Conceptualització i pràctica de la Medicina Interna en el segle XX

Lluís Masana

Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Introducció

Les consideracions que sobre l'evolució de la Medicina Interna presentem a continuació, s'han d'entendre com una reflexió personal, i, lluny d'una anàlisi històrica dels darrers cent anys, són el fruit d'una visió centrada principalment en el darrer quart de segle. La tesi que desenvoluparé vol argumentar que la Medicina Interna durant els darrers cent anys ha passat d'entendre's com La Medicina, en majúscules, a ser una especialitat mèdica per finalment evolucionar cap a una forma de ser i de fer de metge.

Una evolució trepidant

En aquesta evolució han influït tant els avenços en els coneixements mèdics, com els tecnològics i la forma mateixa de la pràctica clínica. En la segona meitat del segle xx s'ha produït un desenvolupament científic molt superior als precedents 5.000 anys d'història. Pensem que no fa gaire celebràvem els centenaris d'esdeveniments clau com el descobriment dels raigs X, o de la mateixa aspirina. En començar el segle no feia pas gaire que es coneixien els bacteris i altres microorganismes com a agents etiològics, i no fa gaire més de cinquanta anys que disposem de substàncies amb capacitat antibiòtica. Aquest segle ha estat el de la descoberta de les bases del codi genètic i de l'aplicació de biologia molecular a la medicina. Fa poc més de quinze anys que no disposem, de forma generalitzada, d'elements sense els quals ara ens semblaria que no podríem treballar: els ordinadors.

El primer gran canvi del segle pel que fa a l'exercici de la medicina s'ha basat sens dubte en la ubicació física on es produeix l'acte mèdic. Del domicili particular i la capçalera del pacient als centres sanitaris. L'internista ha estat el motor de l'avenç científic, de la qualitat assistencial, del rigor docent, el dinamitzador cultural dels centres sanitaris. La figura de l'internista pren plena vigència amb el desenvolupament de la medicina hospitalària. L'atenció mèdica als hospitals va deixar de ser un recurs destinat sols a les persones sense mitjans per convertir-se en els darrers trenta anys en una pràctica d'excel·lència. Els hospitals van passar a ser els centres d'alta tecnologia que avui coneixem. En aquests centres figures senyeres de la Medicina Interna com Jiménez Díaz a Madrid, o els Pedro Pons, Farreras, Bacardí, Rozman a Catalunya, fan de la Medicina Interna l'activitat mèdica més prestigiosa i la més eficaç. Resolen els problemes clínics, inicien les tasques d'investigació clínica, i es responsabilitzen de la docència. L'internista és el centre de l'activitat hospitalària i, per tant, de l'activitat mèdica de qualitat en general. Tots els centres giren al voltant dels diferents serveis o departaments de Medicina Interna. L'internista és el professional altament qualificat per resoldre la majoria de problemes clínics i adaptar-se a qualsevol situació.

El procés d'especialització

Van ser els mateixos internistes els que iniciaren un període de tecnificació i hiperespecialització dels centres hospitalaris. L'avenç tecnològic limita cada cop més les possibilitats d'incloure tot allò que apareix de nou. Són els internistes els que s'especialitzen en malalties digestives, hepàtiques, cardiològiques, cures intensives, nefrologia, pneumologia, etc. Es creen les subespecialitats o hiperespecialitats. A Espanya i per tant a Catalunya el sistema d'especialització es regula, pel que fa a la seva formació als anys setanta i, en concret, el 1976 s'inicien les convocatòries centralitzades per assolir una plaça d'especialització en els hospitals: és el sistema de metges interns i residents. Aquest sistema de formació ha estat potser un dels fets més importants pel que fa al desenvolupament de la medicina al nostre país. Els estudiants més brillants, amb millors qualificacions, opten per l'especialitat de Medicina Interna: hi troben l'estímul intel·lectual que busquen; hi són els seus professors, els catedràtics; s'hi fa una mena de recerca que es diu clínica; es publica. Però sobretot s'atén els pacients amb gran capacitat professional. Els congressos de l'especialitat centren les novetats

Correspondència: Dr. Lluís Masana
Hospital Universitaria Sant Joan
Carrer Sant Joan, s/n
43201 - Reus
Tel. 977 31 03 00
Fax 977 31 99 84
Adreça electrònica: lmn@fmcs.urv.es

Annals de Medicina 2000; 83: 7-9.

mèdiques. L'internista com a especialista és respectat professionalment.

