

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA MEDICINA INTERNA
I LES ESPECIALITATS MÈDIQUES:
VIVÈNCIES PERSONALS,
PROBLEMES ACTUALS
I PERSPECTIVES DE FUTUR**

Discurs llegit per l'Acadèmic electe

MÀRIUS FOZ I SALA

el dia 7 de maig de 1995
en l'acte de la seva recepció

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona
1995



**LA MEDICINA INTERNA
I LES ESPECIALITATS MÈDIQUES:
VIVÈNCIES PERSONALS,
PROBLEMES ACTUALS
I PERSPECTIVES DE FUTUR**

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA MEDICINA INTERNA
I LES ESPECIALITATS MÈDIQUES:
VIVÈNCIES PERSONALS,
PROBLEMES ACTUALS
I PERSPECTIVES DE FUTUR**

Discurs llegit per l'Acadèmic electe

MÀRIUS FOZ I SALA

el dia 7 de maig de 1995
en l'acte de la seva recepció

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona
1995

Discurs llegit per l'Acadèmic electe
MÀRIUS FOZ I SALA

Excel·lentíssim Senyor President,
Molt Il·lustres Senyors Acadèmics,
Senyores i Senyors,

Siguin les meves primeres paraules, en el moment d'iniciar aquest discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, per expressar els meus sentiments d'emoció i d'agraïment. D'emoció per la importància i significació d'aquest moment en què sóc acceptat com a membre numerari d'aquesta insigne corporació, i en què d'alguna manera es culmina la meua vida professional i acadèmica. I d'agraïment vers els il·lustres membres d'aquesta docta institució que van fer la proposta i van aprovar la meua admissió, quan amb certesa altres possibles candidats a ocupar aquest lloc em podien superar en mèrits. Però, en aquest transcendental moment, els meus sentiments d'agraïment s'han d'estendre a totes les persones que m'han ajudat de manera decisiva en el curs de la meua vida, i en especial en la meua carrera professional i acadèmica.

Permetin que en aquesta relació d'agraïments, i en aquest breu resum biogràfic necessari per comprendre una de les raons del tema elegit per a aquest discurs, comenci per recordar els meus pares. Vaig perdre el meu pare, metge i fill de metge, l'any 1941, quan jo només tenia 12 anys i el meu germà Xavier 4. Vaig tenir temps, això no obstant, d'aprendre d'ell coses tan decisives com l'amor a la família, l'hàbit de l'estudi, i la ferma i entusiasta vocació cap a la professió mèdica, que vaig tenir la sort d'heretar. A la meua mare, que vam perdre aviat farà 3 anys, haig d'agrair-li, entre moltes altres coses, la seva gran fortalesa i tenacitat, en moments força difícils, perquè pogués començar els meus estudis de Medicina. Als meus estimats esposa

Carmina i fill Jordi els haig d'agrair el seu constant i estimulant amor i suport.

Quan s'iniciava el Curs 1951-52 i començava els meus estudis de Patologia i Clínica mèdiques a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, es va produir un fet, aparentment irrellevant, però que havia de resultar decisiu en la meva biografia. El meu cosí Amadeo Foz, de qui vaig aprendre moltes coses, i que em va donar sempre el seu consell i suport, em va presentar i introduir com a alumne intern a la Clínica Mèdica que dirigia el Prof. Agustí Pedro-Pons. S'ha dit moltes vegades, però potser no és inútil repetir-ho un cop més, que a la Clínica Mèdica A de l'Hospital Clínic de Barcelona es vivia un ambient de treball seriós i crític, d'inquietud científica i de fecunda relació entre les diverses especialitats mèdiques, que va resultar extraordinàriament estimulants per als estudiants i metges joves que vam tenir la sort de participar-hi i d'adquirir-hi la nostra formació. Bé és cert que la nostàlgia és absolutament estèril, perquè aquell model és del tot irrepètible. Els metges assistíem a l'Hospital sense cap tipus de remuneració ni contracte amb l'afany de formar-nos i atrets pel gran prestigi de l'Escola que dirigia el gran mestre de la Medicina interna catalana, el Prof. Pedro-Pons. En aquell ambient d'inquietud científica i acadèmica, més rellevant donada la precària situació general de la Medicina de l'època al nostre país, es van desenvolupar fermes vocacions vers la vida acadèmica. La fascinant figura del Prof. Pere Farreras i Valentí, mestre i model dels joves metges de la meva generació, va representar un dels elements dinamitzadors de les vocacions acadèmiques sorgides a la Clínica Mèdica A de l'Hospital Clínic de Barcelona. De tots els membres de l'Escola més grans que jo, internistes i especialistes, vaig aprendre molt, i també un estil de liberalitat, convivència i respecte mutu que en aquella Escola va ser modèlic. Cal citar aquí persones tan rellevants de la Medicina catalana, alguns il·lustres membres d'aquesta corporació, com Ricard Bacardí, Nicolau Magriñà, Jaume Rotés, Cèsar Pérez-Vitoria, Enric Piquer, Josep M. Vilaseca, Pere Barceló, Ramon Sales-Vázquez, Santiago Montserrat, Josep Vilar-Bonet, Ignaci Blajot, Amadeo Foz i Jordi Gras, a qui, a més, haig d'agrair haver assumit la direcció de la meva Tesi Doctoral. Però també vaig aprendre molt de companys i amics de

la meva generació i més joves que jo amb qui vam compartir la vocació científica i acadèmica en aquells esperonadors anys del postgrau. Cal citar entre aquests amics amb qui vaig compartir vocació universitària, alguns dels quals m'han precedit en l'ingrés en aquesta il·lustre Corporació, Ciril Rozman, Jordi Sans-Sabrafen, Antoni Caralps, Manuel Ribas Mundó, Joan García San Miguel i Miquel Dalmau, bon amic, a qui malauradament vam perdre de forma inesperada i prematura ara fa 6 anys. Membres més joves de l'Escola Pedro-Pons també van compartir la vocació universitària. Cal citar aquí tres catedràtics de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona: Jaume Guàrdia, Celestino Rey-Joly i Joan Rubiés. Amb ells he tingut llarga i fecunda relació, però especialment amb el Prof. Rey-Joly, col·laborador i amic des de la seva arribada a Barcelona l'any 1965.

En aquells anys de postgrau a la Clínica Mèdica A es va iniciar el meu interès cap a l'Endocrinologia sense abandonar la meva dedicació i estudi vers la Medicina interna general. Aquell llarg període de formació, que en cert aspecte equivaldria al programa MIR actual però sense contracte ni remuneració, seria jutjat heterodox i inviable en el moment actual, ja que em va conduir a una suposada competència en les especialitats de Medicina interna i d'Endocrinologia i Nutrició, i a l'obtenció, sense cap tipus de control, de les dues titulacions.

L'any 1968 es va produir la jubilació universitària del Prof. Pedro-Pons i el seu nomenament de Cap de Departament de Medicina Interna de l'Hospital de la Vall d'Hebron. Jo em vaig incorporar il·lusionadament, com a Cap de Secció, en aquest equip, que va ser el nucli inicial de l'avui tan prestigiós i potent Departament de Medicina de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. En els 15 anys que va durar la meva activitat professional en aquest Hospital es va continuar produint en les meves activitats la dicotomia Medicina interna-Endocrinologia que en cert aspecte ha acompanyat tota la meva vida professional i acadèmica. Com a internista, que era el càrrec "oficial", vaig contribuir a la posada en marxa de la Medicina interna, sota la direcció del bon amic Joan Pedro-Botet i del nou Cap de Departament Prof. Joaquim Tornos, quan es va produir el decés del Prof. Pedro-Pons l'any 1971. Entre els excel·lents internistes i bons amics que van col·laborar amb

mi en aquesta època cal citar Antoni Mirada, Celestino Rey-Joly i Pep Canals; altres excel·lents internistes es van formar amb nosaltres en aquest període i he tingut la sort que continuïn treballant amb mi al Servei de Medicina interna de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Com a endocrinòleg vaig tenir la sort de comptar amb la col·laboració de Josep M. Tresànchez, bon amic i especialista de sòlida formació. Conjuntament vam crear el primer nucli de l'Endocrinologia a l'Hospital de la Vall d'Hebron. Entre les diverses tasques apassionants que vam haver de realitzar, desitjo destacar la duta a terme en el camp de la diabetologia i en el de les malalties tiroïdals. Aquí haig de citar la col·laboració, preparació i entusiasme de tres bons amics: Francesc M. Domènech Torné, Cap de Servei de Medicina Nuclear, August Moragas, Cap de Servei d'Anatomia Patològica i Pepe Gómez Pérez, Cap de Servei de Cirurgia i gran expert en cirurgia tiroïdal, a qui vam tenir la dissort de perdre de forma sobtada i inesperada ara fa 4 anys. Anna M. Sanmartí i Xavier Formiguera, excel·lents amics i endocrinòlegs, es van formar amb nosaltres en aquella època. He tingut la sort que continuïn treballant amb mi a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona. La primera dirigint el Servei d'Endocrinologia i el segon coordinant la Unitat de Trastorns de l'Alimentació del nostre Hospital.

En aquests anys, especialment densos de la meva biografia professional i acadèmica, es va produir una notable activitat en el camp de les publicacions mèdiques, el meu accés a la màxima responsabilitat acadèmica i l'assumpció de diverses responsabilitats de gestió entre les quals va destacar el Vice-rectorat de Centres de l'Autònoma en moments especialment difícils en què s'havia d'acabar d'organitzar l'estructura docent de la Facultat de Medicina i s'havia de fer front al gran repte de posar en marxa el que inicialment havia de ser l'Hospital Clínic de l'Autònoma que després es va convertir en l'Hospital del Parc Taulí de Sabadell.

L'any 1983, en començar les activitats assistencials a l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, em vaig incorporar com a Cap de Servei de Medicina Interna en aquest nou centre hospitalari de l'Institut Català de la Salut. En aquest moment, jo voldria fer una breu consideració sobre la meva especialització dicotòmica, Medicina interna-Endocrinologia, que resulta

“heterodoxa” des del punt de vista d’una lectura restringida de la legislació vigent. Val a dir que el meu títol acadèmic de Catedràtic de Medicina, sense cap parèntesi, s’explica perquè la primera oposició a Catedràtic d’Endocrinologia es va produir a Espanya 7 anys després d’haver jo obtingut el màxim grau acadèmic. Alguna cosa semblant es va produir en la meua incorporació com a Cap de Servei de Medicina Interna a l’Hospital Universitari Germans Trias i Pujol quan encara l’Endocrinologia no havia iniciat les seves activitats i quan ho va fer va ser durant molt temps a nivell d’una plaça única de Cap de Secció. Bé és cert que no lamento aquesta meua dicotomia en l’especialització, que amb lectura restrictiva aquí i ara podria ser considerada anòmala, ja que en molts aspectes considero que ha estat positiva, productiva i fins i tot beneficiosa per estimular línies assistencials i de recerca.

