	José Arechavaleta*
Patología General	Antonio Serratosa
Anatomía Patológica	Guillermo Leopold
Patología Quirúrgica	José Miralpeire
Patología Médica	Juan Crespo Brandes
Clínica Médica	Pedro Visca*
Clínica Quirúrgica	José Pugnaliní
Materia Médica	Eduardo Kemmerich
Higiene y Medicina Legal	Elías Regules*
Química Médica	José Scosería*

En 1927 se inaugura el Instituto de Neurología y es designado su primer Director, el Profesor Américo Ricaldoni, quien falleció en 1928.

Las cátedras de Endocrinología, Neumotisiología, Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y por consiguiente Nefrología, Oncología, Hematología y Reumatología, van apareciendo a través del tiempo

* Mañé Garzón, Fernando; Pedro Visca, Montevideo Ed. Barreiro: 1983: 183 (tomo I)

como necesidades reales, pero vinculadas a personas que demuestran solvencia especial y/o dedicación.

DE LA ATENCIÓN PROGRESIVA A LA MEDICINA DE LA COMUNIDAD

También como consecuencia del desarrollo de los conceptos de Atención Progresiva vinculados a la necesidad de mayor y diferente dedicación del personal de Salud y de aplicación de la tecnificación en forma graduada de acuerdo a la complejidad y gravedad del problema médico; se definen las áreas de Medicina Intensiva, Moderada, de Autocuidados y de Atención Ambulatoria.

Aparece así la Medicina Intensiva en nuestro país. (Inicialmente en nuestro Hospital de Clínicas, donde se integra en el concepto de Atención Progresiva). Aquí resalta con igual o mayor fuerza en la aplicación de estas áreas, la dedicación del personal de Enfermería, fundamental en el equipo de Salud. Se sustituye con ello el hegemonismo médico tradicional. Asistimos entonces a una democratización del Mundo Médico, que discute el elitismo de los sectores tradicionales de poder decisorio.

Al criterio de Médico individual lo sustituye el de Equipo de Salud (enfermería, tecnólogos médicos, asistentes sociales y personal hospitalario o del Centro de Salud).

Al criterio de Jefe de Servicio de Hospital lo sustituye el de los sectores Ambulatorios vinculados a la Comunidad, no importa la denominación que se elija, ya sea la de Médico de la Comunidad, Médicos generales, Médicos de familia, etc.

Al clásico binomio médico-enfermo se le sustituye por el de enfermo en la Comunidad y equipo de Salud, aunque liderado indudablemente por el Médico. El enfoque se hace sobre el proceso salud-enfermedad que comienza en lo individual, a menudo, pero no se detiene sólo en ello, abarcando a la Comunidad. La democratización en el Sector Salud no implica sólo que otros profesionales o trabajadores de la Salud intervengan sino también que la propia Comunidad participe ejerciendo no sólo el derecho a la Salud, sino el deber de mantener la misma.

En la evaluación de los Servicios de accesibilidad y la capacidad de recoger las opiniones de los usuarios, se consideran bases fundamentales de dicha tarea.

Así tecnificación y diversificación con el abanico de especialidades y áreas; colectivización; desplazamiento del tradicional hospitalocentrismo a la Comunidad, con participación de la misma; sustitución del hegemonismo médico por equipos de Salud; y democratización de los Sistemas de Salud, constituyen en realidad expresiones de un proceso

dependiente —como dijimos— del desarrollo histórico de nuestras sociedades.

Las variantes que implican tradiciones y culturas diversas deben necesariamente incorporarse cuando se desarrollan esquemas operativos para su aplicación.

El gran desafío reside en la manera en que se unifiquen y coordinen criterios que son aparentemente opuestos pero que operan en áreas diferentes.

También lo es para la Universidad y la Facultad de Medicina que debe preparar al personal de la Salud en sus distintos sectores para una forma de aplicación que no depende exclusivamente de ella, sino de factores externos políticos o de intereses sectoriales que no miran de por sí a la Comunidad como un todo.

La gran área de la Comunidad se ha ido creando por crecimiento espontáneo y las formas organizadas que pueden llegar a darse como por ejemplo las Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua, no entran dentro de los planes de un gobierno que no tiene interés en la Comunidad Organizada o mismo no lo desea absolutamente.

Por otro lado, se pretende introducir de manera desordenada y coyunturalmente formas sustitutivas de aproximarse a la Comunidad, que pueden ser más oportunistas que reales.

Debemos todos hacer un esfuerzo para canalizar, ordenar y coordinar con sensatez en el Sector de la Salud.

A la Facultad de Medicina le corresponde el gran desafío de participar junto con la Comunidad de este país y en el respeto a los derechos de su gente, en crear normas y polos o modelos operativos de cambio.

Al Sindicato Médico del Uruguay con el CASMU, organismo asistencial mayoritario en Montevideo, y a la Federación Médica del Interior por su volumen en el resto del país, les cabe también directa e importante responsabilidad en su quehacer.

En la medida que todos asumamos las responsabilidades inherentes a cada nivel o lugar de actuación, con modestia sí, pero con firmeza, podremos avanzar en esta tan difícil tarea.