En els darrers vint anys les branques que han sorgit del tronc central, la medicina interna, es desenvolupen de forma molt important. El progrés de les especialitats és, en el fons, el progrés de la medicina i, en concret, de la medicina interna. L'atenció hospitalària es divideix en grans serveis d'especialitats concretes. Cardiologia, Digestiu, Fetge, Unitat de Cures Intensives (UCI), Nefrologia, la majoria de vegades dirigits per internistes especialitzats en cada un d'aquests àmbits. Aquest fet és especialment important en els centres terciaris on es demana la màxima capacitat tècnica. Tot això porta a un arraconament dels Serveis de Medicina Interna en aquests centres. De fet, fins i tot els serveis de Medicina Interna continuen especialitzant-se, i apareixen els grups d'infeccions, de sida, de malalties sistèmiques. Ens podríem preguntar, on queda el concepte d'internista global? Quina és la seva expertesa? Quin paper té en el terreny sanitari hospitalari? Tot sembla indicar que aquest concepte holístic d'internista va desapareixent en el decurs del temps. A Catalunya, coincidint amb el retorn de la democràcia i l'autogovern que inclou competències en Sanitat, es pren la decisió política de potenciar la Xarxa d'Hospitals Comarcals. L'important nombre de centres, la majoria ja existents, fa que l'atenció mèdica s'acosti a l'usuari, malgrat que no tots poden arribar a la tecnificació total. En aquests centres es resol el 90% dels problemes dels pacients. I és en aquests hospitals que la Medicina Interna es desenvolupa en la seva plenitud conceptual. Els internistes donen la clau del seu paper assistencial en aquests centres, amb el suport de l'activitat tècnica diagnòstica o terapèutica de companys especialitzats en certes àrees concretes. No volem dir que l'internista es converteix en un professional de segon nivell, sinó tot el contrari. És en aquests centres que es necessita més capacitat de raonament i praxis clíniques, i aquesta és la tasca de l'internista.

Però el procés d'especialització no s'atura: el progrés mèdic és cada cop més important; la capacitat diagnòstica és cada cop superior; les possibilitats de tractaments específics augmenta i requereix persones especialment entrenades i amb l'expertesa suficient per aplicar-los. Això comporta que els superespecialistes s'especialitzin encara més, començant el mateix procés que va tenir lloc amb la medicina interna fa vint anys. Ja no es tracta de ser especialista en digestiu, sinó en tub, o en fetge o en una tècnica, l'endoscòpia. Hom no és especialista en cardiologia: hi ha el cardiòleg general, però hi ha l'hemodinamista, l'expert en arítmies. No tenim endocrinòlegs sinó diabetòlegs, nutreòlegs, experts en creixement. Aquest procés és inexorable i anirà a més. El problema de l'especialització és bo en si mateix i ajuda el progrés mèdic. L'inconvenient és que, quan aquesta especialització s'acompanya d'un títol, aquest no solament acredita la vàlua d'aquesta persona, sinó que, malauradament, sembla interpretar-se com una exclusió de les capacitats de la resta de professionals. En aquest terreny es confonen també les lluites per les oportunitats professionals amb els conceptes científics i de formació. Si ara es creés oficialment el títol d'especialista, per exemple, en malalties infeccioses, òbviament impulsat per internistes, els internistes que no el tinguessin deixarien d'estar autoritzats per al tractament d'aquests pacients? El sistema d'especialització és pervers en aquest sentit. Acredita un professional per tota la vida, i en desacredita la resta, també per tota la vida.

Algunes perspectives de futur

S'han d'introduir canvis que permetin la permeabilització del sistema. Els sistemes de reacreditació, la formació i l'avaluació contínua, han de ser la base futura d'aquests canvis. I si m'he entretingut en aquests comentaris sobre l'especialització és perquè són la base de la coneguda crisi de la medicina interna. En el fons és la crisi de totes les especialitats mèdiques. La fi del segle XX ha marcat aquest canvi que es desenvoluparà en els anys vinents. La transformació de les especialitats i dels especialistes. Els centres hospitalaris i no hospitalaris s'organitzaran, ja s'estan organitzant, en unitats funcionals pluridisciplinaris que tracten malalties, processos mòrbids freqüents, com l'ictus, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la diabetis, el càncer, però també les malalties tiroïdals, sistèmiques, o la prevenció cardiovascular, o més rares com les alteracions genètiques, que faran cures pal·liatives, etc. Es tendeix a una organització jeràrquica més horitzontal. Tot això en perjudici de les estructures departamentals o per serveis. És clar que en aquests equips serà imprescindible la figura integradora i globalitzadora d'un bon metge. Crec que la formació d'internista serà la clau en aquest repartiment de funcions, sense excloure cap altre especialista. Per això, en la meva hipòtesi inicial, he indicat que la Medicina Interna ha esdevingut en la darrera part del segle, més que una especialitat mèdica que s'encarrega d'uns pacients amb trastorns clarament identificats i classificats pel seu diagnòstic, en una forma de ser i de fer de metge. Fet que crec que serà cabdal en el futur de l'activitat mèdica, organitzada al voltant de centres d'activitat especialitzada més específiques que els actuals i que requeriran aquests professionals amb visió global dels pacients.