Els últims 12 anys de la meua vida professional i acadèmica a l’Hospital Universitari Germans Trias i Pujol han resultat apassionants perquè m’han permès participar de forma molt activa en un ambiciós projecte assistencial, docent i de recerca que en els anys inicials semblava inabastable. No puc estendre’m en detalls sobre aquesta apassionant trajectòria de l’Hospital de “Can Ruti”. Faré alguna petita referència posterior sobre el meu concepte d’un Servei de Medicina interna en un gran hospital, però aquí vull destacar les meves activitats “atípiques” a l’Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona com a endocrinòleg. Per un costat cal citar el suport i col·laboració amb l’ara Servei d’Endocrinologia en el seu difícil procés de consolidació. L’entusiasme i tenacitat d’Anna M. Sanmartí, i la competència i eficàcia de les seves col·laboradores Anna Lucas i Isabel Salinas han permès assolir grans resultats malgrat la migradesa dels recursos. Ja he fet menció de la Unitat dels Trastorns de l’Alimentació adscrita al Servei de Medicina Interna i que s’ha convertit en important centre de referència d’aquest tan freqüent tipus de patologia. Desitjo també mencionar la important Unitat d’Immunologia del nostre Hospital, dirigida pel Prof. Ricard Pujol i Borrell, Catedràtic d’aquesta disciplina a la Universitat Autònoma de Barcelona. La consolidació d’aquesta unitat amb una línia de recerca de prestigi internacional en el camp de l’estudi de les endocrinopaties autoimmunitàries ha estat

un exemple del premi a la tenacitat i a la fe en un projecte, i també de la possible versatilitat de les competències professionals, aspecte que més endavant comentaré, ja que el Prof. Pujol Borrell a més de ser un excel·lent internista s'ha convertit en Catedràtic d'Immunologia a través de la passió per intentar contestar preguntes de gran transcendència teòrica i pràctica en el camp de l'Endocrinologia clínica.

L'elecció del tema

A través del fil conductor d'aquest esbós de biografia professional i acadèmica es deixa traslluir el meu interès pel tema de les especialitats mèdiques. Aquest interès explica l'elecció d'aquest tema com a eix vertebrador del present discurs. Val a dir, no obstant, que hi havia diverses raons de pes per no prendre aquesta decisió. Per un costat la dificultat intrínseca del tema, i per un altre que aquest ha estat tractat i debatut en molt diverses ocasions i amb molta profunditat. Cal citar aquí l'excel·lent discurs d'ingrés a aquesta Reial Acadèmia realitzat pel Prof. Alfons Balcells i Gorina l'any 1974 i les lúcides aportacions posteriors del Prof. Ciril Rozman. Les consultes bibliogràfiques als bancs de dades m'han demostrat una vegada més que l'intent de revisió era pràcticament inabastable, però al mateix temps que el tema té una extraordinària vigència i és motiu de gran preocupació actual als Estats Units. Finalment la decisió va ser la d'assumir el repte de tractar novament aquest tema a la Reial Acadèmia perquè els 20 anys transcorreguts des del discurs del Prof. Balcells permeten que s'analitzi novament el problema a través dels grans canvis que s'han produït en la nostra professió i els que es preveu que es produeixin en un futur no massa llunyà. Crec que, sense renunciar al suport bibliogràfic, pot ser útil que la meua reflexió sobre el tema es realitzi fonamentalment a través de l'experiència que he obtingut des de tres afortunats miradors de què he gaudit durant la meua vida professional.

El primer, i més important, és l'experiència obtinguda en els tres grans hospitals universitaris en els quals he tingut la sort d'exercir la meua activitat professional. Ja he fet referència de la situació de la Medicina interna i de les especialitats mèdiques a l'Hospital Clínic que vaig tenir ocasió de viure,

primer com a estudiant i després com a metge en el període 1954-1968. La situació d'aquella època, ben diferent de la modèlica organització actual del Departament de Medicina del Clínic, gravitava sota l'autoritat dels Catedràtics de Medicina interna, i, en el cas de la Clínica Mèdica A, de la del Prof. Agustí Pedro-Pons. L'experiència a l'Hospital de la Vall d'Hebron (1968-1983) va ser diferent, amb el progressiu desenvolupament i autonomia de les diverses especialitats mèdiques. El procés no va ser fàcil, i val a dir que no va ser ben entès per alguns excel·lents internistes de l'Escola Pedro-Pons que creien equivocadament que l'evolució no seria positiva per a l'eficàcia del Departament de Medicina. Recordo les apassionades discussions en què el Prof. Joaquim Tornos, cap del Departament, era acusat amablement de convertir-se en l'enterrador de la Medicina interna, en donar suport a la creació de l'avui dia modèlic Servei de Cardiologia de l'Hospital de la Vall d'Hebron... L'experiència viscuda a l'Hospital Germans Trias i Pujol al front del Servei de Medicina Interna ha estat extraordinàriament il·lustrativa del paper dels internistes als hospitals. Quan l'any 1983 l'hospital va iniciar les seves activitats només disposava de 200 llits, i a més dels Serveis centrals a l'hospital solament funcionaven els de Medicina interna, de Cirurgia general, de Traumatologia i de Medicina intensiva. Els internistes vam assumir el paper de generalista hospitalari, sense el suport de les especialitats mèdiques, com ocorre habitualment en els hospitals comarcals. A mesura que l'hospital anava guanyant en grandària i el tipus de patologia atesa en complexitat, es va anar comprovant la necessària incorporació de les especialitats mèdiques. Recordo l'èmfasi i la tenacitat amb què el Servei de Medicina Interna reclamava la incorporació d'especialistes com ara cardíologs i neuròlegs a les tasques de l'Hospital. L'estructura actual de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, ja amb 550 llits, és equilibrada, malgrat algunes mancances, i resulta evident que el Servei de Medicina Interna ha hagut d'ajustar les seves tasques, sense perdre la seva gran importància a l'Hospital, d'acord amb l'eficaç presència dels Serveis de les diverses especialitats mèdiques.

El segon mirador de privilegi ha estat el de les diverses activitats de gestió realitzades en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, i que van culminar en el prolongat període (1982-1990) en què vaig

tenir l'honor de presidir la seva Junta de Govern. Moltes vivències i experiències em van resultar molt gratificants durant aquest llarg període de servei a l'Acadèmia. En aquest cas, també, l'enriquiment propi més important va ser compartir inquietuds, sentiments d'amistat i voluntat de servei amb persones benvolgudes: Josep Laporte, Josep Alsina i Bofill, Oriol Casasas, Jordi Gol, Joaquim Ramis, Pere Pardo, Gonçal Lloveras. En el si de l'Acadèmia vaig conèixer en profunditat la vitalitat, maduresa i capacitat de les societats científiques del país i, en el seu moment, fou necessari procedir a l'històric i complexíssim procés d'endegar l'assumpció de les respectives personalitats jurídiques per a cada una de les 70 societats de l'Acadèmia, sense que aquest fet representés trencar els profunds lligams amb el tronc comú de la vella institució. Vaig tenir en aquests anys fonts d'informació privilegiada relatives a la solidesa i maduresa de les societats científiques al nostre país, però també, val a dir-ho, de certes posicions corporativistes que no valoraven adequadament els interessos generals i l'obligat ajustament entre les necessitats i possibilitats del sistema sanitari i les aspiracions de les diferents especialitats i subespecialitats mèdiques.

El tercer mirador privilegiat al qual desitjo fer referència ha estat en els últims anys el del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) creat per iniciativa del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Comissionat d'Universitats i Recerca. El CCECS ha disposat des del primer dia del suport de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i de l'impuls i de la imaginació creadora del seu director, el Prof. Albert Oriol Bosch. La complexa estructura actual presidida per Josep M. Bosch Banyeres ha iniciat un complicat procés d'anàlisi de les necessitats de recursos humans del nostre sistema sanitari, perquè la nostra administració sanitària hi pugui donar una adequada resposta d'acord amb les necessitats posades en evidència en el Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya. La Comissió de Medicina i especialitats relacionades que m'honoro de presidir ha començat a analitzar aquestes necessitats, aprofundint en aquesta fase inicial en les definicions, característiques, límits i competències de les especialitats mèdiques generalistes dels adults (medicina interna, medicina de família i comunitària, geriatría). Tres han de ser, segons el meu criteri, les línies de reflexió i de treball del CCECS

en aquest període inicial de la seva actuació. En primer lloc definir les autèntiques necessitats del país en les diverses especialitats en ciències de la salut, atenent no solament els llocs de treball actuals del sistema sanitari, i menys encara posicions corporativistes de les diverses especialitats, sinó, sobretot, la xarxa sanitària ideal per donar adequada resposta al Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya. La segona línia és la de definir les competències i la forma d'adquirir-les per a cada una de les especialitats i subespecialitats mèdiques. Bé és cert que en aquesta línia tenim una legislació vigent i un sistema, el MIR, que ha de tenir una valoració globalment molt positiva, però que sens dubte és tributari d'algunes modificacions després de 17 anys de vigència. Resulta evident que la titulació i la necessitat de disposar-ne ha de continuar vigent, però no hi ha dubte que la competència, la manera d'adquirir-la, de demostrar-la i de conservar-la és més important per al professional, per al malalt i per al sistema sanitari, que la simple possessió d'una titulació. La tercera línia de reflexió hauria de ser, segons el meu criteri, l'examen i la possible modificació de l'excessiva rigidesa del sistema quant a la transformació de les competències d'un professional en altres que li siguin properes. El sistema sanitari necessita el professional potencialment polivalent i el metge en la fase de formació de postgrau, i àdhuc més endavant, necessita possibilitats factibles de reorientar les seves competències i la seva activitat professional.

Medicina interna: concepte i definició. Esbós històric

La Medicina interna com a especialitat ha viscut sempre en una permanent dificultat de definir quin és el seu concepte i els seus límits, i aquesta dificultat s'ha incrementat notablement des que les diverses subespecialitats mèdiques han arribat a la seva plena autonomia i maduresa, i també des que l'activitat professional de la Medicina general està coberta per una especialitat generalista, al nostre país la Medicina de família i comunitària.

Com pot definir-se la Medicina interna? Utilitzant parcialment la definició emprada per la Comisión Nacional de Especialidades podria definir-se la Medicina interna com aquella especialitat que permet donar una atenció clínica integrada i completa, basada en un profund coneixement científic, a

adolescents i adults afectes de processos no quirúrgics. L'internista, per tant, ha de tenir una ampla experiència clínica, profunds coneixements científics i demostrada capacitat de perfeccionament professional i de responsabilització en la cura personal i contínua dels seus malalts. L'internista hauria d'actuar com a consultor d'altres especialistes i alhora ser capaç d'integrar i de coordinar l'opinió d'aquests en benefici de l'atenció integral del malalt. En oposició del subespecialista mèdic, quan aquest no se sent ni exerceix com a internista, l'especialista en Medicina interna no pot ni ha de contestar mai a un malalt que consulta per un problema mèdic, que "això no és de la seva competència"... En qualsevol cas hauria de dir que aquest aspecte dels seus problemes hauria de ser examinat amb més profunditat per un subespecialista. Entesa així l'especialitat, resulta evident que l'internista és l'especialista més competent per ocupar-se de l'atenció integral i integradora de l'adolescent i adult malalt, especialment quan està afecte de diverses malalties, o bé pateix malalties d'expressió multisistèmica.

William Osler, el gran mestre de la Medicina nord-americana, va predir l'any 1897 que la Medicina interna seria l'especialitat mèdica més completa, més sol·licitada i més gratificadora en el segle XX i una elecció vocacional excel·lent per als estudiants de Medicina. Aquesta predicció va ser vàlida, però només fins uns anys després de mig segle en què es va iniciar la gran crisi de la Medicina interna que després comentaré breument. El prestigi de la Medicina interna en els dos primers terços del segle va ser molt important, i l'exercici de l'especialitat a nivell excel·lent podia anar unit al màxim reconeixement universitari i hospitalari, i s'acompanyava sovint del paper de "consultor" amb el major triomf social i econòmic. Això ocorria als grans països europeus (Alemanya, França, Gran Bretanya), i també als Estats Units. En aquest últim país el desenvolupament de les diverses especialitats mèdiques i quirúrgiques va produir la creació dels diversos American Board de les diferents especialitats. La Medicina interna es va incorporar com a 12è Board d'especialitat l'any 1936, no sense certes reticències, perquè molts internistes creien que la Medicina interna no era una veritable especialitat o era quelcom més que una especialitat... La disgregació en subespecialitats de la Medicina interna va resultar del tot evident cap a la meitat dels anys 60,

i la sensació de crisi es va encara agreujar més quan també el metge general es converteix en especialista i als Estats Units, l'any 1969, es crea l'American Board de Family Practice. Mentrestant a Espanya, amb un cert retard, ocorrien coses semblants. En un cert aspecte podríem dir que el prestigi mític de la Medicina interna i dels internistes acabava amb la mort de dues figures del màxim ressò i prestigi en la Medicina interna espanyola: Carlos Jiménez Díaz (Madrid, 1967) i Agustí Pedro-Pons (Barcelona, 1971).

La crisi de la Medicina interna

Com molt bé assenyala Ciril Rozman en la seva lúcida contribució al tema, publicada a *Medicina Clínica* l'any 1981, la situació de la Medicina interna es pot definir autènticament de crisi i jo diria a més de gravíssima crisi per la seva profunditat i per la seva durada. Es va iniciar fa uns 30 anys, i només ara, i potser amb una visió massa optimista, comença a veure-s'hi una possible sortida. Com destaca Rozman, utilitzant la terminologia de Julián Marías, podem parlar de crisi tant a nivell personal com col·lectiu, quan estem desorientats, no sabem què fer, i sobretot quan no sabem autènticament què pensar. Val a dir que la crisi ha estat tan intensa que l'internisme s'ha plantejat àdhuc la validesa de la seva pròpia existència. Encara que la bibliografia prèvia sobre el tema ja era important, en els últims 20 anys s'ha produït una autèntica allau de publicacions sobre la crisi i el futur de la Medicina interna i també el tema ha estat debatut repetidament en Congressos nacionals i internacionals de l'especialitat. La revista en què aquest tema ha tingut un ressò més freqüent i intens ha estat *Annals of Internal Medicine*, òrgan de l'American College of Physicians.

La crisi es va anar aprofundint a mesura que les subespecialitats mèdiques anaven adquirint la seva maduresa, i alhora anaven reclamant i aconseguint primer la seva autonomia i, després, i més a Catalunya i a Espanya que en alguns països europeus i als Estats Units, la plena independència del tronc de la Medicina interna. Inicialment els subespecialistes disposaven tan sols d'àrees de policlínica i de gabinets d'exploració complementària i actuaven de consultors dels internistes generals, però ben aviat van anar reclamant i obtenint, als grans hospitals, àrees pròpies d'hospitalització amb assistència

i recerca clínica pràcticament independents, encara que teòricament formant part dels grans Departaments de Medicina interna.

Paral·lelament a la producció d'aquests fets l'internista pantiatre perdia de manera molt ràpida el seu paper de "consultor", i en un cert aspecte el seu prestigi professional. L'autoritat i el gran prestigi científic i social dels grans cirurgians i internistes quedaven ràpidament assumits pels "especialistes", mentre que els internistes generals no havien tingut temps ni oportunitat d'assumir el nou paper i les noves funcions, també com especialistes, en aquest cas com una "especialitat" generalista.

El desplegament de les especialitats va néixer amb les exploracions complementàries i va créixer amb el desenvolupament de tecnologies diagnòstiques i terapèutiques cada cop més sofisticades... La independència i l'aparent autosuficiència de les especialitats mèdiques van arribar a produir el fenomen que Centres o Hospitals fossin especialment coneguts per l'excel·lència d'algunes subespecialitats que en el seu moment van gaudir d'un extraordinari prestigi, com l'hospital monogràfic de l'Institut Nacional de Cardiologia de Mèxic, o el Servei de Nefrologia de l'Hospital Necker a París...

Mentre la situació dels internistes als hospitals, especialment als d'important grandària, quedava seriosament compromesa, el naixement, desplegament i finalment reconeixement de la Medicina de família com a especialitat amb la seva formació específica regulada venia a disminuir greument el paper que podien desenvolupar els internistes en l'atenció clínica general extrahospitalària. Tant ha estat així, que fins i tot s'ha arribat a posar en dubte, i amb raons "legals", que l'internista tingui la competència adequada per exercir aquesta funció assistencial.

Per completar la visió panoràmica d'aquesta profunda crisi cal dir unes poques paraules de l'evolució del paper de l'internista a la Universitat, en considerar els aspectes docents i de recerca. De manera paulatina, però progressiva, i amb certes variacions en diferents models d'universitat, l'internista general s'ha anat veient progressivament desplaçat pels subespecialistes en la seva tasca docent, en la qual abans era pràcticament l'únic protagonista. El tema té una gran complexitat, però com comentaré més endavant i malgrat aquesta tendència actual, crec que l'internista general ha de tenir en

un pròxim futur un paper molt important en els plans de docència de Medicina que les nostres Universitats estan posant en marxa.

En el tema de la recerca l'internista general s'ha anat trobant en una progressiva inferioritat davant dels subespecialistes integrats en potents estructures assistencials i de recerca dels hospitals universitaris. Però no hi ha dubte que l'internista d'alguna manera integrat a la Universitat no pot renunciar a la seva tasca investigadora. Dedicaré més endavant unes paraules a aquesta qüestió.

Com ja he comentat, la profunda crisi de la Medicina interna ha conduït al fet que l'internista hagi perdut el seu prestigi social, i en bona part la seva capacitat de liderat professional, hospitalari i acadèmic. Aquesta davallada del prestigi i de les expectatives professionals de la Medicina interna ha motivat el progressiu menor interès per a aquesta especialitat per part dels metges en formació de postgrau. Així, als Estats Units, ja en la primera meitat dels anys 70, el 80% dels residents que escollien el programa de Medicina interna seleccionaven posteriorment una formació addicional en una subespecialitat. Però la situació es va agreujar en els anys següents ja que, com destaca Robert Petersdorf, un dels prestigiosos internistes nord-americans que més s'ha ocupat d'aquest tema, mentre que l'any 1982 un 14,4% dels graduats a les Escoles de Medicina escollien com a especialitat la Medicina interna general, aquest percentatge va disminuir al 3,2% (!) l'any 1992... A Espanya la falta d'atractiu i de visibles perspectives per a l'especialitat s'ha traduït en la qualificació cada vegada menys brillant que els residents que sol·liciten Medicina interna han obtingut en l'examen del programa MIR...

Els senyals de la represa per a la Medicina interna

Crec que malgrat les dades tan preocupants que acabo de destacar, per primera vegada després de molts anys comencen a observar-se els senyals de la represa per a la Medicina interna. El primer fet a considerar és que el creixent prestigi i importància de les subespecialitats mèdiques, que ha estat paral·lel als constants avenços i a la progressiva complexitat produïda en les últimes dècades en el camp dels procediments diagnòstics i terapèutics de

les malalties mèdiques, ha produït un desplaçament excessiu de la dedicació a les diverses subespecialitats mèdiques en detriment del nombre de metges dedicats a les especialitats mèdiques generalistes, i molt en especial a la Medicina interna. Per estudiar aquest problema, l'any 1975 als Estats Units es va constituir el Federated Council for Internal Medicine format per l'American College of Physicians, l'American Society of Internal Medicine, l'Association of Professors of Medicine, l'Association of Program Directors in Internal Medicine i la Society of General Internal Medicine. En un document publicat l'any 1993 el Federated Council for Internal Medicine defensava el paper de l'internista com un especialista de l'atenció mèdica en pacients adults en l'àrea extrahospitalària. Per complir adequadament aquesta missió, en qualsevol cas complementària de la dels metges de família, els internistes havien de millorar les seves competències per actuar amb autoritat com a consultors, com a experts en la prevenció de malalties, en la promoció de la salut, en l'atenció continuada al malalt i en el tractament de les malalties cròniques i inguaribles.

Aquesta crida per a un major protagonisme dels internistes en l'assistència sanitària als Estats Units, no només als hospitals sinó també en la medicina ambulatoria ve donada per l'absoluta necessitat de redreçar l'excessiu protagonisme de les subespecialitats, que si bé ha resultat decisiu per obtenir extraordinaris avenços en les tècniques diagnòstiques i terapèutiques, també ha representat una disminució de l'atenció integral al pacient i en molts casos ha produït un innecessari encariment i complexitat de l'atenció sanitària. En un article publicat per Welch i col. l'any 1993 al *New England Journal of Medicine* s'aportaven dades molt importants referides a les variacions geogràfiques en les despeses sanitàries a les diverses àrees metropolitanes dels Estats Units. L'estudi demostrava que les despeses de l'assistència sanitària hospitalària i extrahospitalària disminueixen significativament quan és més elevada la proporció de metges generalistes de l'àrea metropolitana (metges de família i internistes). No hi ha dubte que dades com les del treball que acabo de citar poden no ser extrapolables a altres països i a altres sistemes sanitaris, i que en tot el que fa relació a l'assistència sanitària cal tenir en compte el factor qualitat que per altra part en els temes de salut

resulta tan difícil de quantificar. Això no obstant, és comprensible que les autoritats sanitàries tan preocupades, i amb raó, amb el gran increment de les despeses, relacionat en bona part amb les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques, desitgin que en un pròxim futur els metges generalistes assumeixin un major protagonisme en l'activitat global de l'assistència sanitària. S'argumenta que en el moment actual als Estats Units una tercera part dels metges són generalistes mentre que al Canadà ho són la meitat i al Regne Unit dues terceres parts. El problema es considera tan important que diverses publicacions nord-americanes insisteixen en l'absoluta necessitat d'invertir les tendències actuals i d'aconseguir que en un futur la meitat dels metges nord-americans es dediquin a especialitats generalistes d'atenció primària, la qual cosa es considera que dona la relació cost/benefici més beneficiosa des del punt de vista sanitari. Entre altres mesures s'està intentant promocionar la dedicació a la Medicina interna general dels residents que inicien els programes de Medicina interna per arribar a aconseguir que el 50% d'aquests metges no comencin posteriorment un programa de subespecialitat. Això no obstant, en un recent i documentat estudi publicat a *JAMA* per Richard Cooper, en el qual es valora també l'increment global del nombre de metges als Estats Units en un pròxim futur, es considera que aquesta fita del 50% segurament seria excessiva, i que potser la proporció d'un terç dels nous metges que es dediquessin a especialitats generalistes seria suficient per donar resposta a les necessitats futures del sistema sanitari. A Espanya sembla que disposem d'un 43% de metges generalistes, proporció satisfactòria i molt pròxima a la situació actual d'Alemanya (39%) i de França (44%).

Si arguments vinculats a la planificació sanitària d'un pròxim futur, condicionada en part a raons econòmiques, fan besllumar unes perspectives més optimistes per a les especialitats generalistes, i molt concretament per a la Medicina interna, m'agradaria també fer un breu comentari sobre l'avaluació en els últims anys de l'actitud i de les activitats de les Societats de Medicina interna i dels seus congressos tant a Catalunya com a Espanya. Jutjo que l'evolució ha estat i és en l'actualitat esperançadora, i també pot ser indicadora d'un senyal de represa per a l'especialitat. Coincidint amb els

pitjors anys de la crisi de la Medicina interna els congressos a l'Estat espanyol van anar perdent interès i prestigi a mesura que els congressos de les subespecialitats eren cada vegada més concorreguts i eren més prestigiosos. Els congressos de Medicina interna que s'anaven trobant cada vegada més sense temes "propis" inclouïen sovint com a Ponències o temes d'estudi el de la crisi i el futur de l'especialitat... A Catalunya, i en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, la Societat catalana de Medicina interna es constituïa l'any 1960, quan ja l'Acadèmia tenia 27 societats especialitzades. Val a dir que els primers anys d'activitats d'aquesta Societat van ser representatius dels problemes i de la crisi d'identitat de la Medicina interna en aquells anys. El primer senyal de represa en aquest àmbit a Catalunya es va produir en la convocatòria i celebració l'any 1983 del primer Congrés català de Medicina interna degut a la iniciativa i imaginació del seu President, el Dr. Miquel Dalmau i Círia. El Congrés va tenir un gran èxit i ressò perquè es va tenir l'habilitat d'introduir un canvi qualitatiu molt important, que era el d'oblidar els suposats temes "propis" de la Medicina interna i abordar estudis de grans àrees temàtiques de la Medicina amb la plena participació i integració dels corresponents subespecialistes, experts en els temes, tant nacionals com estrangers. El "model català" de la Societat i Congressos de Medicina interna es va anar imposant a poc a poc fins que va promoure els canvis de la Sociedad Española de Medicina Interna que estava sumida en una profunda crisi, i que avui dia funciona amb una renovada eficàcia com una Federació de Societats de Medicina interna.