En els tres o quatre últims anys d'aquest final de segle ha aparegut un nou concepte, el metge "hospitalista" com una forma de reforçar el paper del metge generalista que treballa a l'hospital i diferenciar-lo del metge que treballa a l'atenció primària, fora de l'hospital. És cert que el metge internista a l'hospital té unes funcions molt concretes per les quals ha d'estar entrenat; és el clínic per excel·lència, i pot ser que això sol ja en justifiqui la tasca. Però el futur de l'atenció mèdica hospitalària ens portarà a una realitat molt diferent de l'actual, i és per això que

l'internista, entès com a metge amb una formació global i altament qualificada, un cop més ha de ser el motor de la conversió i adaptar-se a la nova realitat que la població, a Catalunya, reclama. És probable que els hospitals esdevinguin centres on es tractin només casos greus, cures intensives, urgències o es realitzin tècniques molt específiques. Desapareixeran els ingressos per ineficàcia del sistema, els pacients ja no ho toleraran. Hi haurà, això sí, una gran unitat sociosanitària que atengui les persones amb llarga malaltia o amb problemes socials, que, a causa de l'augment de l'esperança de vida, s'incrementaran. Els hospitals es convertiran en centres de servei, diagnòstic i terapèutic ràpids, unitats de resolució de problemes. Els hospitals de dia, les unitats de diagnòstic ràpid, i les "hospitalitzacions" domiciliàries seran el nou escenari de l'atenció sanitària i els internistes esdevenen els professionals clau en aquest canvi. Finalment hem d'esmentar un nou condicionant de l'actuació mèdica en els darrers anys del segle. La concepció per part del metge com a gestor de recursos sanitaris. Aquest fet cada cop més important, definirà el desenvolupament de l'activitat clínica de forma substancial. En aquest aspecte l'internista amb l'aplicació cabal dels seus coneixements serà novament el pivot sobre el qual girarà el sistema sanitari.

Conclusions

El decurs del segle XX ha creat la figura de l'internista, però en el sentit que tenim a Catalunya, també l'ha sobrepassat. És imprescindible una modificació del sistema d'especialització que tantes restriccions ocasiona. L'internista especialista de tot no té cabuda en el sistema. L'internista entès com al bon, l'excel·lent metge, pluripotencial i amb capacitat d'adequació a les necessitats del moment, que manté la seva formació contínuament i basa la seva pràctica en la crítica constant, base de tota activitat científica, ha de ser el centre del nou escenari sanitari, tingui o no una àrea d'atenció clínica, docent o investigadora d'especial interès.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Comissió de Medicina. Definició de les competències professionals del metge. Document oficial . (Pendent de publicació).
2. Fuster V, Nash JS. The generalist/cardiovascular especialist: a proposal for a new training track. Ann Intern Med 1997; 127: 630-4.
3. Goldman C. Adult (no internal) medicine. Ann Intern Med 1997; 127: 835-6.
4. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. Ann Intern Med 1998; 129: 2-8.
5. Kelley MA. The hospitalist: a new medical speciality. Ann Intern Med 1999; 130: 373-5.
6. Lee RV. Changing times: Reflections on a professional lifetime. An interview with Paul Beeson. Ann Intern Med 2000; 132: 71-9.
7. Myerburg RJ. Department of medical specialities. A solution for the divergent mission of internal medicine?. N Engl J Med 1994; 330: 1453-6.
8. Nolan JP. Internal Medicine in the current health care environment. A need for reaffirmation. Ann Intern Med 1998; 128: 857-62.
9. Nolan JP. We should resist efforts to split internal medicine. N Engl J Med 1994; 330: 1456-7.
10. Schroeder SA, Schapiro R.The hospitalist. New boon for internal medicine or retreat from primary care. Ann Intern Med 1999; 30: 382-7.
11. Starr LA. The hospitalist movement. Ann Intern Med 1999; 131: 543-4.
12. Wright SM. Atributes of excellent attending-physician role models. N Engl J Med 1998; 339: 1986-93.