A Catalunya els símptomes de represa del prestigi de la Medicina interna són visibles en la qualitat dels congressos organitzats per la Societat catalana de l'especialitat i en la d'altres reunions i activitats organitzades pels internistes, sobretot pels que treballen en els hospitals comarcals del país. És ben evident que un dels canvis més positius de la Sanitat catalana des que hem recuperat la nostra autonomia ha estat l'extraordinària millora en la quantitat i qualitat de la xarxa dels nostres hospitals comarcals. Resulta evident que el grau de protagonisme dels internistes en aquests hospitals en relació al dels subespecialistes mèdics és molt més gran que el que es dona en hospitals de tercer nivell. En un excel·lent document elaborat per 33 Caps de Servei de

Medicina interna d'Hospitals comarcals de Catalunya, publicat l'any 1993 a *Medicina Clínica*, s'abordava l'estudi en profunditat dels canvis de la Sanitat catalana i el paper decisiu que els citats Serveis de Medicina interna haurien d'aportar en aquest procés de canvi.

Ningú no dubta que en els hospitals de tercer nivell, malgrat que aquests disposin de Serveis autònoms amb llits d'hospitalització de les diverses subespecialitats mèdiques, els Serveis de Medicina interna continuen tenint una gran importància en l'estructura assistencial de l'hospital, i a més tenen una missió crucial, com després comentaré, en la docència del pregrau i del postgrau. L'experiència ha demostrat en els últims anys que la incidència de la patologia infecciosa intra i extrahospitalària associada en bona part a la dramàtica epidèmia de la síndrome d'immunodeficiència adquirida, i per altra part l'increment de l'edat mitjana de la nostra població amb el conseqüent augment de les afeccions crònic-degeneratives sotmeses a freqüents aguditzacions i complicacions, han fet que les importants dotacions d'hospitalització dels Serveis de Medicina interna dels grans hospitals resultin sovint insuficients. Per altra part en els hospitals comarcals amb dotacions de facultatius lògicament molt més reduïdes, l'internista ha d'assumir una tasca assistencial decisiva, amb un suport reduït dels subespecialistes i variable segons la grandària de l'hospital, i que ha de ser dedicat sobretot a les consultes externes, als gabinets d'exploracions complementàries i a les interconsultes.

L'important paper que té, i que ha de tenir en un pròxim futur, l'internista en els hospitals, sigui quina sigui la seva grandària, no ha d'estar limitat al malalt hospitalitzat sinó que ha de tenir un gran protagonisme, del qual en cap cas no pot dimitir, a les àrees d'urgències, i també en la policlínica, aspecte aquest últim que sovint no ha estat ben comprès. No hi ha dubte que l'hospital del futur, i per raons òbvies en relació a la millora de la funcionalitat i a la disminució de les despeses, ha de disposar de menys llits i ha de reforçar les seves estructures de policlínica i els seus Serveis centrals. En aquesta Policlínica, que ha de ser més eficaç i dinàmica i ha d'estar oberta a l'alta tecnologia quan sigui necessària, l'internista ha de tenir un paper central com a consultor de l'atenció primària i com a interconsultor

amb els diferents gabinets que ofereixen les tecnologies diagnòstiques i terapèutiques.

La situació i el protagonisme de l'internista en l'assistència sanitària en un pròxim futur, en el qual preveig que superarà la profunda i llarga crisi que ha sofert, hauria d'acompanyar-se per una clara definició del paper que l'internista ha de tenir en la docència i en la recerca. Quant a la docència de pregrau, els nous plans de les Facultats de Medicina de les Universitats catalanes que han començat a posar-se en marxa fan èmfasi en el canvi des d'un ensenyament primordialment teòric i per assignatures clàssiques cap a un nou sistema en què tinguin més protagonisme l'ensenyament pràctic, les tutories, la promoció de les tècniques d'autoaprenentatge i els seminaris interactius per aconseguir l'adquisició per part dels alumnes de les actituds, habilitats i aptituds que permetin assolir les competències bàsiques per exercir la professió mèdica. Resulta evident que en aquest marc docent els professors de Medicina que són internistes generals han de tenir un important protagonisme, i molt especialment en l'inici del període clínic. En els últims cursos de la carrera els subespecialistes mèdics podran col·laborar eficaçment en la docència, però sobretot si conserven en la seva formació i en la seva visió del malalt els trets fonamentals i la visió integradora de la Medicina interna. L'alumne ha d'adquirir una formació clínica no només basada en el malalt hospitalitzat sinó també en l'àmbit extrahospitalari, i en aquest cas els internistes i altres especialistes generalistes han de tenir el màxim protagonisme. És cert que al nostre país s'han de produir encara alguns canvis estructurals i sobretot d'actituds perquè es produeixi el fet positiu que bona part de la xarxa sanitària pública, tant els hospitals comarcals com els centres d'assistència primària, s'incorpori de manera efectiva i real a les tasques docents.

En el cas de la docència de postgrau, la formació dels residents, la importància dels internistes i dels Serveis de Medicina interna resulta decisiva, perquè totes les especialitats mèdiques, i amb raó sobrada, inclouen en el seu rotatori estances prolongades en els citats serveis. Aquesta és una raó més per defensar la necessitat de Serveis de Medicina interna potents en els Hospitals de tercer nivell, encara que aquests disposin d'àrees d'hospitalitza-

ció autònomes per a totes les subespecialitats mèdiques. Però, si la situació ja és aquesta en el moment actual, la necessitat de grans serveis de Medicina interna en els hospitals docents serà encara més imperiosa si es produeixen canvis, com sembla probable, en el sentit que els programes de formació de les especialitats mèdiques incloguin un llarg període inicial de formació troncal en Medicina interna.

I quant a la recerca, quina funció han de tenir els internistes? Ja he comentat que l'internista general s'ha vist en bona part progressivament desplaçat dels programes de recerca en els hospitals unversitaris, ja que com és lògic són les subespecialitats les que disposen de més possibilitats i oportunitats per aprofundir en la recerca clínica. L'internista general sense una especial dedicació a un tema o a un particular tipus de patologia difícilment troba l'oportunitat per realitzar una recerca clínica de qualitat. Per altra part resulta freqüent que una gran dedicació a les tasques assistencials i docents absorbeixi la seva dedicació professional i l'aparti de l'interès per les tasques de recerca. Aquesta situació, en general, no és bona per a l'internista, especialment quan aquest treballa en un hospital de tercer nivell. La falta de participació en les tasques de recerca, tan valorades en els grans hospitals, pot disminuir la valoració del professional i la seva autoestima induint en algunes ocasions sentiments de frustració. La meua opinió, que en línies generals coincideix amb la que defensava Ciril Rozman en un excel·lent article que va publicar a *Medicina Clínica* l'any 1981, és que els internistes en l'àmbit universitari haurien d'integrar-se plenament a les tasques de recerca. Aquesta integració, això no obstant, és sovint difícil, sobretot si l'internista no té un tema de dedicació especial dintre de la Medicina interna. En el Servei que m'honoro de dirigir s'han produït excel·lents exemples d'aquesta recerca clínica monogràfica que sempre he intentat afavorir: malaltia tromboembòlica, Manuel Monreal; SIDA, Bonaventura Clotet; obesitat mòrbida, Xavier Formiguera; patologia del drogoaddicte, Jordi Tor i Robert Muga, i infeccions intrahospitalàries, Miquel Sabrià i M. Lluïsa Pedro-Botet. Cal dir que a part de la recerca clínica de l'internista afavorida i promoguda per línies de treball específiques dintre dels Serveis de Medicina interna, una línia d'investigació que podria ser molt apropiada per a l'internista general és

la de l'epidemiologia clínica. De fet, com molt bé comenten Pozo, Ricoy i Lázaro, en una recent i excel·lent revisió sobre el tema, s'ha investigat molt poc sobre el procés de la pràctica clínica i desconeixem molt de com els metges obtenen i utilitzen la informació clínica, com apliquen els coneixements diagnòstics i terapèutics, com fan els pronòstics i com avaluen els interessos i les preferències dels pacients. Resulta evident que la pràctica clínica en tota la seva complexitat conté una sèrie de preguntes i problemes que estan per contestar, i sobretot aquells que fan referència a la relació cost-benefici de les actuacions mèdiques i a l'impacte de la pràctica clínica, tant guaridora com preventiva, sobre la qualitat de vida del pacient. Crec que aquesta temàtica té unes grans perspectives i possibilitats, i representa un camp de recerca amb un gran interès teòric i pràctic que resulta molt idoni per a l'internista.

Això no obstant, cal acceptar que la pràctica de l'internisme general, tan necessària en l'assistència sanitària i en la docència no propicia en absolut la tasca investigadora, i que quan aquesta no es pot realitzar o no assoleix un grau destacat no és just que aquesta realitat disminueixi greument la valoració global de la tasca de l'internista. Hauriem de ser capaços, a més de tenir en compte el mitificat "factor d'impacte" de les publicacions, de valorar adequadament un altre "factor d'impacte", que no hauria de tenir menys importància, que és el de la tasca diària de màxima qualitat en l'assistència i la docència, i que entre altres elements de valoració dóna lloc a l'elaboració d'aquest document de la màxima importància en l'assistència sanitària que és la història clínica.

La necessària renovació de la Medicina interna: nous continguts, noves competències

En aquest camí obert a la sortida de la crisi, en què la Medicina interna ha de recuperar una bona part del seu protagonisme i importància en l'assistència sanitària, l'especialitat ha de fer un esforç de renovació i d'adequació de les seves competències a les tasques que hauria de portar a terme en un pròxim futur i per donar una adequada resposta als canvis que es produeixen en les demandes assistencials. En la meua opinió les tasques de la Medicina

interna i dels internistes no poden ni han de quedar limitades a l'àrea dels malalts que necessiten hospitalització. Ja he comentat el paper que ha de tenir l'internista en els Serveis d'Urgències i en les àrees de policlínica que han de tenir un gran creixement i ampliació de funcions en l'hospital del futur.

Un dels problemes greus que segons el meu criteri ha gravitat negativament sobre l'eficàcia i el rendiment del sistema sanitari ha estat el dèficit de coordinació i de col·laboració entre els diversos nivells assistencials de la xarxa sanitària del nostre país. A Catalunya disposem afortunadament d'una excel·lent xarxa hospitalària amb suficient nombre de centres de diferents grandària i complexitat, i l'atenció primària, encara amb dèficits i disfuncions importants, ha experimentat una notable millora en els últims anys, amb centres d'assistència primària amb una excel·lent qualitat dels serveis. Però, en canvi, encara hi ha una important solució de continuïtat entre el nivell assistencial hospitalari i el de l'atenció primària amb problemes de falta de fluïdesa i de comunicació que graviten molt negativament sobre l'eficàcia global del sistema i de l'atenció integral, coordinada i continuada del malalt. En aquest vessant l'internista té una funció molt important, sempre que modifiqui la seva actitud actual excessivament centrada en el malalt hospitalitzat. L'increment experimentat en el cost diari del llit d'hospitalització obliga a una política de gestió sanitària cada dia més rigorosa per intentar disminuir els dies d'estada mitjana dels malalts hospitalitzats. Per altra part l'increment progressiu de l'edat mitjana dels malalts atesos pel Servei Català de la Salut, i consegüentment l'increment de les malalties crònico-degeneratives i de les seves aguditzacions, i al mateix temps l'augment de la prevalença de les afeccions més específicament geriàtriques com la demència i la consegüent disminució de l'autonomia d'una part de la població, obliga i obligarà a un creixent esforç d'assistència sanitària que hauria de ser compatible amb una disminució o si més no amb una absència de creixement dels llits d'hospitalització. En aquests diversos camps d'actuació, l'internista, col·laborant i complementant l'acció d'altres especialitats generalistes haurà de tenir un important protagonisme.

Cal, per tant, afegir nous continguts i competències a l'especialitat de Medicina interna per donar una adequada resposta a aquestes diferents

demandes de l'assistència sanitària. Els internistes actualment en exercici hauran d'adquirir o millorar aquestes àrees de competència, i els programes de formació de l'especialitat hauran de modificar-se d'acord amb les noves tasques assistencials que el sistema exigirà a l'especialista en Medicina interna. Entre les competències que haurà d'adquirir o millorar l'internista general cal citar la de modificar les actituds globals vers el metge d'atenció primària, recuperant en cert aspecte el paper de consultor, però abandonant totalment les actituds elitistes del metge hospitalari, adquirir una especial preparació en el seguiment i tractament de les malalties cròniques i en les possibles tècniques de rehabilitació, assolir àmplies aptituds en medicina geriàtrica, i en especial en aquelles situacions que afecten l'autonomia dels pacients, mantenir el seguiment de les malalties inguaribles i conèixer les tècniques pal·liatives orgàniques i psicològiques, mentre aquestes no siguin assumides per altres professionals o centres plenament competents en aquesta tasca, i adquirir experiència i preparació en la valoració econòmica de la pràctica clínica i en el coneixement de la relació cost/benefici en la utilització de l'alta tecnologia.

*Medicina interna i altres especialitats generalistes:
confluències i disparitats*

Una de les assignatures pendents de la Medicina interna per a la sortida definitiva de la greu crisi en què ha estat immersa és la de definir amb la màxima claredat possible les seves peculiaritats i característiques pròpies davant de les altres especialitats generalistes amb les quals té importants similituds i nexes d'unió. Al nostre país les especialitats mèdiques que poden ser definides com a generalistes són la Medicina de família i comunitària, a la qual caldria sumar el gran nombre de metges generals que, sense la citada titulació, exerceixen una similar funció a l'atenció primària, la Medicina interna, la Pediatria i la Geriatria.

Dedicaré en primer lloc unes paraules al tema de la relació de la Medicina interna amb la Pediatria i amb la Geriatria, per ocupar-me després de les relacions més complexes i en cert aspecte més difícils amb la Medicina de família i comunitària. Mentre que l'atenció de les malalties mèdiques de

l'adult ha de ser portada a terme, com després comentaré, de manera complementària per metges de família i internistes, l'atenció mèdica integral al nen, tant en l'àrea hospitalària com extrahospitalària, recau en el nostre país, sobretot, en els especialistes en Pediatria. Les competències específiques que es necessiten per a l'atenció mèdica integral, tant guaridora com preventiva, del lactant i del nen, fan que aquesta opció assistencial, sancionada per la legislació vigent, sigui sens dubte la millor. No existeixen problemes de competències entre la Pediatria i les especialitats generalistes de l'adult com no siguin les artificioses, i mai greus, del moment en què el nen o adolescent deixa de ser-ho i convé que ja sigui atès pel metge d'adults que té tantes competències com el pediatre per fer-ho. En aquest punt, que a mi em sembla de menor importància, s'ha volgut que la "norma legal" decidís el que en qualsevol cas hauria de tenir en compte variacions o preferències individuals. Cal citar, això no obstant, que semblen una mica ridícules algunes progressives reivindicacions de prolongació artificial de "l'edat pediàtrica" que com s'ha dit amb sentit de l'humor faria que fos l'hora d'anar pensant en la creació de la subespecialitat d'obstetrícia i ginecologia pediàtrica... Un tema no resolt, a vegades conflictiu, i per sort no legislat, és el camp de les subespecialitats mèdiques en l'edat pediàtrica. Per exemple, qui ha d'atendre el nen diabètic? El pediatre que sovint no té suficient preparació i experiència en el difícil maneig de la diabetis tipus I, o bé l'endocrinòleg que no té l'específica competència pediàtrica? Evidentment la resposta general no pot ser la de dir que la diabetis del nen ha de ser tractada sempre per un especialista en endocrinologia pediàtrica, entre altres raons perquè aquesta especialització no està oficialment reconeguda. En aquest cas, com en tants d'altres, que fan referència a l'assistència sanitària, el sistema ha de ser prou flexible per valorar en benefici dels malalts tant les titulacions com la capacitat polivalent dels professionals i les seves reals competències. Aquesta reflexió pot ser també útil per dir unes paraules sobre el tema de la Geriatria al nostre país. A Espanya només 153 metges es registren com a geriatres, mentre que hi ha quasi 8.000 pediatres i 46.000 generalistes de l'adult entre metges generals, metges de família i internistes. Això vol dir que a l'Estat espanyol hi ha un nombre mínim d'especialistes en Geriatria, amb la parado-

xa que hi ha una Comisión Nacional de Geriatria, que és la que diu com s'han de formar els aspirants a tenir el títol "oficial" de Geriatria. A Catalunya aquests metges titulats són pràcticament inexistents, però en canvi les persones d'edat avançada amb problemes de pèrdua o disminució de l'autonomia, que són les tributàries d'una atenció especialitzada, són correctament ateses quan tenen aquests problemes aguts en els hospitals, especialment en els Serveis de Medicina interna, i quan presenten dèficits i problemes crònics, encara que continua havent-hi carències, són atesos cada dia amb més eficàcia per les Unitats Funcionals Interdisciplinars Sòcio-sanitàries (UFISS) de Geriatria, pels Programes d'Atenció Domiciliària Especialitzada Sòcio-sanitaris (PADES) i pels centres especialitzats. En la meua opinió les previsions de l'increment progressiu de les necessitats d'atenció geriàtrica a Catalunya no han de plantejar importants problemes a la Sanitat pública si som capaços d'articular les necessitats amb una oferta professional basada més en l'atenció multidisciplinària, en la polivalència dels professionals i en l'adquisició de noves competències, que no pas en les titulacions "oficials". Per altra part no hem d'oblidar que l'atenció geriàtrica en els processos aguts ja s'efectua amb plena garantia i eficàcia en els hospitals, sense que sigui en absolut necessari ni convenient la creació de Serveis hospitalaris de Geriatria, i, quant a l'atenció crònica als malalts geriàtrics amb dèficit o falta d'autonomia, és més important l'actuació d'altres professionals (infermeres especialitzades en geriatria, rehabilitadors, assistents socials, psicòlegs) que no pas la dels propis metges geriatres. Malgrat les anteriors paraules, resulta evident que necessitem que a Catalunya més metges es dediquin a aquesta àrea d'activitat professional. Crec, això no obstant, que aquests geriatres s'haurien de formar fonamentalment no a través del sistema MIR i la "legislación vigente", sinó a través dels generalistes d'adults amb l'adquisició complementària de les competències necessàries per exercir amb plena garantia aquesta funció assistencial.

Haig de revisar ara breument un tema de més complexitat i dificultat: les confluències i disparitats entre la Medicina interna i la Medicina de família i comunitària, les seves respectives competències, i les seves diferents i complementàries missions en l'assistència sanitària. Haig de començar fent èmfa-

si en el fet que la funció del metge de família és bàsica en el sistema sanitari i que l'actual increment del nombre de professionals especialitzats en aquesta àrea de competència resulta molt positiva i esperançadora per millorar globalment els programes d'atenció a la salut. En l'especialitat de Medicina de família i comunitària reconeguda a Espanya l'any 1978, i inclosa per primera vegada en el programa MIR l'any 1979, s'intenta no solament recuperar la figura de l'enyorat metge de capçalera, sinó dotar aquest especialista d'una orientació vers els problemes de la salut comunitària. Aquest doble vessant de l'especialització és positiu sempre que el segon component sigui complementari del primer, que per a mi és bàsic i irrenunciable, és a dir, que el metge de família ho sigui autènticament, amb la recuperació de tots els valors positius de confiança i de transferència que tenien els bons metges de capçalera que tots recordem. Veig amb preocupació que alguns models d'equips d'atenció primària s'integren i es coordinen sense donar la deguda prioritat a l'atenció personalitzada, i en principi no transferible, que en la meua opinió ha de caracteritzar el metge de família. En alguns centres d'atenció primària els malalts es queixen amb raó que en diferents visites són atesos per diferents metges de l'equip, i en alguns centres d'atenció primària a Andalusia els metges de l'equip s'especialitzen l'un a tractar la bronquitis crònica, l'altre la hipertensió arterial, l'altre la diabetis *mellitus*... No cal dir que aquests models que confio que no siguin imitats a Catalunya estan molt lluny de l'objectiu de recuperar la figura de l'autèntic metge de família que hauria de ser "metge de persones i no metge de malalties", com reivindicava amb raó Jordi Gol i Gurina, metge internista de sòlida formació, que va iniciar la seva pròpia reforma de l'atenció primària exercint com un excel·lent metge de família en col·laboració amb els professionals d'infermeria. L'altre vessant del metge de família, el comunitari, és sens dubte important i ha de reforçar els aspectes preventius i de promoció de la salut dels quals ha de tenir cura el metge d'atenció primària, sempre que aquesta dedicació no disminueixi la missió fonamental assistencial que ha d'assumir el metge general.

Si s'analitzen amb atenció les competències que han de tenir metges de família i internistes per exercir amb eficàcia els seus respectius papers en

l'assistència sanitària integral del pacient adult en el nostre sistema de salut, podem veure que algunes competències han de ser compartides, la qual cosa no s'ha d'amagar, ja que les dues són especialitats mèdiques de base generalista de l'adult. Però si analitzem les competències específiques dels dos tipus de professionals comprovarem la plena justificació que constitueixen dues especialitats diferenciades. És evident, per exemple, que els metges de família han de ser més competents en les àrees de la salut familiar i comunitària, en pediatria, en salut mental, en coneixement i habilitats en problemes de poca gravetat d'obstetrícia i ginecologia i d'altres especialitats quirúrgiques, mentre que, en canvi, els internistes han de ser més competents, per exemple, en el coneixement i habilitats diagnòstiques i terapèutiques de les malalties mèdiques greus, i molt especialment de les multisistèmiques, en la formació bàsica en les àrees de les diferents subespecialitats mèdiques i en l'àrea de les indicacions de l'alta tecnologia basades en criteris científic-mèdics, però també en l'anàlisi del cost-benefici per al malalt i per al sistema sanitari.

Les relacions entre els metges de família i internistes, que haurien de ser més intenses, no haurien de ser mai competitives per a llocs de treball i haurien d'estar basades en la complementarietat de funcions en el sistema sanitari. L'internista hauria de ser el "consultor" natural del metge de família, sense caure mai en la temptació d'assumir un rol jeràrquic, quan els problemes del malalt superen les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques pròpies de l'atenció primària.

Abans de finalitzar aquest tema desitjo fer una breu consideració que pot semblar una mica heterodoxa. Ja he dit que crec perfectament justificat que la Medicina de família i comunitària i la Medicina interna siguin dues especialitats clarament diferenciades amb cicles de formació separats, de duració diferent, i crec també oportú que la formació del metge de família es realitzi fonamentalment en el centre d'atenció primària i la de l'internista a l'hospital, però malgrat això les dues especialitats són complementàries i tenen similituds, per tal com han d'assumir globalment dins del sistema sanitari l'atenció integral mèdica del malalt adult. D'acord amb aquest comentari, crec que el sistema hauria d'adquirir la suficient flexibilitat per què, després de comprovar de manera fefaent que s'han adquirit les correspo-

nents competències complementàries el metge de família pogués convertir-se en un internista i viceversa. Crec que no és bo que alguns metges de família visquin i actuïn com a internistes frustrats, i que seria millor crear i legalitzar possibilitats raonables de canviar d'especialitat i de paper professional dins del sistema sanitari... La situació inversa també és possible, i el sistema continua essent impermeable a aquest desig del professional, àdhuc a l'inici del seu període de formació. Un dels residents de Medicina interna del Servei que dirigeixo va declarar de manera fefaent i raonada en finalitzar el seu primer any que havia descobert que la seva autèntica vocació era la Medicina de família i no la Medicina interna. Tots els esforços van ser inútils... La rigidesa del sistema va fer impossible aquesta rectificació. El resident acabarà la seva formació en Medicina interna i serà, sens dubte, un excel·lent internista, i espero i desitjo que quan acabi la seva formació de postgrau, d'alguna manera es pugui acabar convertint en un metge de família, si és que l'omnipotent sistema i la "legalidad vigente" no ho impideix...

Les especialitats mèdiques o les subespecialitats de la Medicina interna: un problema només semàntic?

Al llarg d'aquest discurs que entra ja a la seva recta final, he utilitzat de manera indistinta la denominació "especialitats mèdiques" o "subespecialitats de la Medicina interna" en referir-me a les diferents àrees de competència específica dintre del gran tronc comú de la Medicina interna. Ja he fet referència de tot el que ha representat la creació i el creixement de les especialitats mèdiques des del punt de vista del progrés científic i de la millora en les tècniques diagnòstiques i terapèutiques de les malalties mèdiques, però també del que ha representat aquest fet des del punt de vista de la important crisi d'identitat de la Medicina interna. Quan Pedro-Pons parlava del tema de les especialitats mèdiques afirmava que aquests especialistes era bo que no perdessin el seu nexa d'unió amb el tronc comú de la Medicina interna, i així deia que havien de ser considerats com a internistes-cardiòlegs, internistes-neuròlegs, etc... Aquesta mateixa tesi és defensada per diferents experts que s'han ocupat del tema, entre ells Ciril Rozman, que creu que aquests especialistes han de ser denominats subespecialistes perquè de fet

tenen una àrea de competència específica en una de les branques de la Medicina interna. Entesa així, aquesta nomenclatura tindria una gran importància conceptual, indicant que els subespecialistes mèdics, d'alguna manera se senten internistes i conserven parcialment les competències pròpies de la Medicina interna. Aquesta concepció de gran interès teòric i pràctic entroncaria amb el concepte i la praxi de la formació de postgrau nord-americana en la qual es realitza una formació prèvia en Medicina interna, que equival a una autèntica especialització, abans d'aprofundir en les competències pròpies de la subespecialització. De fet aquesta situació seria desitjable en molts aspectes, però està molt allunyada de la realitat actual, al nostre país, sobretot quan s'examina la relació entre internistes i especialistes mèdics en els grans hospitals universitaris, i també quan s'observa la dinàmica pròpia de les especialitats mèdiques quant a reivindicacions d'àrees assistencials i quant a desplegament d'activitats de docència i de recerca. En la pràctica pròpia dels grans hospitals, la complexitat de la tasca assistencial de la subespecialitat allunya cada vegada més el professional de les competències i identificació amb el paper de la Medicina interna. Això passa encara més quan l'especialista es veu abocat a una tasca tècnica cada vegada més específica, però sens dubte d'extraordinària importància assistencial. Resulta en línies generals il·lusori demanar competències i identificació amb la mentalitat d'internista al cardiòleg dedicat a l'hemodinàmica, al digestòleg que només es dedica a la fibroendoscòpia o al pneumòleg que pràcticament no surt del gabinet de proves funcionals... S'ha d'admetre, això no obstant, que malgrat que aquests tipus d'especialistes són indispensables per a una òptima assistència també ho són altres subespecialistes més polivalents, normalment més joves, i que conserven competències d'internistes i que en altres nivells assistencials poden tenir funcions complementàries importants com, per exemple, en els serveis d'urgències.

En un excel·lent article, publicat l'any 1991, Eugene Braunwald, de la Harvard Medical School, analitza els dos models contraposats de convivència d'internistes i altres especialistes mèdics en els hospitals i comenta amb preocupació que als Estats Units ha sorgit la pregunta de si les subespecialitats mèdiques han de continuar integrades en els Departaments de Medicina

interna... Els dos models citats són el clàssic de l'organització vertical i el de l'horitzontal, en què les diferents especialitats mèdiques no tenen a la pràctica cap tipus de nexa organitzatiu que coordini les seves activitats. De fet hi ha arguments per defensar els dos tipus d'organització. Seria argument a favor de l'organització horitzontal el fet que un malalt afecte, per exemple, de cardiopatia isquèmica, tindria accés més fàcil i directe als professionals més competents en el diagnòstic i tractament d'aquesta malaltia sense haver de passar les "barreres artificials" d'una organització vertical. Un altre argument estaria en relació amb el més fàcil accés als ajuts al desplegament tecnològic o als programes de recerca, ja que aquests sempre estan pensats per a aparells o sistemes o per a una determinada malaltia, per exemple, afeccions càrdio-vasculars o càncer. No obstant això, altres arguments apunten a la necessitat de conservar o recuperar les clàssiques organitzacions de tipus vertical. Un d'ells és que malgrat que el subespecialista és el professional més competent per diagnosticar i tractar la malaltia pròpia del seu camp específic de competència, pot tenir certa tendència a no donar la deguda importància a altres malalties o afeccions del pacient, situació que pot conduir a un defecte a l'atenció integral del malalt, i de vegades a la petició de col·laboració a altres especialitats cosa que pot fer excessivament complexa i cara l'atenció sanitària a un determinat malalt. Un altre argument que seria també favorable a la conservació dels models verticals és que l'internista és, o hauria de ser, el professional més competent per valorar de manera global el cost-benefici de l'accés a l'alta tecnologia no tenint en compte només un determinat problema diagnòstic o terapèutic sinó també la possible presència d'altres afeccions concomitants, l'expectància de sobrevivència del pacient i la seva qualitat de vida.

Com poden convergir aquestes anàlisis i visions aparentment tan contraposades? Quina és la situació actual als hospitals de tercer nivell catalans en relació a aquest problema? Contestant en primer lloc a la segona pregunta haig de dir que en general el model horitzontal s'està imposant als nostres hospitals. De fet l'administració ha contribuït quelcom en aquesta direcció en considerar a extingir la figura del Cap de Departament de Medicina interna en els Hospitals de la Seguretat Social. L'intent posterior de corregir

aquesta decisió en crear la figura del Coordinador de Medicina no ha reeixit per diverses raons que no puc analitzar en profunditat.

El predomini actual en els nostres grans hospitals del model horitzontal té també desfavorables conseqüències quant al grau d'assistència a les sessions clíniques i científiques de l'Hospital que són de caràcter general o pertanyen al Departament de Medicina. D'aquesta evolució, en tenim dilatada experiència al nostre Hospital, malgrat els esforços esmerçats per intentar evitar aquesta tendència. En general, crec que s'han de fer nous esforços per recuperar els aspectes positius, però no evidentment els negatius, dels antics Departaments de Medicina interna. Per aconseguir aquests objectius crec que s'haurien de posar en marxa algunes mesures. La Medicina interna i les especialitats mèdiques haurien d'estar integrades en un Departament o Divisió que hauria d'anomenar-se només de Medicina i no de Medicina interna. Potser, com defensen Ciril Rozman i altres experts, la denominació ideal seria la de Departament de Medicina interna i la dels especialistes mèdics la de subespecialistes, però crec que en el moment actual aquesta visió és bastant incompatible amb la realitat. Un cardiòleg o un neuròleg pot sentir-se plenament integrat en un Departament o Divisió de Medicina, si veu que els avantatges superen als inconvenients, però acceptarà amb molta més dificultat, en la situació actual, una integració sota la denominació de Medicina interna. Un altre aspecte molt important per recuperar tots els valors positius de l'organització vertical fa referència a la coordinació del Departament o Divisió. Aquesta no hauria d'incloure connotacions jeràrquiques, ja que el màxim grau científic-tècnic hauria de ser el de Cap de Servei. L'accés a la coordinació no hauria de ser un càrrec de confiança de l'administració o de la gerència sinó un càrrec rotatori de caràcter electiu, al qual evidentment podrien concórrer internistes generalistes i subespecialistes. Aquesta visió integradora permetria superar bona part dels aspectes positius de l'organització vertical sense que les subespecialitats disminueixin substancialment els avantatges que l'estructura organitzativa horitzontal els ha anat atorgant.

Per aconseguir millors resultats en aquest procés de recuperació de la coordinació d'internistes i subespecialistes mèdics en els hospitals de tercer nivell, cal una reflexió col·lectiva en què els diversos especialistes mèdics,

sense renunciar als seus drets, acceptin també uns deures que em semblen indiscutibles. Els internistes haurien de defensar el paper fonamental de la Medicina interna com a especialitat generalista de gran transcendència en l'atenció integral mèdica del malalt adult i en la docència de pregrau i postgrau, i les diverses funcions que haurien de realitzar per complementar la funció bàsica que exerceixen els metges de família en l'atenció primària. Al mateix temps, però, haurien de renunciar totalment a les temptacions de considerar-se hereus primordials de l'aurèola de la "tradició osleriana" (medicina integral, profunditat científica de la formació, gran nivell en la comunicació metge-malalt, valors ètics de la professió) i renunciar, també, a totes les possibles temptacions jeràrquiques en relació amb els professionals dedicats a una de les branques de la Medicina interna. Els subespecialistes haurien de defensar les àrees pròpies i autònomes d'actuació per donar la millor assistència al malalt, i per desenvolupar adequadament la recerca clínica i la tasca docent pròpia de l'especialitat, però haurien d'intentar conservar, sempre que fos possible, el màxim nombre de competències del tronc comú de la Medicina interna i evitar caure en la fàcil temptació d'adoptar postures "corporativistes" que en nom de la "millor atenció al malalt" defensin una organització sanitària basada només en el punt de vista propi de l'especialitat.

Tendències i escenaris del pròxim futur. El repte de l'impacte dels grans canvis en la sanitat del demà

Il·lustres acadèmics, senyores, senyors, permetin-me que abans d'acabar dirigeixi breument la meua atenció vers els canvis que ens aportarà el pròxim futur. Malgrat que aquestes previsions són sempre difícils, no hi ha dubte que els grans canvis que han començat a produir-se en els àmbits de les ciències biomèdiques, però també en els socials, econòmics i culturals, fan preveure que el sistema sanitari en el seu conjunt i els professionals de les ciències de la salut hauran d'iniciar també un gran canvi per donar una adequada resposta a les noves demandes.

El Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS), amb el suport de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), ha realitzat un estudi sobre

Tendències i Escenaris que actuen sobre les Competències Professionals en Ciències de la Salut, basat en la tècnica mini-DELPHI, mitjançant la consulta a un ampli *panel* d'experts. Aquesta excel·lent iniciativa ha comprovat que l'opinió majoritària dels consultats està d'acord amb les premisses que plantegen i defineixen les crisis i canvis previsibles en un pròxim futur per al sistema sanitari i per als seus professionals. Cal citar entre els principals factors i problemes relacionats amb els canvis esmentats, els següents: els produïts per les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques contínuament en progrés quantitatiu i qualitatiu, els canvis en la tradicional relació paternalista metge-malalt cap a un procés de major protagonisme i participació de l'usuari en la presa de decisions, l'increment de la Medicina preventiva com a conseqüència en part del programa de l'OMS "Salut per a tothom en l'any 2000", concretat en el nostre país en el "Pla de Salut de Catalunya 1993-1995", els importants canvis demogràfics amb increment de la proporció de gent gran i per tant del nombre de malalties crònico-degeneratives, l'increment progressiu i aparentment il·limitat de les necessitats amb uns recursos necessàriament limitats, i finalment els problemes derivats de l'adquisició i manteniment de noves competències per part dels professionals per donar adequada resposta a les noves demandes.

Quines respostes hauran de donar el sistema sanitari i els seus professionals a aquests problemes i a aquestes demandes? No hi ha dubte que l'alta tecnologia diagnòstica i terapèutica haurà de ser d'alguna manera regulada i prioritzada i que en aquest procés forçosament complex hi hauran de participar entre altres professionals els metges i els gestors, però també els representats dels usuaris. El sistema sanitari haurà de comptar amb especialistes altament competents en tècniques molt concretes i específiques en un nombre limitat de centres (per exemple: hemodinamistes, experts en angioplàstia transcutània, especialistes en el diagnòstic per la imatge en el vessant de les seves tècniques invasives, experts en les diverses tècniques diagnòstiques i terapèutiques de la fibroendoscòpia). Però al mateix temps el sistema sanitari haurà de comptar amb un major nombre de generalistes competents (metges de família i internistes), i també de subespecialistes polivalents amb bona formació en Medicina interna per a millorar la medicina extrahospitalària,

tant la preventiva com la guaridora, i donar una òptima atenció a l'ampli ventall de malalties i factors de risc de gran prevalença i que en general no necessiten ni l'atenció hospitalària ni l'alta tecnologia. Cal citar la malaltia pulmonar obstructiva crònica, l'asma bronquial, l'ulcus pèptic, la diabetis *mellitus* tipus II, l'obesitat, la hipertensió arterial i altres factors de risc de malaltia cardíoc-vascular, com les dislipoproteïnèmies i el tabaquisme. Els professionals, a més de ser millors prestadors d'assistència primària, hauran de tenir més competències en comunicació, en el pensament crític, en economia aplicada, i en sociologia, antropologia i epidemiologia. A més hauran de ser millors coneixedors del comportament humà, ser participants, líders i gestors d'equips de salut, defensors de les necessitats de la comunitat a la qual presten servei, a la qual, a més, hauran de retre comptes... Resulta evident que l'adaptació dels professionals de ciències de la salut als nous papers que el sistema i les necessitats canviant demanaran d'ells haurà de passar per canvis profunds en el sistema d'organització sanitària que a mi em semblen tan necessaris com difícils d'aconseguir. Aquests canvis haurien d'anar dirigits des d'un sistema rígid, tancat i no comunicatiu, basat només en les titulacions, cap a un altre de funcional, flexible, permanentment adaptable, basat en part en certa polivalència dels professionals i en les competències avaluable.

Alguna de les afirmacions que acabo de fer potser a algú li semblaran excessivament agosarades o rupturistes, però deixant a part la seva difícil viabilitat a curt termini, crec que el repte del futur hauria d'anar venent la tendència a la inèrcia i a la defensa de corporativismes i de tradicionalismes immobiliestes.

Una bona part dels conceptes que he analitzat breument en aquest intent de besllumar els canvis que el pròxim futur depararà a l'administració sanitària i als professionals de ciències de la salut, incideixen de manera molt directa sobre el concepte, competències i funcions de les diverses especialitats mèdiques, temes que he intentat d'analitzar al llarg d'aquest discurs. No cal dir que en aquest context de reforma, la millora de l'atenció primària, i en general de la medicina extrahospitalària, ha de constituir un objectiu primordial per a les especialitats mèdiques de base generalista. Entre les fites a

aconseguir per a l'atenció primària, cal citar l'increment de la Medicina preventiva amb una lluita específica contra els factors de risc, i l'atenció personalitzada als pacients i a les famílies amb millora de llur grau de satisfacció.

El gran procés de canvi que hem d'escometre ha de ser precedit per un profund període de reflexió que en part ja s'ha iniciat. Hem d'intentar limitar, tot el que sigui possible, els corporativismes professionals que poden resultar esterilitzants, i procurar tenir, en canvi, una visió més general i globalitzadora de les demandes i necessitats assistencials del pròxim futur, i de la millor manera de donar-los adequada resposta. En aquest procés de reflexió en què hi han de prendre part l'administració sanitària, les institucions, les societats científiques, els gestors i els professionals de les ciències de la salut i els usuaris a través dels seus representants, ha de participar-hi també, i estic segur que amb molta eficàcia, aquesta insigne Corporació. Espero que aquestes reflexions sobre l'ahir, l'avui i el demà de les especialitats mèdiques hagin estat una petita contribució a l'inici d'aquest gran procés de canvi cultural de les professions sanitàries davant del repte del pròxim futur. He dit. Moltes gràcies per la seva atenció.

BIBLIOGRAFIA

- BALCELLS A. Especialización e integración en Medicina. Vigencia de la Medicina interna. Barcelona: Real Academia de Medicina de Barcelona, 1974.
- BARONDESS JA. The future of generalism. *Ann Intern Med* 1993; 119: 153-160.
- BRAUNWALD E. Subspecialists and internal medicine: a perspective. *Ann Intern Med* 1991; 114: 76-78.
- BRYAN CS. What is the Oslerian tradition? *Ann Intern Med* 1994; 120: 682-688.
- COOPER RA. Seeking a balanced physician workforce for the 21st century. *JAMA* 1994; 272: 680-687.
- Federated Council for Internal Medicine. General internal medicine and general internist: recognizing a national need. *Ann Intern Med* 1992; 117: 778-779.
- Federated Council for Internal Medicine. Generating more generalists: a agenda of renewal for internal medicine. *Ann Intern Med* 1993; 119: 1.125-1.129.
- Institut d'Estudis de la Salut. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut. Barcelona, 1994.
- Jefes de Servicio de Medicina interna en los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de Medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la sanidad. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 587-590.
- KASSIRER JP. Primary care and the affliction of internal medicine. *N Engl J Med* 1993; 328: 648-651.
- LIPKIN M, LEVINSON W, BARKER R, KERN D, BURKE W, NOBLE J et al. Primary care internal medicine: a challenging career choice for the 1990s. *Ann Intern Med* 1990; 112: 371-378.
- PETERSDORF R, GOITEIN L. The future of internal medicine. *Ann Intern Med* 1993; 119: 1.130-1.137.
- POZO F, RICOY JR, LÁZARO P. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud: I. La epidemiología clínica. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 664-669.
- ROZMAN C. Reflexiones sobre la Medicina interna en la Universidad. *Med Clin (Barc)* 1981; 76: 193-202.
- SHROEDER SA, SHOWSTACK JA, GERBERT B. Residency training in internal medicine: time for a change? *Ann Intern Med* 1986; 104: 554-561.
- STEIN JH. Grand cru versus generic: different approaches to altering the ratio of general internists to subspecialists. *Ann Intern Med* 1991; 114: 79-82.
- STEVENS R. Issues for American internal medicine through the last century. *Ann Intern Med* 1986; 105: 592-602.
- The Task Force on the Future Internist, American Board of Internal Medicine. The future internist. *Ann Intern Med* 1988, 108: 139-141.
- WELCH WP, MILLER ME, WELCH HG, FISHER ES, WENNBURG JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* 1993; 328: 621-627.

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari
CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Excel·lentíssim Senyor President,
Molt Il·lustres Senyors Acadèmics,
Senyores i Senyors,

Donar la benvinguda oficial al professor Màrius Foz com a membre d'aquesta Reial Acadèmia constitueix per a mi un gran honor i a la vegada una enorme satisfacció personal. Aquesta satisfacció neix, per una banda, d'una coincidència biogràfica profusament reiterativa. En efecte, vam néixer el mateix any, fórem companys de curs a la Facultat de Medicina, tots dos ens vam formar a la gran Escola Catalana de Medicina Interna d'en Pedro i Pons, i tots dos seguïrem la vocació universitària al camp de la Medicina interna. Però, per altra banda, la nostra coincidència no ha estat exclusivament biogràfica, sinó també en projectes i esforços comuns, dels quals cal destacar per sobre de tots la nostra cooperació per assolir que la revista *Medicina Clínica* sigui avui dia la millor en el seu gènere a l'Estat espanyol. Les coincidències biogràfiques i els esforços comuns van desembocar en la sòlida amistat que ens professem.

En Màrius Foz va néixer l'any 1929 al si d'una família de tradició mèdica, però, en perdre el pare a la seva infantesa, va haver d'adoptar el paper de figura paterna des de molt jove, fet que li va donar un grau de maduresa tan gran que, ja al començament de la nostra carrera de medicina, la seva seriositat contrastava amb la de la resta de companys. El seu tarannà serè, reflexiu i ple de seny l'ha caracteritzat al llarg de tota la vida i li ha permès d'assolir nombrosos èxits professionals i acadèmics que intentaré resumir breument.

Foz va iniciar els estudis a la Facultat de Medicina l'any 1948 i, tal com ell acaba de dir, a partir del quart curs, es va incorporar com a alumne intern a la Clínica Mèdica A, bressol de tantes i tantes vocacions universitàries en el camp de la Medicina interna. A partir d'ací, la seva brillant carrera és ben coneguda i, en els seus trets essencials, ens l'acaba de recordar. La seva triple tasca universitària –assistencial, docent i investigadora– es va desenvolupar a tres institucions: al mateix Hospital Clínic i la seva Facultat de Medicina de la Universitat Central, després a l'Hospital de la Vall d'Hebron, on es va desplaçar amb el mestre Pedro-Pons, i, finalment, a l'Hospital Germans Trias i Pujol, ambdós hospitals vinculats a la Universitat Autònoma.

A les tres institucions ha desenvolupat una fructífera tasca en dos vessants que ell anomena dicotòmics, la Medicina interna i l'Endocrinologia. En aquesta doble dedicació ha estat un exemple d'internista modern, el qual, sense renunciar mai a la visió generalista i integradora, ha estat capaç de promoure i dur a terme activitats en un terreny més concret. I dintre d'aquesta tasca especialitzada no s'ha limitat a crear un sòlid i prestigiós nucli d'endocrinologia, sinó que, a partir d'ella, s'ha ocupat de fomentar la creació de la Unitat de Trastorns de l'Alimentació. Seu és també en gran mesura el mèrit de la creació del prestigiós nucli d'immunologia en la mateixa institució. La seva capacitat de promoure iniciatives científiques no s'ha limitat al camp hospitalari, sinó que ha tingut un abast molt més ampli, com ara Catalunya i, fins i tot, l'àmbit estatal, com ho demostra la creació de la Societat Espanyola d'Obesitat, de la qual va ser el promotor i el primer president.

A més, Foz ha realitzat una producció científica vastíssima: prop de 300 treballs científics en bona part apareguts a prestigioses revistes internacionals, és autor, coautor o codirector d'unes 20 monografies i d'uns 20 llibres dels quals voldria destacar-ne dos: la *Terapèutica en medicina interna* –que amb les seves dues edicions, s'ha convertit ja en un clàssic entre nosaltres–, i *Bases de la medicina interna*, continuador d'una prestigiosa *Patologia general*. En aquesta breu recensió de les activitats de Foz no es pot oblidar la seva importantíssima i ja esmentada tasca a la revista *Medicina Clínica*. Al llarg de 30 anys hi ha ocupat els càrrecs de secretari de redacció, de subdirector i, finalment, de director executiu. Considero que la situació privilegiada actual

de *Medicina Clínica* es deu en gran mesura als seus esforços. També ha dirigit la revista *Endocrinologia*, òrgan de la Societat Espanyola d'Endocrinologia. Finalment, desitjo subratllar la seva destacada obra al davant de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears on, amb gran visió integradora, va ser capaç de dur a terme el procés de reconeixement jurídic de cadascuna de les 70 societats científiques que la formen, sense perdre la unitat de l'Acadèmia.

D'entre els nombrosos i merescuts reconeixements, només en citaré dos: el títol de membre d'honor atorgat per la Societat Espanyola d'Endocrinologia i la Medalla Narcís Monturiol al Mèrit Científic i Tecnològic, concedida per la Generalitat de Catalunya. Finalment, encara que sigui obvi, però seria injust no manifestar-ho, vull esmentar el fet que darrere o al costat d'un gran home hi ha una gran dona. I aquest cas no constitueix cap excepció: una part important dels èxits de Màrius Foz és deguda a la seva muller Carmina, que li ha sabut donar el suport necessari perquè pogués dur a terme la seva brillant tasca acadèmica i professional amb tota la profunditat i la dedicació necessàries.

L'excel·lent discurs que acaba de pronunciar el recipiendari ens demostra la seva gran preocupació i els seus amplis coneixements sobre el tema de la Medicina interna, producte de profundes reflexions. Així, em plau confessar que, en gran mesura, comparteixo totes les seves preocupacions i els seus punts de vista sobre la Medicina interna. Que la nostra coincidència no és estrictament biogràfica i d'esforços en tasques comunes, sinó que també és conceptual sobre la Medicina interna, ha quedat palès en nombrosos paràgrafs del magnífic discurs que acabem de sentir. I que el professor Foz l'hagi escollit com a tema del seu discurs, segurament no es deu tan sols al fet que ha tingut l'oportunitat de situar-se als tres grans miradors dels quals diu que ha gaudit durant la seva vida professional. Estic convençut que l'esmentada elecció ha estat també conseqüència d'haver patit en carn pròpia la transformació soferta per la Medicina interna els darrers 40 anys. Com a exponent d'una nova generació d'internistes acadèmics –que hem intentat mantenir una visió integradora en l'exercici de la nostra professió, a la vegada que per la necessitat d'un rigor intel·lectual, ens hem polaritzat

científicament cap a una àrea específica– ha sofert la incomprensió per les dues bandes. Quan parla amb un cert sentit tràgic de dicotomia professional, reflecteix aquesta incomprensió. Estic convençut que, amb molta freqüència, no ha estat acceptat ni pels internistes ni pels endocrinòlegs. Per als anomenats internistes purs, ha comès la traïció d’haver-se polaritzat en les seves recerques cap a l’endocrinologia; per als endocrinòlegs purs, ha pogut ésser considerat com un diletant o afeccionat i no com un autèntic especialista.

No es pot negar que la Medicina interna ha patit i continua patint una profunda i perllongada crisi, que tal vegada amb un caire optimista podríem catalogar d’etapa de transformació i d’adaptació a les noves circumstàncies. Seria un romanticisme impropï d’una ment tan pragmàtica com la del professor Foz reclamar, per a la nostra realitat diària actual i per al segle vinent, la privilegiada situació osleriana de la Medicina interna, molt ben representada a Espanya per les figures de Jiménez Díaz i Pedro-Pons. És obvi que ell no ho fa i coincideixo amb ell a assegurar que el model esmentat és ja històric.

Però, per altra banda, la meua coincidència amb els seus punts de vista és absoluta quan reclama la plena vigència de la Medicina interna, i això a totes les institucions hospitalàries, de qualsevol nivell. Un dels arguments que a mi em sembla particularment vàlid estableix una analogia amb el cos humà. De la mateixa manera que el funcionament de l’organisme humà no és una simple suma de diferents aparells i sistemes, l’atenció assistencial a un malalt no pot ser una senzilla aposició de diferents especialitats. Moltes vegades tenim l’oportunitat de veure un malalt que ha tingut la desgràcia de ser reconegut per una sèrie d’especialistes consecutius, cadascun d’ells de categoria innegable, però sense cap criteri integrador. Amb freqüència és només la visió de conjunt d’un internista amb una sòlida formació general la que dona la solució del problema. Un altre argument, objectivat amb molta lucidesa pel recipiendari, és l’econòmic. Està clarament demostrat que l’assistència integrada per un internista general és molt menys cara que l’exercida per una suma de subespecialistes. I, avui dia, en què les despeses en matèria de sanitat ultrapassen les possibilitats pressupostàries fins i tot dels països més rics del món, això adquireix una importància cabdal.

Aquestes són les raons per les quals als hospitals comarcals i d'altres de segon nivell la figura mèdica assistencial per excel·lència és l'internista general. Però aquest professional ha de tenir un lloc assegurat també als hospitals de tercer nivell, com molt bé defensa el professor Foz. Es podrà discutir la proporció entre les diverses instal·lacions, però, al si dels departaments de medicina dels hospitals del màxim nivell, han d'existir àrees d'hospitalització i de policlínica on siguin atesos els malalts que hagin estat classificats prèviament segons el diagnòstic. Això és absolutament necessari per als pacients amb multimorbiditat o portadors de malalties sistèmiques o simplement patidors de problemes complexos i no diagnosticats.

Quant al paper de l'internista en la docència, coincideixo també amb el recipiendari. És evident que es comencen a implantar noves tendències en l'ensenyament de pregrau, com per exemple el Pla d'estudis orientat a problemes (PEOP), que vam tenir l'oportunitat de discutir en aquesta institució durant el curs passat. En els nous mètodes d'educació mèdica, tindran més protagonisme l'ensenyament pràctic, les tutories, la promoció de tècniques d'autoaprenentatge i els seminaris interactius. És innegable que, en tots aquests casos, els internistes generals tindran un gran paper, ja que poden transmetre amb més facilitat la visió integrada de la pràctica mèdica. La importància de la Medicina interna general durant l'ensenyament postgraduat i en l'educació mèdica continuada, no la discuteix ningú.

El professor Foz analitza amb precisió un tema particularment difícil: la situació dels internistes generals davant de la recerca. Fa referència a un article que vaig publicar fa bastants anys i que encara continuo considerant com a vàlid avui dia. Al si dels departaments universitaris, les dues fites més difícils d'aconseguir són que els especialistes mantinguin la formació suficient per poder veure malalts no classificats segons el diagnòstic i que els internistes duguin a terme tasques investigadores amb rigor i seriositat. És utòpic pretendre que tots els especialistes mantinguin la capacitat assistencial en Medicina interna general. N'hi ha alguns, com per exemple els dedicats a exploracions tècniques especials tipus hemodinàmica, endoscòpies o proves funcionals de modalitats diverses, que probablement han de renunciar a mantenir aquella capacitat, però que a la vegada han de ser alliberats de

veure malalts. Però per a la resta d'especialistes fóra altament desitjable que mantinguessin el seu entrenament a un nivell suficient per tal de poder orientar qualsevol malalt en una primera visita. Algunes institucions nord-americanes, com la Clínica Mayo, distribueixen les primeres visites expressament per facilitar aquesta formació continuada. Cal organitzar la vida dels departaments de medicina de tal forma que es possibiliti el reciclatge constant dels especialistes en Medicina interna general. Si aquests no mantenen la visió integrada de la medicina durant l'exercici professional, acaben fent malament la seva pròpia tasca especialitzada. El segon gran repte dels departaments universitaris de medicina és que l'internista general faci recerca. I perquè això sigui possible, cal en primer lloc una mentalització necessària. Ha d'entendre que una cosa és l'assistència –global, general, integrada– i una altra, la recerca, que ha de quedar limitada a una petita parcel·la. L'internista general no tan sols no perd la capacitat de visió general si en la seva recerca es dedica a una àrea limitada, sinó que això li facilita la visió de profunditat necessària per a la resta dels camps de la medicina. I el professor Foz ha entès perfectament aquest model i ha estimulat nombroses línies de recerca de tipus específic entre els seus col·laboradors del Servei de Medicina Interna General.

Ben poca cosa, per no dir res, he d'afegir a les consideracions del recipiendari respecte a la necessària renovació de la Medicina interna, amb la creació de nous continguts i noves competències, com també respecte a les interessants relacions que pot haver-hi entre la Medicina interna i altres especialitats generalistes. Coincideixo particularment en la idea que l'internista general, per una banda, pot tenir un paper molt eficaç en l'assistència primària i que, per l'altra, el metge de família o de Medicina comunitària pot ser vàlidament reciclat com a internista dels hospitals.

Desitjo, en canvi, analitzar breument les consideracions del professor Foz respecte al model d'organització dels departaments de medicina als hospitals de tercer nivell. Organització vertical?, amb predomini jeràrquic dels internistes sobre els especialistes o, si es vol, amb una altra terminologia, de l'internista general sobre l'internista subespecialitzat? Encara que algú cregués que aquest model fóra el millor, la visió seria utòpica perquè dins de la

nostra realitat diària no sembla possible. Organització horitzontal?, amb una simple aposició latero-lateral dels diferents serveis que pertanyen al gran bloc de la Medicina interna o, si es vol, de la medicina (per contraposició de la cirurgia i altres especialitats)? Encara que hi hagi moltes tendències en aquest sentit i, fins i tot, la realitat diària a moltes institucions no és gaire diferent, coincideixo amb el recipiendari en el fet que aquest model és rebutjable per insuficient. Cal fer esforços d'imaginació i de generositat per tal de trobar mecanismes que permetin una vida en comú dels serveis que integren els departaments de medicina, és a dir, per tal que aquests serveis s'organitzin en un model horitzontal, però prou coordinat i integrat perquè no perdin la unitat necessària. I això és perfectament factible, nomenant el cap de departament, càrrec que ha de ser rotatori i electiu entre els professionals, siguin generalistes o especialistes, com també establint comissions d'assistència, de docència i de recerca. També s'han de fer esforços –particularment difícils– per establir activitats acadèmiques conjuntes, tan beneficioses per a tothom encara que no tothom ho entengui així. Per experiència personal sé que és més fàcil organitzar les estructures dels departaments, que en un cert sentit són escenaris de la lluita per al poder, que no pas una autèntica vida en comú, que per altra banda em sembla absolutament imprescindible per garantir una millor assistència per als malalts i una bona tasca educativa als seus tres nivells (pregrau, postgrau i educació mèdica continuada). I, fins i tot, la qualitat de la recerca es pot veure beneficiada si els seus resultats són presentats i analitzats críticament a les sessions acadèmiques conjuntes.

No cal dir, finalment, que coincideixo plenament amb el professor Foz sobre la necessitat d'adaptació als grans canvis sanitaris de demà. La importància dels aspectes epidemiològics i preventius sobre els curatius, la priorització intel·ligent d'uns recursos cada vegada més insuficients, l'aplicació assenyada dels criteris empresarials a la gestió sanitària, l'avaluació acurada de nous mètodes diagnòstics i terapèutics, són només unes quantes qüestions que han de ser debatudes amb profunditat, ànim serè i gran disposició constructiva.

Ha arribat el moment de cloure aquest parlament de benvinguda tot i que la densitat del discurs presentat justificaria encara molts més comentaris.

Tots som conscients dels grans mereixements del professor Foz per entrar a formar part d'aquesta corporació. Avui, gràcies al seu parlament, hem pogut comprovar que, a més de ser un gran metge, és un profund coneixedor dels problemes a què s'enfronta la Medicina interna en particular i la sanitat en general. El seu concurs a la nostra corporació serà d'una vàlua innegable i, per tot això, senyor president, us prego que procediu a fer efectiu el seu ingrés a la Reial Acadèmia.

Moltes gràcies